

CASJ GORJ - 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 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.

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.

Daca la infiintarea CASJ Gorj isi desfasurau activitatea un numar de 23 salariați din 85 de posturi aprobate, in prezent CASJ Gorj functioneaza cu 50 salariați din 53 posturi aprobate.

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).

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 luna noiembrie 2005 s-a publicat Ordonanța de urgență Nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate iar in anul 2006 a aparut Ordinul 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 , astfel că CNAS prin casele judetene de asigurari de sanatate a preluat, de la 01.01.2006, o atribuție care ani de zile a aparținut Casei Naționale de Pensii și Asigurări Sociale.

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.

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 Asigurărilor 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 caselor de asigurări sociale de sănătate.

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 sanătate, care se află în plină desfășurare.

Incepand cu data de 01.07.2012 competenta de administrare a contributiilor obligatorii datorate de persoane care realizeaza venituri din activitati independente si alte activitati si persoane care nu realizeaza venituri s-a transferat de la casele de asigurari de sanătate la Agentia Nationala de Administratie Fiscala.

Obiectul principal de activitate al Casei de Asigurări de Sănătate Gorj a fost și este în continuare garantarea pentru populația asigurată a unui pachet de servicii medicale de calitate, prin încheierea de contracte cu furnizorii de servicii medicale , să protejeze asigurații față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident, să asigure protecția asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu în condițiile utilizării eficiente a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.