



CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE OLT

*Asigurarea accesului cetățenilor la servicii
medicale, medicamente și dispozitive
medicale*

CUPRINS:

1. Context general	3
1.1. <i>Misiunea.....</i>	<i>3</i>
1.2. <i>Viziunea.....</i>	<i>3</i>
2. Activități realizate în vederea asigurării accesului cetățenilor la servicii medicale medicamente și dispozitive medicale.....	3
2.1. <i>Asistența medicală primară.....</i>	<i>10</i>
2.2. <i>Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialități clinice.....</i>	<i>13</i>
2.3. <i>Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialități paraclinice.....</i>	<i>13</i>
2.4. <i>Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare.....</i>	<i>14</i>
2.5. <i>Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară.....</i>	<i>15</i>
2.6. <i>Asistența medicală spitalicească.....</i>	<i>15</i>
2.7. <i>Îngrijiri medicale la domiciliu.....</i>	<i>17</i>
2.8. <i>Farmacii.....</i>	<i>17</i>
2.9. <i>Dispozitive medicale.....</i>	<i>18</i>
2.10. <i>Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar neasistat.....</i>	<i>19</i>
2.11. <i>Programele naționale de sănătate.....</i>	<i>19</i>
2.12. <i>Carduri europene.....</i>	<i>20</i>
3. Evidență asigurați și carduri naționale de asigurări de sănătate.....	23
4. Măsuri întreprinse pentru îmbunătățirea furnizării și controlului serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale	23
5. Modificări legislative	24
6. Obiective pentru anul 2022.....	26



CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE OLT

Aleea Muncii Nr. 1-3, Slatina, Olt	Nr.ord.com/an	989/1998
Tel: 0372756671	A.F./C.U.I.	11340121
Fax: 0372877480	Contul	RO67TREZ506261121603XXXXX
TEL VERDE: 0800.800.961	Banca	TREZORERIA SLATINA
E-mail: casot.fax@gmail.com	Capital social	-

Nr. 17435/24.06.2022

ASIGURAREA ACCESULUI CETĂȚENILOR LA SERVICII MEDICALE, MEDICAMENTE ȘI DISPOZITIVE MEDICALE

1. CONTEXT GENERAL

Casa de Asigurări de Sănătate Olt este o instituție publică de interes județean, cu personalitate juridică, fără scop lucrativ, cu buget propriu, care se află în subordinea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și are ca principal obiect de activitate asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivelul județului Olt.

Casa de Asigurări de Sănătate Olt funcționează în baza prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, ale statutului propriu, aprobat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, ale Regulamentului de Organizare și Funcționare, cu respectarea prevederilor legislației specifice, precum și a normelor elaborate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

Sistemul asigurărilor sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii și promovării sănătății populației care oferă un pachet de servicii de bază ce cuprinde servicii medicale, servicii de îngrijire a sănătății, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale.

1.1. Misiunea Casei de Asigurări de Sănătate Olt este de a realiza un sistem de asigurări sociale de sănătate modern și eficient, pus permanent în slujba interesului public și al asiguratului, care are rolul de a îmbunătăți starea de sănătate a populației și de a crește gradul de satisfacție și de încredere al asiguraților în serviciile medicale care le sunt prestate de către furnizori.

1.2. Viziune: Casa de Asigurări de Sănătate Olt dorește să contribuie activ la progresul stării de sănătate a populației prin: îmbunătățirea calității actului medical, asigurarea unei asistențe medicale de calitate, comunicare între factorii sistemului medical către același scop comun și optimizarea utilizării resurselor disponibile în serviciile de sănătate.

2. ACTIVITĂȚI REALIZATE ÎN VEDEREA ASIGURĂRII ACCESULUI CETĂȚENILOR LA SERVICII MEDICALE MEDICAMENTE ȘI DISPOZITIVE MEDICALE

Pentru asigurarea accesului populației județului Olt la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, C.A.S. Olt a avut încheiate la finele anului 2021 un număr de 865 de contracte iar în prezent 867 de contracte.

În vederea asigurării calității serviciilor medicale de care beneficiază asigurații, au fost încheiate contracte de furnizare servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale numai cu furnizori autorizați și evaluați conform prevederilor legale.

Activitatea de contractare a avut în vedere asigurarea furnizării serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale ale populației pe întreg teritoriul județului Olt.

Situația privind numărul de contracte aflate în derulare

Nr. crt.	Domeniul de asistență medicală	Nr. contracte la 31.12.2021	Nr. contracte la 01.06.2022
1.	Asistența medicală primară - activitate curentă	219	216
2.	Asistența medicală primară - servicii de monitorizare a stării de sanatate a pacienților în condițiile art.8, alin.3 ¹ -3 ³ din Legea nr.136/2020, cu modificările și completările ulterioare	218	216
3.	Asistența medicală primară - finanțarea activității prestate de medicii de familie potrivit OUG nr. 3/2021, cu modificările și completările ulterioare	77	76
4.	Asistența medicală primară - centre de permanentă	44	45
5.	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice	34	39
6.	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice: analize medicale de laborator/radiologie și imagistică/anatomie patologică	16	17
7.	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice: acte adiționale încheiate cu medicii de familie pentru EKG și ecografie generală	5	6
8.	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice: acte adiționale încheiate cu medicii de specialitate din specialitățile clinice pentru ecografii	1	1
9.	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară	26	27
10.	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare	7	7
11.	Asistența medicală spitalicească	8	8
12.	Îngrijiri medicale la domiciliu	5	5
13.	Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu – activitate curentă	63	61
14.	Acordarea medicamentelor pentru boli cronice cu risc crescut și a materialelor sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ	65	63
15.	Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice	76	79
16.	Consultatii de urgență la domiciliu și transport sanitar neasistat	1	1
	TOTAL	865	867

Situația privind creditele de angajament aprobate și realizate la data de 31.12.2021

mii lei

DOMENIUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ	Credite de angajament aprobate an 2021	Credite de angajament realizate an 2021	Credite de angajament neutilizate la data de 31.12.2021
Medicamente cu și fără contribuție personală, din care:	94.923,88	94.874,08	49,80
- activitatea curentă	88.273,80	88.245,10	28,70
- medicamente 40% - conform HG nr. 186/2009 privind aprobarea Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, cu modificările și completările ulterioare	2.431,00	2.412,27	18,73
- Cost volum	4.085,26	4.082,91	2,35
- personal contractual	133,82	133,80	0,02
Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ, din care :	54.819,08	54.703,63	115,45
Programul național de tratament pentru boli rare	2.471,04	2.389,96	81,08
Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei	1.984,29	1.979,23	5,06
Programul național de diabet zaharat	34.463,39	34.463,39	0,00
Programul național de boli endocrine	16,03	15,77	0,26
Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană	711,41	711,27	0,14
Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice	9.587,82	9.587,15	0,67
Sume pentru medicamente utilizate în programele naționale cu scop curativ care fac obiectul contractelor de tip cost volum - Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice (adulti și copii) -	5.585,10	5.556,86	28,24
Materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ	2.312,57	2.295,33	17,24
Programul național de diabet zaharat	1.771,78	1.757,94	13,84
Programul național de diabet zaharat-pompe insulină și materiale consumabile+sisteme pompe insulină cu senzori și sisteme de monitorizare continuă	77,34	77,11	0,23
Programul național de ortopedie	463,45	460,28	3,17
Servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală	15.395,27	15.200,19	195,08
Dispozitive și echipamente medicale	5.891,00	5.566,35	324,65
Asistența medicală primară din care:	61.767,54	61.515,58	
- activitatea curentă	54.560,00	54.329,87	230,13
- centre de permanență	5.183,00	5.173,98	9,02
- servicii de monitorizare a stării de sănătate a pacienților în condițiile art 8, alin 3 ¹ - 3 ³ din Legea nr 136/2020, cu modificările și completările ulterioare	1.338,45	1.338,45	0,00

- finantarea activitatii prestate de medicii de familie potrivit OUG nr. 3/2021, cu modificarile si completarile ulterioare	686,09	673,28	12,81
Asistenta medicala pentru specialitati clinice	30.338,00	30.338,00	0,00
Asistenta medicala stomatologica – activitate curentă -	681,00	678,55	2,45
Asistenta medicala pentru specialitati paraclinice din care:	11.120,58	11.094,17	26,41
- activitatea curenta	11.097,60	11.071,19	26,41
- sume pentru evaluarea anuala a bolnavilor cu diabet zaharat (hemoglobina glicozilată)	22,98	22,98	0,00
Asistenta medicala in centrele medicale multifunctionale din care:	1.567,59	1.555,58	12,01
~ activitatea curenta	1.567,00	1.554,99	12,01
~ personal contractual	0,59	0,59	0,00
Servicii de urgenta prespitalicesti si transport sanitar	243,00	243,00	0,00
Spitale generale – activitate curentă -	165.931,44	165.882,06	49,38
Ingrijiri medicale la domiciliu	812,00	810,90	1,10
Prestatii medicale acordate in baza documentelor internationale	3.436,94	3.363,03	73,91
Transferuri din bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate către unitățile sanitare pentru acoperirea creșterilor salariale	180.996,85	180.996,81	0,04
Transferuri pentru stimulentele de risc - sume alocate in baza Legii nr.82/2020 de aprobare a OUG nr.43/2020 si a Ordinului CNAS nr.1192/2020 -	780,00	780,00	0,00
TOTAL	631.016,74	629.897,26	1.119,48

Situația privind creditele bugetare aprobate și realizate la data de 31.12.2021

mii lei

DOMENIUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ	Credite bugetare aprobate an 2021	Credite bugetare realizate an 2021	Credite bugetare neutilizate la data de 31.12.2021
Medicamente cu si fara contributie personala, din care:	92.366,27	92.366,23	0,04
- activitatea curentă	87.150,00	87.150,00	0,00
- medicamente 40% - conform HG nr. 186/2009 privind aprobarea Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, cu modificările și completările ulterioare	2.442,00	2.442,00	0,00
- Cost volum	2.630,45	2.630,41	0,04
- personal contractual	133,82	133,82	0,00
Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate in programele nationale cu scop curativ, din care :	56.005,84	56.005,69	0,15
Programul national detratament pentru boli rare	2.979,29	2.979,24	0,05
Programul national de tratament al hemofiliei si talasemiei	1.792,20	1.792,15	0,05

Programul national de diabet zaharat	35.316,53	35.316,53	0,00
Programul national de boli endocrine	12,47	12,47	0,00
Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana	738,81	738,77	0,04
Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afectiuni oncologice	10.109,72	10.109,72	0,00
Sume pentru medicamente utilizate in programele nationale cu scop curativ care fac obiectul contractelor de tip cost volum - Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afectiuni oncologice(adulti si copii) -	5.056,82	5.056,81	0,01
Materiale sanitare specifice utilizate in programele nationale cu scop curativ	2.484,74	2.484,72	0,02
Programul national de diabet zaharat	1.799,31	1.799,31	0,00
Programul national de ortopedie	616,97	616,95	0,02
Servicii medicale de hemodializa si dializa peritoneala	14.780,23	14.780,22	0,01
Dispozitive si echipamente medicale	5.612,00	5.612,00	0,00
Asistenta medicala primara din care:	61.608,53	61.608,53	0,00
- activitatea curenta	54.337,00	54.337,00	0,00
- centre de permanenta	5.173,00	5.173,00	0,00
- servicii de monitorizare a starii de sanatate a pacientilor în condițiile art 8, alin 3 [^] 1 - 3 [^] 3 din Legea nr 136/2020, cu modificarile si completarile ulterioare	1.462,86	1.462,86	0,00
- finantarea activitatii prestate de medicii de familie potrivit OUG nr. 3/2021, cu modificarile si completarile ulterioare	635,67	635,66	0,00
Asistenta medicala pentru specialitati clinice	30.718,00	30.718,00	0,00
Asistenta medicala stomatologica – activitate curentă -	667,00	667,00	0,00
Asistenta medicala pentru specialitati paraclinice din care:	11.184,47	11.184,47	0,00
- activitatea curenta	11.161,81	11.161,00	0,00
- sume pentru evaluarea anuala a bolnavilor cu diabet zaharat (hemoglobina glicozilată)	22,66	22,66	0,00
Asistenta medicala in centrele medicale multifunctionale, din care:	1.485,71	1.485,71	0,00
- activitatea curenta	1.485,12	1.485,12	0,00
- personal contractual	0,59	0,59	0,00
Servicii de urgenta prespitalicesti si transport sanitar	241,00	241,00	0,00
Spitale generale – activitate curentă	167.502,63	167.502,63	0,00
Ingrijiri medicale la domiciliu	836,18	836,18	0,00
Prestatii medicale acordate in baza documentelor internationale	3.436,94	3.436,94	0,00
Transferuri din bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate către unitățile sanitare pentru acoperirea creșterilor salariale	180.996,85	180.996,81	0,00
Transferuri pentru stimulentele de risc - sume alocate in baza Legii nr.82/2020 de aprobare a OUG nr.43/2020 si a Ordinului CNAS nr.1192/2020 -	780,00	780,00	0,00
TOTAL	630.706,39	630.706,13	0,26

Situație comparativă privind creditele de angajament aprobate în semestrul I 2021 și semestrul I 2022

<i>Denumire indicator</i>	Credite de angajament aprobate 30.06.2021	Credite de angajament aprobate 30.06.2022	Creștere/ descreștere
Materiale si prestari de servicii cu caracter medical, din care:	219.229,92	249.674,88	13,89
Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice si dispozitive medicale	85.951,19	93.928,53	9,28
<i>Medicamente cu si fara contributie personala, din care:</i>	47.468,74	51.883,06	9,30
~ activitatea curenta	44.801,00	46.769,73	4,39
~ medicamente 40% - conform HG nr. 186/2009 privind aprobarea Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, cu modificările și completările ulterioare	1.321,00	1.458,00	10,37
~ personal contractual	65,61	72,00	9,74
~ sume cost volum rezultat	0,00	0,00	
~ sume cost volum , din care:	1.281,13	3.583,33	179,70
- medicamente cost volum (fără medicamente pentru pensionari cu compensare 90% pe sublista B)	1.154,00	3.240,03	180,77
- medicamente cost volum compensate 50% pentru pensionari cf HG nr 186/2009 privind aprobarea Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, cu modificările și completările ulterioare	74,00	191,67	159,01
- medicamente cost volum compensate 40% pentru pensionari cf HG nr 186/2009 privind aprobarea Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, cu modificările și completările ulterioare	53,13	151,63	185,39
<i>Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate in programele nationale cu scop curativ, din care:</i>	26.421,67	28.335,41	7,24
Programul national de tratament pentru boli rare	1.610,00	1.327,80	-17,53
Programul national de tratament al hemofiliei si talasemiei	1.035,06	886,00	-14,40
Programul national de diabet zaharat	16.873,88	17.084,52	1,25
Programul national de boli endocrine	7,00	11,00	57,14
Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana	395,00	381,00	-3,54
Programul national de oncologie	4.530,00	5.833,09	28,77

Sume pentru medicamente utilizate in programele nationale cu scop curativ care fac obiectul contractelor de tip COST VOLUM, din care:	1.970,73	2.812,00	42,69
- Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afectiuni oncologice(adulti si copii)	1.970,73	2.798,50	42,00
- Programul national de tratament pentru boli rare (mucoviscidoza)	0,00	13,50	
<i>Materiale sanitare specifice utilizate in programele nationale cu scop curativ, din care:</i>	1.195,00	1.470,00	23,01
Programul national de diabet zaharat	961,00	869,00	-9,57
Programul national de diabet zaharat-pompe insulina si materiale consumabile	65,00	48,00	-26,15
Programul national de ortopedie	169,00	553,00	227,22
<i>Servicii medicale de hemodializa si dializa peritoneala</i>	8.117,78	9.335,06	15,00
Dispozitive si echipamente medicale	2.748,00	2.905,00	5,71
Servicii medicale in ambulator	49.504,08	65.017,24	31,34
<i>Asistenta medicala primara, din care:</i>	32.020,37	36.948,89	15,39
~ activitatea curenta	26.810,00	31.286,22	16,70
~ centre de permanenta	2.578,00	3.897,00	51,16
~ servicii de monitorizare a starii de sanatate a pacientilor in conditiile art 8, alin 3^1 - 3^3 din Legea nr 136/2020, cu modificarile si completarile ulterioare	1.022,37	1.492,67	46,00
~ finantarea activitatii prestate de medicii de familie potrivit OUG nr. 3/2021, cu modificarile si completarile ulterioare	1.610,00	74,00	-95,40
~ finantarea activitatii de testare de către medicii de familie în vederea depistării infecției cu SARS-Cov-2 potrivit OUG nr. 3/2021, cu modificarile si completarile ulterioare	0,00	199,00	
<i>Asistenta medicala pentru specialitati clinice</i>	11.373,00	20.739,63	82,36
~ activitatea curenta	11.373,00	20.739,63	82,36
<i>Asistenta medicala stomatologica, din care:</i>	309,00	548,00	77,35
~ activitatea curenta	309,00	548,00	77,35
~ personal contractual	0,00	0,00	
<i>Asistenta medicala pentru specialitati paraclinice, din care:</i>	4.978,71	5.994,72	20,41
~ activitatea curenta	4.967,71	5.981,72	20,41
~ sume pentru evaluarea anuala a bolnavilor cu diabet zaharat (hemoglobina glicata)	11,00	13,00	18,18
<i>Asistenta medicala in centrele medicale multifunctionale, din care:</i>	823,00	786,00	-4,50
~ activitatea curenta	823,00	786,00	-4,50
<i>Servicii de urgenta prespitalicesi si transport sanitar</i>	131,00	126,00	-3,82
Servicii medicale in unitati sanitare cu paturi	81.798,80	88.212,53	7,84

Spitale generale, din care:	81.798,80	88.212,53	7,84
~ activitatea curenta	81.798,80	88.212,53	7,84
Ingrijiri medicale la domiciliu	431,00	390,00	-9,51
Prestatii medicale acordate in baza documentelor internationale	1.413,85	2.000,58	41,50
TITLUL VI TRANSFERURI ÎNTRE UNITĂȚI ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE	99.991,29	90.260,76	-9,73
TRANSFERURI CURENTE	99.991,29	90.260,76	-9,73
Transferuri din bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate către unitățile sanitare pentru acoperirea creșterilor salariale, din care:	99.991,29	90.260,76	-9,73
Program servicii	182.203,34	206.938,08	13,58
PNS	33.774,72	36.341,47	7,60
CV-CVR	3.251,86	6.395,33	96,67

2.1 Asistența medicală primară

Pentru asigurarea accesibilității la serviciile din asistența medicală primară s-au întreprins o serie de modificări legislative care au facilitat accesul la acest prim nivel de contact al pacientului cu sistemul sanitar, avându-se în vedere necesitatea limitării răspândirii infecțiilor cu virusul SARS-COV2 în contextul pandemiei și ținându-se cont de necesitatea respectării distanțării fizice, astfel:

- S-a majorat numărul maxim de consultații acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară la 8 consultații pe oră/medic, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultații/lună pentru pacientul cu boli cronice, până la data de 31.03.2021.

- Consultațiile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, respectiv în pachetul minimal de servicii medicale au putut fi acordate și la distanță, prin orice mijloace de comunicare, cu încadrarea în numărul maxim de 8 consultații/oră.

- Numărul maxim de consultații acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară, începând cu data de 01.04.2021, este de maximum 5 consultații pe oră/medic, cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultații/lună/pacient cu boli cronice.

- Medicul de familie poate emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a consultației la distanță, documente ce se transmit pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

- Până la finalul lunii în care încetează starea de alertă declarată potrivit legii, în contextul epidemiei cu virusul SARS-COV2, s-au luat măsuri pentru menținerea valabilității a următoarelor documente:

- biletele de trimitere pentru specialități clinice, inclusiv pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare;

- biletele de trimitere pentru specialități paraclinice;

- recomandările medicale pentru îngrijiri medicale la domiciliu, precum și pentru dispozitive medicale, ce se depun/se transmit la casa de asigurări de sănătate;

- deciziile de aprobare pentru procurarea dispozitivului medical.

Asistența medicală primară și continuitatea în acest domeniu s-a desfășurat în cabinete de medicină de familie și centre de permanență și s-a asigurat prin practica individuală a medicilor de familie sau prin diferite forme de organizare, în locații comune sau prin integrarea funcțională a unor cabinete cu locații distincte. Activitatea cabinetelor de medicină de familie s-a desfășurat prin medicii titulari și personalul angajat.

Furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară sunt organizați astfel:

- 73 cabinete organizate ca unități medico-sanitare cu personalitate juridică, înființate potrivit Legii nr.31/1990, cu modificările și completările ulterioare.

- 146 cabinete medicale individuale.

Serviciile medicale în asistența medicală primară – activitate curentă- au fost acordate de un număr de 222 medici de familie, din care:

- 141 medici de familie primari

- 75 medici de familie specialiști

- 3 medici de familie titulari

- 3 medici de familie angajați

Pentru creșterea accesului la serviciile medicale în asistența medicală primară, s-au acordat pentru 106 medici de familie sporuri în raport cu condițiile în care se desfășoară activitatea și în raport cu gradul profesional, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

Furnizarea serviciilor de monitorizare a stării de sănătate a pacienților în condițiile art.8, alin.3¹-3³ din Legea nr.136/2020, cu modificările și completările ulterioare, s-a asigurat prin încheierea contractelor cu medicii de familie aflați în relație contractuală cu CAS Olt. Activitatea s-a desfășurat în cabinetele medicale și a fost asigurată de un număr de 218 medici de familie.

Activitatea de vaccinare la nivelul cabinetelor de medicină de familie, desfășurată în conformitate cu prevederile OUG nr.3/2021, cu modificările și completările ulterioare, s-a desfășurat de către un număr de 76 medici de familie în baza contractelor încheiate potrivit dispozițiilor legale în vigoare.

Continuitatea în asistența medicală primară s-a realizat prin intermediul a 10 Centre de Permanență care funcționează în afara orelor de program ale medicului de familie, noaptea, sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale, pentru care s-au încheiat 44 de contracte.

CAS Olt a contractat și decontat furnizorilor de servicii medicale din asistența medicală primară, care au competența și dotarea necesară, în conformitate cu prevederile legale, ecografii generale (abdomen și pelvis) și EKG la tarifele și în condițiile asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile paraclinice.

Începând cu luna aprilie 2022, în scopul asigurării accesului permanent la serviciile acordate de medicii de familie, pentru a determina diminuarea perioadei de recuperare a sănătății și reducerea numărului de internări evitabile, au fost extinse serviciile medicale acordate de medicii de familie conform curriculei de pregătire, prin introducerea de noi servicii de diagnostic și tratament, care pot fi acordate atât în cadrul cabinetelor medicilor de familie cât și la domiciliul pacientului sau la locul solicitării.

Medicul de familie poate efectua și la domiciliu sau în afara programului de lucru orice tratament injectabil sau perfuzabil necesar, în urma consultației pe care acesta o acordă pacienților din lista proprie.

Situația privind Centrele de permanență în care își desfășoară activitatea medicii de familie aflați în relație contractuală cu CAS Olt

Nr. crt.	Denumire centru de permanență	Zonele arondate	Medic coordonator	Nr. contracte la 31.12.2021	Nr. medici la 31.12.2021	Nr. contracte la 01.06.2022	Nr. Medici la 01.06.2022
1	Centrul de permanența Bobicesti	Bobicesti, Morunglav, Barza, Pirscoveni, Sopirlita	Diaconescu Nicoleta	3	6	3	6
2	Centrul de permanența Baldovinești	Baldovinești, Oboga, Calui, Dobretu, Gavanesti	Mureșan Georgiana Gețiana	2	7	2	7
3	Centrul de permanența Brastavatu	Brastavațu, Bucinisu, Vadastra, Obirsia, Vadastrita, Urzica, Studina, Gradinile	Sprîncenatu Crenguța Cătălina	6	6	6	6
4	Centrul de permanența Crimpoia	Crîmpoia, N Titulescu, Serbanesti, Valeni, Seaca, Mihaiesti, Ghimpeteni	Florescu Alexandru	5	5	5	5
5	Centrul de permanența Dobroteasa	Dobroteasa, Verguleasa, Vulturesti, Vitomiresti, Simburești, Leleasca, Topana, Fagetelu	Negru Constantina	6	6	6	6
6	Centrul de permanența Osica de Sus	Osica de Jos, Osica de Sus, Falcoiu, Dobrosloveni, Farcasele, Dobrun	Constantinescu Laura Nicoleta	2	6	3	7
7	Centrul de permanența Mihaiesti	Mihaiesti, Seaca, Radomiresti, Daneasa, Maruntei, Draganesti Olt	Zamora Mihaela	5	5	5	5
8	Centrul de permanența Strejesti	Strejesti, Plesoiu, Teslui, Schitu din Deal, Schitu din Vale, Gradinari	Bărbulescu Violeta	4	5	4	5
9	Centrul de permanența Visina	Visina, Visina Noua, Cilieni, Rusanesti, Tia Mare, Izbiceni, Giuvarasti,	Neațu Elena	6	6	6	6
10	Centrul de permanența Vladila	Vladila, Traianu, Studina, Rotunda, Deveselu	Tudor Florentina	5	5	5	5
	TOTAL			44	57	45	58

2.2 Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialități clinice

Pentru asigurarea accesibilității la serviciile din ambulatoriul clinic de specialitate, în anul 2021 s-au inițiat modificări legislative care au facilitat accesul pacienților la acest domeniu de asistență medicală, avându-se în vedere contextul pandemiei cu virusul SARS-COV2 și ținându-se cont de necesitatea respectării distanțării fizice și de nevoile de servicii de sănătate ale populației, astfel:

- numărul maxim de consultații acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice s-a majorat la 8 consultații pe oră/medic până la data de 31.03.2021.

- consultațiile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, respectiv în pachetul minimal de servicii medicale, pot fi acordate și la distanță, acestea putând fi acordate de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, și pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, cu încadrarea în numărul maxim de 8 consultații/oră;

- numărul maxim de consultații acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice, începând cu data de 01.04.2021, este de maximum 5 consultații pe oră/medic

- medicul specialist din ambulatoriul clinic, emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a consultației la distanță, documente ce se transmit pacientului prin mijloace de comunicare electronică;

- pacienții simptomatici, pentru manifestări clinice sugestive pentru COVID 19, beneficiază de consultații, inclusiv consultații la distanță ce pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare. De aceste consultații beneficiază toate persoanele aflate pe teritoriul României;

- serviciile conexe actului medical din cele prevăzute în pachetul de servicii de bază din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, pot fi acordate și la distanță, respectiv serviciile conexe furnizate de psiholog și logoped.

Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice s-a asigurat de către medici de specialitate clinică în cadrul a 34 de furnizori la 31.12.2022 și 39 în prezent.

Contractarea serviciilor medicale de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialități clinice a avut în vedere optimizarea repartiției teritoriale, astfel încât toți asigurații județului să aibă acces la toate serviciile medicale pentru toate specialitățile clinice prevăzute în pachetele de servicii medicale.

2.3 Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialități paraclinice

În anul 2021 sumele contractate de CAS Olt cu furnizorii de servicii medicale paraclinice din ambulatoriul de specialitate s-au suplimentat în conformitate cu prevederile legale în vigoare, prin încheierea unor acte adiționale, după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice, pentru:

- a. investigații paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19 după externarea din spital;
- b. investigații paraclinice necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet zaharat, cu boli cardiovasculare, boli rare, boli neurologice și boli cerebrovasculare.

A fost asigurat accesul persoanelor asigurate la servicii medicale paraclinice acordate în baza biletului de trimitere de către furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate de pe întreg teritoriul României - indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul și indiferent dacă medicul care a făcut recomandarea se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul

de servicii medicale paraclinice - pentru a nu condiționa din punct de vedere administrativ-teritorial accesul asiguraților la investigații paraclinice, având în vedere și contextul epidemiologic actual.

Ca urmare a acestei modificări legislative, furnizorii de investigații paraclinice nu mai sunt nevoiți să încheie contracte cu două case de asigurări de sănătate, să aibă evidențe distincte și să efectueze raportări lunare către cele două case de asigurări de sănătate, reducându-se astfel birocrăția din sistem. De asemenea, pacientul se poate adresa oricărui furnizor din țară, fără a fi condiționat de obținerea unui bilet de trimitere de la un medic aflat în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract și furnizorul de investigații paraclinice.

Furnizarea serviciilor medicale paraclinice în anul 2021 - analize medicale de laborator, radiologie și imagistică medicală și anatomie patologică s-a asigurat de 26 furnizori, din care:

- Analize medicale de laborator și anatomie patologică 12 furnizori
- Radiologie și imagistică medicală 8 furnizori

Pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice s-au încheiat cu medicii de familie 5 acte adiționale pentru ecografie generală (abdomen și pelvis) și cu medicii de specialitate pentru specialitățile clinice 1 act adițional pentru ecografii.

În anul 2021 au fost efectuate, conform contractelor încheiate, un număr de 798.274 de servicii medicale paraclinice în valoare de 11.071.193 lei, din care:

- Analize medicale de laborator: 753.479
- Analize medicale de radiologie: 27.235
- Analize medicale de imagistică: 4.257
- Anatomie patologică: 643
- Servicii medicale paraclinice monitorizare: 12.660
- și un număr de 1149 de servicii medicale paraclinice – evaluarea anuală a bolnavilor cu diabet zaharat (hemoglobină glicată) în valoare de 22.980 lei.

În anul 2021 au beneficiat de servicii medicale paraclinice 73.759 de asigurați, după cum urmează:

- Analize medicale de laborator pentru 48.501 asigurați
- Analize medicale de radiologie pentru 18.226 asigurați
- Analize medicale de imagistică pentru 2854 asigurați
- Anatomie patologică pentru 628 asigurați
- Servicii medicale paraclinice – evaluarea anuală a bolnavilor cu diabet zaharat (hemoglobină glicată): pentru 1043 asigurați.
- Servicii medicale paraclinice monitorizare 2507

2.4 Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare

Pentru asigurarea accesibilității la serviciile din ambulatoriul clinic de specialitate pentru specialitatea medicină fizică și de reabilitare, în anul 2021 s-au inițiat modificări legislative care au facilitat accesul pacienților la acest domeniu de asistență medicală, avându-se în vedere contextul pandemiei cu virusul SARS-COV2 și ținându-se cont de necesitatea respectării distanțării fizice și de nevoile de servicii de sănătate ale populației, astfel:

- Consultațiile medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază, respectiv în pachetul minimal de servicii medicale pot fi acordate și la distanță, acestea putând fi acordate și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, inclusiv medicină fizică și de reabilitare, și pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare.

- Medicul de medicină fizică și de reabilitare, consemnează consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și în fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, și vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

Furnizarea serviciilor medicale de medicină fizică și de reabilitare s-a asigurat de 8 furnizori.

În anul 2021 au beneficiat de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare în valoare de 1.554.986,50 lei un număr de 7.810 de asigurați.

Servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare furnizate:

- Consultații medicale de specialitate fără proceduri: 9.197
- Consultații medicale de specialitate cu proceduri: 0
- Proceduri specifice de recuperare medicală: 148.765
- Număr de zile de tratament cu proceduri de masaj si/sau kinetoterapie: 23.063
- Număr zile de tratament cu proceduri altele decat de masaj si/sau kinetoterapie: 17.538

Începând cu luna aprilie 2022, pachetul de servicii medicale de bază acordat în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice cuprinde și consultațiile și serviciile acordate de medicii de specialitate cu specialitatea clinică medicină fizică și de reabilitare în cabinetul medical.

Deasemenea a fost reglementat programul de activitate zilnic al bazelor de tratament, astfel încât să asigure accesul asiguraților pe o durată de minimum 35 de ore pe săptămână și minimum 5 zile pe săptămână, repartizarea acestuia pe zile fiind stabilită prin negociere cu casa de asigurări de sănătate. Pentru asigurarea individualizării serviciilor acordate în funcție de necesitățile fiecărui pacient, serviciile medicale de medicină fizică și de reabilitare în bazele de tratament se acordă numai pe baza planurilor eliberate de medicii de medicină fizică și de reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

2.5 Asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară

În anul 2021 s-au efectuat acte terapeutice în domeniul medicinei dentare în valoare de 678.552,60 lei.

Pentru asigurarea acordării serviciilor de medicină dentară în anul 2021 au fost încheiate 26 de contracte. Furnizarea acestor servicii a fost asigurată de 31 medici.

Pentru asigurarea accesului la servicii medicale de medicină dentară pentru asigurații din județul Olt, s-au încheiat contracte cu 10 furnizori din mediul rural și 16 din mediul urban.

Bugetul lunar alocat serviciilor medicale de medicină dentară a crescut începând cu luna aprilie 2022, de la 183.000 lei cât a fost în perioada ianuarie-martie la 977.000 lei pentru perioada aprilie-decembrie 2022. Astfel, dacă în primele trei luni ale anului media lunară era de 61.000 lei, începând cu luna aprilie media lunară este de 122.000 lei.

În prezent CAS Olt are încheiate 27 de contracte cu 35 de medici dentiști.

2.6. Asistența medicală spitalicească

În contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2, până la finalul lunii în care încetează starea de alertă declarată potrivit legii, pentru unitățile sanitare cu paturi care au acordat servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, prevăzute în ordin al ministrului sănătății, suma contractată lunar, pe baza indicatorilor specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, a fost suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile aferente activității desfășurate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

S-a reglementat modalitatea de contractare și decontare a serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi, prin măsurile privind decontarea serviciilor medicale spitalicești s-a asigurat continuitate în acordarea acestui tip de servicii, preîntâmpinându-se apariția unor disfuncționalități majore în asigurarea accesului bolnavilor la serviciile medicale preventive și curative, precum și la tratamentul necesar.

CAS Olt a decontat unităților sanitare cu paturi care au acordat servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute, activitatea desfășurată lunar, după cum urmează:

a) la nivelul valorii aferente indicatorilor realizați în limita valorii de contract, dacă s-a acoperit contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate;

b) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii de contract, în situația în care valoarea aferentă indicatorilor realizați a fost mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate;

c) la nivelul indicatorilor realizați, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital, dacă s-a acoperit cheltuielile efectiv realizate.

În conformitate cu prevederile legale, în cazul creșterii numărului de cazuri COVID-19, care necesită internarea în unitățile sanitare care tratează pacienți diagnosticați cu COVID-19, casele de asigurări de sănătate pot deconta unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19 prevăzute în ordin al ministrului sănătății, activitatea desfășurată lunar, la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, justificat de situația epidemiologică generată de coronavirusul SARS-CoV-2.

Pentru aceste situații, CNAS, în baza solicitărilor fundamentate ale CAS Olt, justificate de evoluția situației epidemiologice de la nivel local, a suplimentat creditele de angajament alocate inițial.

Furnizarea serviciilor medicale spitalicești a fost asigurată de următoarele unități sanitare cu paturi:

- Spitalul Județean de Urgență Slatina
- Spitalul Orășenesc Balș
- Spitalul Municipal Caracal
- Spitalul Orășenesc Corabia
- Spitalul de Psihiatrie Cronici Schitu
- Hospital Network Pheonix One Day
- SC Domus Med SRL Piatra-Olt.
- SC Lisimed SRL Slatina

La nivelul județului Olt unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19 prevăzute în ordin al ministrului sănătății sunt:

- Spitalul Județean de Urgență Slatina
- Spitalul Orășenesc Balș
- Spitalul Municipal Caracal
- Spitalul Orășenesc Corabia

CAS Olt încurajează în continuare dezvoltarea serviciilor de spitalizare de zi pentru tratamentul anumitor afecțiuni. Criteriile de internare în spitalizare de zi, lista afecțiunilor/diagnosticilor - caz rezolvat medical, lista cazurilor rezolvate cu procedură chirurgicală, lista serviciilor medicale acordate în regim de spitalizare de zi, precum și tarifele

maximale aferente acestora sunt detaliate în normele de aplicare ale Contractului cadru, aceste servicii fiind mult mai ieftine și mai eficiente pentru tratamentul anumitor afecțiuni.

În anul 2021 s-au decontat servicii medicale spitalicești/cheltuieli efective în valoare de 165.917.070,20 lei servicii, din care 20.849.711,85 lei reprezintă cheltuieli efective.

CAS Olt a decontat în anul 2021, din Transferuri din bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, sumele solicitate de unitățile sanitare cu paturi publice reprezentând influențele pentru acoperirea creșterilor salariale în valoare de 180.996.850,00 lei.

De asemenea s-a decontat unităților sanitare cu paturi publice contravaloarea stimulentei de risc în valoare de 780.000,00 lei.

2.7. Îngrijiri medicale la domiciliu

În ceea ce privește acordarea de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, C.A.S. Olt a încheiat contracte cu 5 furnizori prin ale căror servicii, asigurării beneficiază de creșterea accesului la acest tip de servicii medicale foarte solicitate.

Cele mai solicitate servicii au fost: aplicarea de plosca, bazinet, condom urinar, mijloc ajutător pentru absorbția urinei, măsurarea parametrilor fiziologici, manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor vasculare ale membrelor inferioare/escarelor de decubit, administrare de medicamente orale, manevre terapeutice pentru evitarea complicațiilor pulmonare: posturi drenaj bronșic, tapotaj.

În anul 2021 s-au acordat servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în valoare de 812.000 lei.

2.8 Farmacii




Pe parcursul anului 2021, CAS Olt a încheiat 70 de contracte pentru eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și pentru eliberarea medicamentelor și materialelor sanitare specifice programelor naționale de sănătate cu furnizori de medicamente, iar la data de 31.12.2021 au mai rămas în contract 63 de furnizori, ca urmare a încetării unui număr de 7 contracte de furnizare medicamente la solicitarea furnizorilor, cu acordul de voință al părților.

În structura celor 63 de furnizori aflați în relație contractuală cu CAS Olt la data de 31.12.2021, se află 176 de puncte farmaceutice prin care se eliberează medicamente în tratamentul ambulatoriu, din care:

- 131 farmacii comunitare, din care:
 - 61 de farmacii în mediu urban;
 - 70 de farmacii în mediu rural.
- 45 oficine locale de distribuție în mediu rural.

Pentru finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul programelor naționale de sănătate curative care se derulează prin unitățile sanitare cu paturi, în anul 2021 s-au derulat 2 contracte, după cum urmează:

1) Spitalul Județean de Urgență Slatina, pentru finanțarea următoarelor programe:

-  Programul național de oncologie: activitate curentă și sume cost volum
-  Programul național de diabet zaharat: seturi consumabile pentru pompe insulină și consumabile pentru sisteme monitorizare continuă a glicemiei
-  Programul național de tratament al hemofiliei și talasemiei, respectiv:
 - ⇒ Hemofilie cu substituție on demand
 - ⇒ Hemofilie profilaxie continuă
 - ⇒ Hemofilie profilaxie intermitentă

⇒ Talasemie

- ✚ Programul național de tratament pentru boli rare - Boala Hunter
- ✚ Programul național de Endocrine – Osteoporoză
- ✚ Programul național de ortopedie - endoprotezați adulți – materiale sanitare

2) **Spitalul Municipal Caracal**, pentru finanțarea următoarelor programe:

- ✚ Programul național de oncologie: activitate curentă și sume cost volum
- ✚ Programul național de tratament pentru boli rare – Tirozinemie.
- ✚ Programul național de ortopedie - endoprotezați adulți – materiale sanitare.

2.9. Dispozitive medicale

Furnizarea dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive s-a asigurat în anul 2021 prin activitatea desfășurată de 76 furnizori aflați în relație contractuală cu CAS Olt iar începând cu data de 01.05.2022 de către 79 de furnizori.

Furnizorii au acordat următoarele tipuri de dispozitive medicale:

1. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.
2. Dispozitive pentru protezare stomii
3. Dispozitive pentru incontinență urinară
4. Proteze pentru membrul inferior
5. Proteze pentru membrul superior
6. Orteze (pentru coloană vertebrală, pentru membrul superior, membrul inferior)
7. Încălțăminte ortopedică
8. Dispozitive pentru deficiențe vizuale
9. Echipamente pentru oxigenoterapie
10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli
11. Dispozitive de mers
12. Proteză externă de sân.

Situația privind acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiente organice sau funcționale în ambulatoriu la data de 31.12.2021

Nr. crt.	Denumire dispozitive medicale	Nr. cereri înregistrate în 2021	Nr. decizii eliberate în anul 2021	Valoare decizii eliberate la 31.12.2021	Valoare listă de așteptare la data de 31.12.2021
1	Dipozitive de protezare în domeniul ORL	564	551	616.789,06	40.633,54
2	Dispozitive pentru protezare stomii	2.886	2.836	1.421.204,77	0
3	Dispozitive pentru incontinență urinară	1.674	1.636	1.688.532,28	0
4	Proteze pentru membrul inferior	91	79	324.018,30	71.673,36
5	Proteze pentru membrul superior	5	5	9.080,74	0
6	Orteze pentru coloana vertebrala	378	267	166.623,39	11.900,20
7	Orteze pentru membru superior	98	19	1.413,43	0
8	Orteze pentru membru inferior	202	381	139.101,90	18.318,14
9	Încălțăminte ortopedică	350	337	109.900,26	8.390,20
10	Dispozitive pentru deficiențe vizuale	2	3	942,18	0
11	Echipamente pentru	3.203	3.204	1.043.048,29	0

	oxigenoterapie				
12	Dispozitive pentru terapia cu aerosoli	0	0	0	0
13	Dispozitive de mers	628	618	335.117,08	10.303,51
14	Filtru umidificator HME	0	3	28.393,84	2.123,75
15	Proteză externă de sân	73	69	1.548,00	0
	TOTAL	10.154	10.008	5.885.713,52	163.342,70

2.10. Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar neasistat

Furnizarea serviciilor de transport sanitar neasistat atât în anul 2021 cât și în anul 2022 s-a asigurat de un singur furnizor cu stația în localitatea Slatina care își desfășoară activitatea cu 4 ambulante tip A1 destinate transportului sanitar neasistat al unui singur pacient.

În anul 2021 au beneficiat de activități de transport sanitar neasistat în valoare de 242.999,96 lei un număr de 354 asigurați.

Servicii de transport sanitar neasistat furnizate:

- solicitări prin 112, dispeciarizate de dispeceratul public local: 449
- număr total de km efectuați: 100.401 km, din care:
 - 10.371 km în mediul urban
 - 90.30 în mediul rural

2.11. MONITORIZAREA PROGRAMELOR DE SĂNĂTATE CURATIVE

În anul 2021, la nivelul județului s-au derulat și finanțat din bugetul fondului național unic de asigurări de sănătate, din sume alocate din venituri proprii ale MSP precum și din subvenții primite din bugetul fondului național unic de asigurări de sănătate programe naționale cu scop curativ pentru boli cu consecințe grave asupra stării de sănătate a populației derulate numai prin contracte încheiate cu CAS Olt.

Dintre acestea, medicamentele utilizate pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat, al bolnavilor oncologici, pentru tratamentul stării posttransplant al pacienților transplantați precum și pentru unele boli rare (mucoviscidoza, Scleroză laterala amiotrofică, angioedem ereditar, fibroza pulmonara idiopatica și Limfagiomatoza), s-au eliberat prin farmaciile cu circuit deschis asigurându-se accesibilitatea și continuitatea tuturor bolnavilor, eliminându-se astfel aglomerația, tensiunile și nemulțumirile pacienților.

Prevederile bugetare an 2021 cu această destinație precum și numărul de pacienți și costurile medii pentru anul 2021, se prezintă astfel:

Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programe naționale curative mii lei

Denumire program/subprogram	Prevedere credite angajament an 2021	Medicam /Mat sanit. consum anul 2021	Nr. bolnavi tratați	Cost mediu bolnav an 2021
1	2	3	4	5=3/4
Tratamentul bolnavilor cu afecțiuni oncologice	9.579,82	9.908,57	1.226	8,08
Tratamentul bolnavilor cu diabet zaharat - medicamente:	34.463,39	34.411,86	17.818	1,93

Programul național de boli rare:	<u>2.471,04</u>	<u>2.419,51</u>	<u>27</u>	<u>89,61</u>
- mucoviscidoză copii	172,47	171,07	6	28,51
- mucoviscidoza adulti	55,52	55,38	1	55,38
- scleroză laterală amiotrofica	20,49	20,07	8	2,51
- tirozinemie	161,09	140,49	1	140,49
- Boala Hunter	146,30	195,06	1	195,06
- Angioedem ereditar	1.775,24	1.697,65	8	212,21
- Fibroza pulmonară idiopatică	114,22	114,14	1	114,14
- Limfaiomatoza	25,71	25,65	1	25,65
Programul național de hemofilie și talasemie:	<u>1.984,29</u>	<u>1.790,76</u>	<u>15</u>	<u>119,38</u>
- hemofilie tratament "on demande"	113,33	48,66	3	16,22
- hemofilie profilaxie continuă	874,46	857,98	4	214,50
- hemofilie profilaxie intermitentă	222,40	110,52	1	110,52
- talasemie	774,10	773,60	9	85,96
Programul național de transplant	711,41	711,27	73	9,74
Programul național de boli endocrine-osteoporoza	16,03	16,38	79	0,21
Sume pentru medicamente oncologice cost - volum	5.585,10	5.454,86	45	121,22
TOTAL	54.819,08	54.713,21	19.238	2,84
Materiale sanitare și servicii pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programe naționale:				
Programul național de ortopedie	463,45	717,84	186	3,86
Tratamentul bolnavilor cu diabet zaharat-teste de automonitorizare	1.771,78	1.757,94	4.282	0,41
Tratamentul bolnavilor cu diabet zaharat-materiale consumabile pompe de insulină	28,49	32,56	6	5,42
Tratamentul bolnavilor cu diabet zaharat-materiale consumabile sisteme de monitorizare glicemică continuă	48,85	35,15	7	5,02
Sume pentru dozarea hemoglobinei glicozilate- asistență medicală pentru specialități paraclinice	22,98	22,98	1043	0,02
Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu IRC	15.395,27	15.200,18	243	62,55
TOTAL	17.730,82	17.766,65	4.711	3,77
T O T A L GENERAL	72.549,90	72.479,86	19.757	3,67

Carduri europene. Formulare europene. Asistență medicală transfrontalieră

2.12 Carduri europene

În anul 2021 s-au primit 1933 de cereri din care au fost distribuite un număr de 1920 de carduri europene de asigurări sociale de sănătate și emise 3 certificate provizorii de înlocuire a cardului european. De asemenea în cursul acestei perioade au mai fost înregistrate 10 cereri pentru tipărirea cardurilor europene persoanelor cărora li s-a emis certificate provizorii și solicită transformarea acestora în carduri europene plastificate. Până la data de 01.06.2022 au fost eliberate 868 de carduri europene de asigurări de sănătate cu 542 de carduri mai multe față de aceeași perioadă a anului trecut.

2.13. Formulare Europene

În anul 2021 au fost eliberate și primite 1.709 formulare după cum urmează:

- 239 au fost formulare emise de CAS OLT
- 1.470 formulare primite din statele membre UE.

Ponderea cea mai mare au avut-o formularele E125 "Extras individual privind cheltuielile efective" un număr de 711, fiind rezolvate cu prioritate iar în urma verificărilor s-au acceptat la plată 652 de formulare E125 pentru care s-au întocmit solicitări de acordare de prevedere bugetară.

Situația privind plățile efectuate în anul 2021 pentru prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale

LUNA	Plăți efectuate în perioada 01.01.2021-31.12.2021 pentru prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale							HG304/2014 și E126
	Număr de cereri	total suma virată în cont CNAS	în baza CEASS	în baza E106/S1	în baza E112/S2	în baza E121/S1	IN BAZA E127	
TRIM. I	157	1.031.810,96	335.802,71	0,00	0,00	52.382,07	643.626,18	0,00
TRIM. II	34	382.033,73	781.106,08	4.808,46	0,00	449.079,11	0,00	0,00
TRIM. III	262	1.994.834,14	402.567,84	0,00	258.293,28	481.013,09	0,00	0,00
TRIM. IV	4	28.253,69	27.855,81	0,00	0,00	0,00	0,00	397,88
TOTAL AN 2021	457	3.436.932,52	1.547.332,44	4.808,46	258.293,28	982.474,27	643.626,18	397,88
Credite bugetare aprobate 2021	3.436.940,00							
Total plăți efectuate	3.436.932,51							
Credite bugetare neutilizate	7,49							

Tratamentul planificat în altă țară

Privind documentul portabil (DP)S2 - Document de deschidere de drepturi la tratament planificat (fostul formular european E 112), în anul 2021, s-au emis un număr de 5 formulare, în temeiul dispozițiilor art. 20 și 27 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004, al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, cu modificările și completările ulterioare, respectiv art. 26 din Regulamentul (CE) nr. 987/2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, cu modificările și completările ulterioare.

În anul 2021 s-au decontat prestații medicale acordate în baza formularelor S2 emise în anii anteriori în valoare de 258.293,28 lei și s-au înregistrat 5 solicitări pentru care au fost emise un număr de 5 formulare S2.

Detalierea formularelor S2 emise în anul 2021

În funcție de afecțiunea medicală

BOLI ALE SISTEMULUI CIRCULATOR	3
ARSURI	1
AFECTIUNI NEUROLOGICE	1
TOTAL FORMULARE	5

Detaliere persoane asigurate

	NR. PERSONE	Din care:		TOTAL NUMAR FORMULARE
		FEMININ	MASCULIN	
COPII	3	2	1	3
ADULTI	2	0	2	2
TOTAL	5	2	3	5

Detaliere state membre UE

State membre UE	Nr. formulare S2 emise
BELGIA	1
ITALIA	2
FRANTA	1
GERMANIA	1
TOTAL	5

Rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere

Rambursarea contravalorii asistenței medicale transfrontaliere în condițiile în care un asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România se deplasează într-un stat membru al Uniunii Europene cu scopul de a primi tratament medical, cu sau fără autorizarea prealabilă a casei de asigurări de sănătate unde este luat în evidență ca persoană asigurată.

În anul 2021 s-au înregistrat 2 cereri de rambursare a cheltuielilor ocazionate de servicii medicale acordate în conformitate cu HG 304/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistența medicală transfrontalieră, pentru care s-a solicitat prevedere bugetară în conformitate cu prevederile legale în vigoare, urmând a fi rambursată suma de 16.561,12 lei.

Conform art. 7 din HG 729/2009 s-a înregistrat o cerere, suma totală rambursată asiguratului a fost în valoare de 397,88 lei.

Formularul E125RO emis de CAS OLT

În cazul asiguraților străini care au beneficiat de asistență medicală pe teritoriul județului Olt în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate sau a certificatului provizoriu de înlocuire a cardului ori în baza formularelor E 106, E 112, E 120, E 121 în numele instituției competente, s-a completat formularul E 125 și a fost transmis instituției competente prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

În anul 2021 au fost completate 124 formulare E125RO în valoare totală de 71.513,82 lei pentru asigurați din AUSTRIA(49), CEHIA(1), ELVEȚIA (3), GERMANIA(13), ITALIA(34), OLANDA(7), SLOVACIA(11), SPANIA(15).

Situația sumelor încasate în anul 2021 pentru asistența medicală acordată cetățenilor străini pe teritoriul județului Olt

Stat membru UE	An E125 emis	NR. E125	Sumă recuperată – lei -
AUSTRIA	2019	11	8.015,81
BULGARIA	2019	1	1.209,75
ELVEȚIA	2019-2020	8	11.484,09
GERMANIA	2017-2019	13	7.347,73
ITALIA	2017-2019	26	47.805,53
LUXEMBURG	2019	1	36,29
POLONIA	2019	3	83,37
SLOVACIA	2019	1	176,74
SLOVENIA	2019	1	1.310,39
SPANIA	2019	5	5.684,46
TOTAL		70	83.154,16

3. Evidență asigurați și carduri naționale de asigurări de sănătate

Din totalul celor 332.809 carduri naționale de asigurări de sănătate tipărite pentru asigurații CAS Olt până la 31.12.2021, un număr de 320.467 au fost distribuite de operatorul se servicii postale CN Posta Romana, iar un număr de 12.342 carduri au fost predate ca nedistribuite către CAS Olt.

Din cele 12.342 de carduri returnate de CNPR au fost redistribuite de CAS Olt prin ghișeul de relații cu asigurații 9.460 carduri, casate 273 (carduri decedați și suspendate) iar alte 2.609 carduri se afla ca nedistribuite la sediul CAS Olt la data de 31.12.2021.

Pentru a avea acces la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, asigurații care și-au pierdut cardul de sănătate ori și-au modificat numele au depus la CAS în cursul anului un număr de 3.592 cereri de eliberare a cardului duplicat, iar asigurații care au refuzat cardul din motive religioase au depus la CAS, 287 cereri de eliberare a adeverinței de asigurat.

Deoarece cardurile duplicat nu au fost tipărite în perioada de valabilitate a adeverinței de înlocuire a cardului, a fost nevoie de emiterea altor adeverințe pentru alte 60 de zile astfel ca numărul adeverințelor de înlocuire total eliberate a fost de 4.178.

În cursul anului 2021 au fost retipărite, în zece tranșe, 3.428 carduri duplicat pentru CAS Olt, din care au fost distribuite de CNPR un număr de 3.206 și un număr de 222 carduri au fost returnate la sediul CAS Olt. Dintre acestea, 209 carduri duplicat au fost achitate cu mandat Postal.

De la începutul perioadei în care a început activitatea de distribuire carduri, respectiv pe ansamblul perioadei 2015-2021, se consemnează existența a 20.531 carduri duplicat tipărite din care au fost distribuite 20.058 carduri, 187 au fost casate și 286 carduri duplicat există ca neridicate în evidența CAS Olt la 31.12.2021.

Totodată, la solicitarea persoanelor fizice, s-a dispus activarea a 465 carduri naționale de sănătate, prin sistemul cititorului de carduri, respectiv resetarea de PIN și schimbare de PIN pentru 400 de carduri blocate.

Adeverința de asigurat, eliberată de casa de asigurări de sănătate pentru asigurații cărora nu le-a fost emis un cardul național, a fost eliberată în urma a 5.301 de solicitari.

Pentru a veni în sprijinul contribuabililor, în vederea validării operative a calității de asigurat, documentele justificative au fost transmise de solicitanți prin posta sau prin fax dar și prin adresa de e-mail evidenta.casot@gmail.com.

4. Măsuri întreprinse pentru îmbunătățirea furnizării și controlului serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale

- Utilizarea PIAS de către toți furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu CAS Olt.
- Organizarea și efectuarea controlului serviciilor medicale care se acordă asiguraților în baza contractelor de furnizare servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale.
 - Monitorizarea derulării contractelor de furnizare servicii medicale.
 - Optimizarea transparenței prin informarea furnizorilor de servicii medicale, cu privire la condițiile de acordare a serviciilor medicale și cu privire la orice intenție de schimbare în modul de acordare a acestora prin intermediul paginii web a C.A.S.Olt și prin e-mail, la adresele comunicate oficial de către furnizori, cu excepția situațiilor impuse de actele normative.
 - Eficientizarea activității de validare a serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale.

- Urmărirea modului de aplicare a prevederilor legale privind furnizarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în aplicația SIUI.
- Sesizarea CNAS cu privire la eventualele disfuncționalități înregistrate în utilizarea PIAS.
- Informarea furnizorilor despre modificările de natură contractuală survenite.
- Actualizarea permanentă a derulării contractelor în conformitate cu modificările legislative.
- Monitorizarea permanentă a derulării contractelor.
- Verificarea modului de utilizare a fondurilor alocate pentru fiecare domeniu de asistență medicală.
- Propuneri către CNAS pentru suplimentarea sumelor alocate în vederea asigurării continuității asistenței medicale și evitarea disfuncționalităților în sistem.
- Respectarea termenelor de raportare a serviciilor, de către furnizori.
- Respectare termenelor de transmitere a situațiilor solicitate de către CNAS cu privire la necesarul deschiderilor de credite.
- Respectarea termenelor de decontare a serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în conformitate cu planificarea lunară și cu încadrarea în sumele alocate pentru fiecare domeniu de asistență medicală.
- Corespondența permanentă cu furnizorii, asigurații și instituții cu respectarea prevederilor legale în domeniu.
- Identificarea riscurilor asociate activităților desfășurate.

5. MODIFICĂRI LEGISLATIVE

Principalele modificări ale normelor metodologice începând cu data de 01.04.2022 vizează asistența medicală primară și ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice.

Astfel, a fost dezvoltat pachetul de bază acordat în asistența medicală primară, prin introducerea de servicii diagnostice și terapeutice care pot fi acordate de către medicii de familie, printre care: intervenții de mică chirurgie, imobilizare entorsă, sondaj vezical, peakflowmetrie, administrare medicație sub formă de aerosoli. De asemenea, serviciile de administrare a tratamentelor - intramuscular, subcutanat, intravenos sau perfuzabil, după caz - au fost incluse în categoria serviciilor medicale care pot fi efectuate la cabinet, la domiciliu sau la locul solicitării, după caz, în cadrul programului de lucru sau în cadrul unui program de lucru prelungit. Serviciile medicale pentru situațiile de urgență medico-chirurgicală se vor acorda în cadrul programului de lucru, dar a fost eliminată obligația de a fi efectuate numai la cabinet.

A fost suplimentat pachetul de servicii acordate de medicii de familie pentru ca pacientul să aibă acces mai facil la tratamente, să nu mai fie obligat să se deplaseze la cabinet pentru a beneficia de un tratament, atunci când starea de sănătate nu îi permite acest lucru.

Pe lângă celelalte servicii deja existente, pentru depistarea precoce a factorilor de risc asociați bolilor cronice cu impact major în sănătatea publică, au mai fost introduse reglementări speciale necesare pentru ***prevenirea, depistarea și tratamentul diabetului zaharat***. Astfel, în cadrul serviciilor de prevenție acordate de medicii de familie pentru asigurații adulți cu vârsta de 18 ani și peste, supraponderali/obezi și/sau care prezintă unul sau mai mulți factori de risc pentru diabetul zaharat, se recomandă efectuarea testului de toleranță la glucoză per os (TTGO) și a HBA1c. Biletul de trimitere se întocmește distinct pentru aceste investigații paraclinice cu completarea câmpului corespunzător prevenției. În funcție de rezultatele investigațiilor recomandate, ***medicul de familie poate să includă pacientul în Programul Național de Diabet Zaharat și să inițieze tratamentul cu DCI Metforminum***. Dacă la consultațiile ulterioare de control valoarea HBA1c este $\geq 6,5\%$, medicul de familie va trimite pacientul pentru consultație la medicul de specialitate diabet zaharat, nutriție și boli metabolice și/sau la medici cu competență/atestat în diabet.

Suplimentarea cu 22% a bugetului alocat pentru medicina de familie a permis de la 1 aprilie creșterea la 10 lei a valorii garantate a punctului per capita (față de valoarea minimă garantată de

8,5 lei până la data de 01.04.2022), precum și creșterea la 4 lei a valorii garantate a punctului pe serviciu (față de valoarea minimă garantată de 3,5 lei până la data de 01.04.2022).

În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, în lista serviciilor conexe au fost introduse și serviciile care pot fi recomandate de medicii de specialitate medicină fizică și reabilitare, respectiv serviciile furnizate de psiholog în specialitatea psihologie clinică, consiliere psihologică și psihoterapie, precum și serviciile furnizate de fizioterapeut, care se acordă conform unui plan de proceduri specifice recomandat de medicul de medicină fizică și reabilitare.

A fost revizuită integral lista afecțiunilor la adult și copil pentru care pot fi acordate servicii de medicină fizică și reabilitare în baza de tratament. Acestea se acordă numai pe baza planurilor de proceduri eliberate de medicii de medicină fizică și reabilitare aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Au fost adăugate noi proceduri de medicină fizică și reabilitare în baza de tratament, precum TECAR, respirație la presiune pozitivă, masaj pneumatic al extremităților, crioterapie.

În afara consultațiilor de specialitate, medicii de specialitate din specialitatea medicină fizică și reabilitare pot efectua în cabinet proceduri diagnostice sau tratamente, cum ar fi evaluarea funcțională instrumentală cu dispozitive mecatronice, tratamentul intraarticular cu plasmă îmbogățită cu trombocite, blocajele chimice pentru spasticitate, punctiile și infiltrațiile intraarticulare, infiltrațiile nervoase regionale și testele clinice.

Medicii specialiști de medicină fizică și reabilitare pot efectua unele ecografii din pachetul de servicii medicale paraclinice de bază, în cazul în care aceste investigații sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului sau pe bază de bilet de trimitere de la un alt medic de specialitate, inclusiv de la medicul de familie, în limita competenței și a dotărilor necesare, pentru care se încheie act adițional.

Pentru îmbunătățirea accesului asiguraților la serviciile medicale din asistența medicală primară/ambulatorie de specialitate și pentru utilizarea eficientă a fondului alocat cu această destinație, sumele neconsumate până în luna decembrie a anului curent vor fi utilizate integral pentru plata serviciilor realizate și raportate de medicii de familie, respectiv de medicii de specialitate din ambulatoriu, în mod proporțional cu numărul de puncte pe serviciu realizat de fiecare medic, în limitele prevederilor bugetare alocate și aprobate pentru aceste domenii de asistență medicală.

În asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice au fost introduse două noi analize medicale de laborator care pot fi acordate persoanelor asigurate: TTGO (test de toleranță la glucoză per os) și HBA1c (o singură dată pe an), numai la recomandarea medicilor de familie pentru pacienții adulți asimptomatici, de orice vârstă, în cadrul serviciilor medicale preventive.

Medicii de familie care au și competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative pot desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate atât în baza specialității medicină de familie, cât și a competenței/atestatului de studii complementare de îngrijiri paliative, putând acorda atât servicii medicale aferente specialității medicină de familie cât și servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriul clinic de specialitate, în cadrul unei secții sau compartiment cu paturi de îngrijiri paliative sau la domiciliu, aferente activității desfășurate la furnizorul de servicii medicale clinice de specialitate/spitalicești/de îngrijiri paliative la domiciliu.

De asemenea, medicii cu specialitatea clinică medicină fizică și reabilitare pot desfășura activitate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate **în ambulatoriul de specialitate** pentru specialități clinice precum și **activitate de supraveghere a acordării serviciilor de medicină fizică și reabilitare în baze de tratament**, în condițiile în care cele două activități se desfășoară în cadrul programului de lucru, în același sediu.

În asistența medicală dentară a fost revizuit pachetul de servicii, tarifele aferente, procentele de compensare, precum și periodicitate la care pot fi acordate unele servicii de medicină dentară, respectiv: - serviciul “Reparație proteză” și serviciul “Rebazare proteză” din pachetul de servicii de bază se acordă de două ori pe an (față de o dată pe an până la data de 01.04.2022); - serviciul “Tratamentul angrenajului invers prin exerciții cu spatulă/ședință” a fost redenumit „Reeducarea funcțională prin exerciții, miogimnastică, etc. / ședință”; - serviciul “Reparație aparat ortodontic“ a

fost eliminat din pachetul minimal; - tariful aferent consultației pentru persoanele peste 18 ani, precum și tariful aferent protezei acrilice mobilizabilă pe arcadă pentru persoanele peste 18 ani, se decontează de casele de asigurări de sănătate în procent de 100% (față de 60% până la data de 01.04.2022); - au fost majorate tarifele aferente serviciilor de medicină dentară din pachetul de servicii medicale de bază și din pachetul minimal de servicii.

Suma orientativă/medic specialist/lună la nivel național a fost majorată la 4.000 lei/lună (față de 2.000 lei/lună până la data de 01.04.2022)

OBIECTIVE pentru anul 2022

➤ Creșterea gradului de informare a asiguraților cu privire la drepturile și obligațiile asiguraților în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, precum și creșterea gradului de satisfacție a asiguraților privind calitatea serviciilor medicale

➤ Îmbunătățirea imaginii Casei de Asigurări de Sănătate Olt;

➤ Îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale;

➤ Asigurarea funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local, în condiții de eficacitate.

➤ Asigurarea echilibrului bugetar și întărirea disciplinei financiare și contractuale.

➤ Angajarea și utilizarea fondurilor în limita creditelor bugetare și de angajament aprobate, pe baza bunei gestiuni financiare.

➤ Asigurarea accesului asiguraților la pachetul de servicii medicale de bază/programe naționale de sănătate curative, potrivit principiilor de funcționare a sistemului de asigurări sociale de sănătate, în limita fondurilor disponibile.

**Director General
Ec. Carmen Liana CÎRJAN**