*CNAS*

***CAS IALOMIŢA***

 ***CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE IALOMIŢA***

***SLOBOZIA, str. MATEI BASARAB, nr. 175, cod 920092***

***Telefon: 0243/ 231665; FAX : 0243/232750***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RAPORT DE ACTIVITATE**

**AL CASEI DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE IALOMIȚA**

**PENTRU ANUL 2015**

**PREZENTARE GENERALĂ**

Sistemul de asigurări sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii și promovării sănătății populației care oferă un pachet de servicii de bază pentru persoanelor asigurate și care cuprinde servicii medicale, servicii de îngrijire a sănătății, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale și alte servicii la care au dreptul asigurații, precum și un pachet minimal de servicii care se acordă persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat și care cuprinde servicii de îngrijire a sănătății, medicamente și materiale sanitare numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și a bolilor cu potențial endemoepidemic, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuzei, servicii de planificare familială și servicii de prevenție.

Casa de Asigurări de Sănătate Ialomița (CAS IL) este instituţie publică, de interes local, cu personalitate juridică, fără scop lucrativ, organizată în baza Legii 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății și a Statutului propriu, având rolul de a aplica politica şi strategia generală a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate (CNAS) în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate în raza de competenţă.

Structura organizatorică prevăzută (direcţii, servicii, birouri, compartimente) a fost elaborată potrivit organigramei aprobate prin ordin al Preşedintelui CNAS.

În anul 2015 activitatea instituției s-a desfășurat cu un număr de 40 posturi ocupate.

Obiectul principal de activitate al CAS IL a fost și este în continuare gestionarea bugetului propriu, respectând politica şi strategia generală a CNAS, asigurând funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local.

În îndeplinirea atribuţiilor ce le revin, preşedintele-director general şi directorii executivi organizează, coordonează, controlează şi evaluează activitatea în condiţii de eficienţă şi rigurozitate.

Preocuparea permanentă a CAS IL este asigurarea tuturor necesităţilor asiguraţilor în ceea ce priveşte accesul la servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, urmărind în principal atragerea de fonduri suplimentare, utilizarea cu maximă eficienţă a fondurilor existente, echilibrarea repartizării pe zone a fondurilor pentru fiecare tip de asistenţă medicală, rezolvarea punctuală a solicitărilor adresate direct casei de asigurări de sănătate.

Misiunea CAS IL este aceea de a utiliza cât mai eficient resursele financiare în folosul asiguraților, cu scopul de a realiza un sistem de asigurări de sănătate performant, transparent, modern și eficient, de a garanta un pachet de servicii de calitate pentru populația asigurată și implicit îmbunătățirea stării de sănătate a populației.

Relațiile dintre furnizorii de servicii medicale și CAS IL se desfășoară în baza Contractului-cadru care prevede criteriile cantitative și calitative de desfășurare a activităților medicale, în funcție de care se realizează plata acestora pentru serviciile furnizate.

Relațiile ce se stabilesc între asigurați și CAS IL au la baza următoarele principii:

* alegerea liberă de către asigurați a casei de asigurări;
* solidaritatea și subsidiaritatea în constituirea și utilizarea fondurilor;
* participarea obligatorie la plata contribuției pentru formarea FNUASS;
* acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, în conditiile legii;
* transparența activității sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local;
* confidențialitatea datelor, în ceea ce priveste diagnosticul și tratamentul;
* drepturile și obligatiile asiguraților sunt stabilite prin lege;
* fiecare asigurat are dreptul de a fi informat cel putin o data pe an, prin casa de asigurari de sanatate asupra serviciilor de care beneficieaza, a nivelului de contribuție personală și modalității de plata, precum și asupra drepturilor și obligațiilor sale.

Pentru realizarea obiectivelor asumate prin Planul de management s-au avut în vedere în principal, următoarele aspecte:

* asigurarea, urmarirea si controlul sumelor aprobate pentru derularea programelor de sanatate din judetul Ialomița;
* negocierea si încheierea contractelor de furnizare de servicii medicale si medicamente, în conformitate cu Politica de contractare stabilita si avizata de Consiliul de administratie al CAS IL;
* implicarea activa a managementului în respectarea indicatorilor de calitate impusi la contractarea serviciilor medicale, ca o garantie în implinirea nevoilor asiguratilor;
* colaborarea cu alte institutii implicate în sistem, cu privire la determinarea prompta, corecta si actualizata a cererii si a ofertei de servicii medicale si farmaceutice.
* monitorizarea activitatilor de gestiune, distributie a cardului national de asigurari sociale de sanatate si suport privind utilizarea acestuia, care revin CAS conform reglementarilor legale în vigoare;
* monitorizarea activitatilor legate de introducerea datelor in sistemul informatic, productia si distributia cardului european, conform legislatiei în vigoare;
* crearea unei imagini pozitive a sistemului de asigurari sociale de sanatate la nivel local, stiuta fiind si atentia sporită pe care o acorda mass - media acestui segment.
* implementarea unui sistem de functionare partenerial cu toti cei implicati in sistemul asigurarilor sociale de sanatate.

SECȚIUNEA I-a

**DIRECȚII DE ACȚIUNE URMĂRITE ÎN ANUL 2015**

În vederea realizării la un nivel corespunzător a atribuţiilor CAS IL, în condiţii de legalitate, eficienţă, eficacitate, economicitate şi regularitate, în anul 2015 s-au avut în vedere următoarele obiective generale şi specifice:

**Obiective generale:**

* Asigurarea funcţionării în bune condiții a sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local;
* Consolidarea, eficientizarea şi dezvoltarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local.

**Obiective specifice:**

* Organizarea, coordonarea şi dirijarea evicientă a sistemului de asigurări la nivel local.
* Utilizarea FNUASS la nivel local, în condiţii de eficienţă, eficacitate şi economicitate.
* Asigurarea surselor de finanțare a sistemului de asigurări sociale de sănătate și optimizarea mecanismelor de plată pentru serviciile de sănătate prestate asiguraților proprii.
* Îmbunătățirea accesului populaţiei la servicii medicale și medicamente și asigurarea acestor servicii pe parcursul întregului an.
* Întărirea disciplinei şi derularea contractelor cu furnizorii de servicii medicale cu încadrarea în sumele şi serviciile contractate.
* Creşterea gradului de satisfacţie a asiguraţilor.
* Contractarea serviciilor medicale şi farmaceutice pentru a asigura furnizarea de servicii adecvate (cantitativ şi calitativ) pe toată durata derulării contractelor.
* Identificarea şi diminuarea riscurilor de sistem la nivel local.
* Promovarea politicii CNAS la nivel local, în scopul realizării unui sistem unitar, la nivel naţional privind evidenţa (asiguraţi, număr de servicii, costurile serviciilor etc.), contractarea şi decontarea serviciilor.
* Creşterea gradului de informare a asiguraţilor.
* Crearea condițiilor necesare pentru punerea în practică a Ordinului CNAS nr. 581/2014 privind documentele necesare pentru stabilirea calității de asigurat, asigurând astfel un grad mai mare de confort asiguraților în sensul de a nu se mai deplasa la casa de asigurări pentru adeverința care să ateste calitatea de asigurat decât în situații speciale.
* Asigurarea condițiilor optime, prin monitorizarea activităților desfășurate de instituțiile autorizate, în vederea intrării asiguraților în posesia Cardului de sănătate.

Astfel, conducerea CAS IL și personalul de specialitate de la nivelul departamentelor au derulat activități specifice stabilite în competența lor prin actele normative, actele administrative cu caracter normativ și normele interne pentru realizarea obiectivelor propuse în concordanță cu direcțiile de acțiune precizate mai sus. Planificarea operaţională a obiectivelor prezentate a avut în vedere criteriile şi indicatorii de performanţă specifici sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local.

**Principalele acțiuni** desfășurate de CAS IL pentru îndeplinirea misiunii sale:

* promovarea, în colaborare cu celelalte instituții competente, de măsuri pentru asigurarea şi protejarea drepturilor asiguraţilor privind acordarea serviciilor de îngrijiri de sănătate;
* furnizarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil şi nediscriminatoriu, oricărui asigurat;
* negocierea, contractarea şi decontarea serviciile medicale contractate pentru asiguraţii proprii;
* monitorizarea numărului, calităţii şi nivelului tarifelor serviciilor medicale furnizate;
* controlul aplicării şi respectării reglementărilor privind domeniul asigurărilor de sănătate de către furnizorii de servicii medicale;
* promovarea acţiunilor de informare şi conştientizare privind drepturile şi obligaţiile asiguraţilor;
* menținerea unei legături permanente cu asiguraţii și cu furnizorii de servicii de sănătate;
* înregistrarea, menţinerea şi actualizarea datelor privind asiguraţii proprii;
* furnizarea gratuită de informaţii, consultanţă şi asistenţă în domeniul asigurărilor sociale de sănătate şi a serviciilor medicale, persoanelor asigurate, furnizorilor de servicii medicale şi angajatorilor;
* asigurarea serviciilor de îngrijiri de sănătate pe teritoriul Uniunii Europene.

**Principalele acte normative specifice**

* Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;
* H.G. nr. 400/2014 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015 cu modificările şi completările ulterioare;
* Ordinul 388/186/31.03.2015 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare in anul 2015 a HG nr.400/2014, cu modificările şi completările ulterioare;
* H.G. nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015 şi 2016 cu modificările şi completările ulterioare ;
* Ordinul 185/2015 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naţionale de sănătate pentru anii 2015 şi 2016 cu modificările şi completările ulterioare;

SECȚIUNEA a II-a

**REALIZAREA OBIECTIVELOR PROPUSE PENTRU ANUL 2015**

Obiectivele majore pe care CAS IL le-a urmărit în anul 2015 privesc două direcții principale:

1. dimensiunea economico- financiară și utilizarea eficientă a bugetului alocat CAS IL;
2. dimensiunea medicală, privind asigurarea necesarului de servicii medicale și creșterea calității serviciilor de sănătate pentru populația județului Ialomița.

Nivelul de realizare a indicatorilor de performanță, asumați prin contractul de management este reflectat de realizarea tuturor activităților legate de aceste două domenii.

**Capitolul 1.** **ACTIVITATEA DIRECȚIEI ECONOMICE**

* 1. **Situaţia plăţilor efectuate în anul 2015 comparativ cu anii 2013 și 2014**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Denumirea categoriilor de cheltuieli** | **Realizări**  **2015**  ***- mii lei -*** | **Realizări**  **2014**  ***- mii lei -*** |  | **Realizări**  **2013**  ***- mii lei -*** |
| *1* |  | *2* |  | *3* |
| **Cheltuieli totale, din care:** | **168.942,3** | **156.115,42** |  | **165.522,27** |
| Cheltuieli pentru sănătate | 162.825,29 | 150.825,42 |  | 159.992,27 |
| Materiale şi Prestări de Servicii cu caracter medical | 160.050,18 | 148.084,92 |  | 157.624,24 |
| **Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice şi dispozitive medicale din care:**  - Medicamente cu şi fără contribuţie personală  - Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naţionale cu scop curativ  - Materiale sanitare specifice utilizate în programele naţionale cu scop curativ  - Servicii medicale de hemodializă şi dializă peritoneală  - Dispozitive şi echipamente medicale | **73.861,75**  49.610,06  14.710,58  601,07  6.109,04  2.831 | **70.950,21**  52.138,7  14.698,97  526,22  691,32  2.895 |  | **84.406,15**  65.188,57  15.822,14  580,99  518,55  2.296,00 |
| **Servicii medicale în ambulatoriu :**  - Asistenţa medicală primară  - Asistenţa medicală pentru specialităţi clinice  - Asistenţa medicală stomatologică  - Asistenţa medicală pentru specialităţi paraclinice  - Asistenţa medicală în centre medicale multifuncţionale | **30.020,04**  17.979,82  4.471  883  4.899,22  1.787 | **26.316,29**  16.843,18  3.699,15  493,51  3.764,17  1.516,28 |  | **22.044,38**  15.293,36  3.051,27  91,92  2.403,00  1.204,83 |
| **Servicii de urgenţă prespitaliceşti şi transport sanitar** | **377** | **39,54** |  | **1,554,25** |
| **Servicii medicale în unităţi sanitare cu paturi:**  - Spitale generale  - Unităţi de recuperare-reabilitare a sănătăţii | **53.262,73**  53.262,73  0 | **47.343,61**  47.343,61  0 |  | **48.995,89**  48.995,89  0 |
| **Îngrijiri medicale la domiciliu** | **164** | **132,28** |  | **125,56** |
| **Prestaţii medicale acordate în baza documentelor internaţionale** | **2.364,66** | **3.302,99** |  | **498,01** |
| **Sume recuperate din anii precedenti** | -166,7 | -222,17 |  | -338,29 |
| **Cheltuieli de administrare a fondului:** | **2.941,56** | **2.962,67** |  | **2.706,32** |
| - cheltuieli de personal  - cheltuieli materiale  - cheltuieli de capital | 2.022,05  882,17  37,34 | 2.162,54  770,15  29,98 |  | 2.088,63  550,82  66,87 |
| **Cheltuieli pentru Asigurări şi Asistenţă Socială.** | **6.117,01** | **5.290** |  | **5.530** |

**1.2. Situaţia execuţiei bugetului Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate în anul 2015 comparativ cu anii 2013 şi 2014**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Denumire indicatori** | **Realizări**  **an 2015**  - ***mii lei*** - | **Realizări**  **an 2014**  - ***mii lei*** - | **Realizări**  **an 2013**  - ***mii lei*** - |
| *1* |  | *2* | *3* |
| **I. VENITURI SĂNĂTATE** | **108391.92** | **96648.11** | **93424,59** |
| **II.CHELTUIELI TOTALE *din care:*** | **168942.3** | **156115.42** | **165.522.27** |
| **Materiale prestări servicii cu caracter medical** | 160.050.18 | 14.8084.92 | 157.624,24 |
| **Cheltuieli de administrare a fondului:**  - cheltuieli de personal  - cheltuieli materiale  - cheltuieli de capital | 2.941.56  2.022.5  882.17  37.34 | 2962.67  2.162.54  770.15  29.98 | 2.706,32  2.088,63  550,82  66,87 |
| **Asistenţă socială** | 6.117.01 | 5.290 | 5.530,00 |
| **Sume recuperate din anii precedenţi** | -166,7 | -222.17 | -338,29 |

**1.3. Contul de execuție în 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Denumire indicatori** | **Prevederi bugetare**  **31.12.2015** | **Realizari/**  **plati**  **31.12.2015** | **% realizare** |
| **VENITURI TOTALE** | **108.786** | **108.391.92** | **99.64** |
| **CHELTUIELI TOTALE** | **170.480.19** | **168.942.3** | **99.10** |
| I. CHELTUIELI DE PERSONAL | 2.023.11 | 2.022.05 | 99.95 |
| II. BUNURI SI SERVICII | 162.302.33 | 160.932.35 | 99.16 |
| A. ACTIVITATE PROPRIE | 883.75 | 882.17 | 99.82 |
| B. SERVICII MEDICALE | 161.418.58 | 160.050.18 | 99.15 |
| -medicamente cu si fara contributie personala | 49.625 | 49.610.06 | 99.97 |
| -medicamente pentru boli cronice | 14.710.58 | 14.710.58 | 100 |
| -materiale sanitare utilizate in programe nationale cu scop curativ | 601.07 | 601.07 | 100 |
| -hemodializa si dializa peritoniala | 6.109.04 | 6.109.04 | 100 |
| -dispozitive si echipamente medicale | 2.831 | 2.831 | 100 |
| -asistenta medicala primara | 17.982 | 17.979.82 | 99.99 |
| -asistenta medicala pentru specialitati clinice | 4.471 | 4.471 | 100 |
| -asistenta medicala stomatologica | 883 | 883 | 100 |
| -asistenta medicala pentru specialitati paraclinice | 4.899.22 | 4.899.22 | 100 |
| -servicii medicale de recuperare | 1.787 | 1.787 | 100 |
| -servicii de urgenta prespitalicesti si transport sanitar | 377 | 377 | 100 |
| -servicii medicale in unitati sanitare cu paturi | 54.614 | 53.262.73 | 97.53 |
| -îngrijiri medicale la domiciliu | 164 | 164 | 100 |
| -prestatii medicale acordate intr-un stat membru UE | 2.364.67 | 2.364.66 | 100 |
| III. CHELTUIELI PENTRU ASIGURARI SI ASISTENTA SOCIALA | 6.117.4 | 6.117.01 | 99.99 |
| -asistenta sociala in caz de boli | 362.33 | 362.33 | 100 |
| -asistenta sociala pentru familie si copii | 255.07 | 2.454.93 | 100 |
| -plati efectuate in anul precedent, recuperate in anul curent. |  | -166.7 |  |
| IV. CHELTUIELI DE CAPITAL | 37.35 | 37.34 | 99.97 |

* 1. **Stadiul activității de distribuire a Cardului național de sănătate.**

În cadrul proiectului privind implementarea cardurilor nationale, au fost parcurse urmatoarele etape:

1. demararea proiectul pilot de testare a funcționalitătilor cardului național de asigurări de sănătate în cadrul furnizării serviciilor de dializă în anul 2014.

2. distribuirea cardurilor naționale de sănătate în baza Acordului cadru încheiat între Casa Nationala de Asigurari de Sanatate și Compania Nationala Posta Romana si a contractelor subsecvente încheiate începand cu anul 2014.

3. implementarea efectivă a cardurilor în ceea ce privește furnizarea serviciilor medicale, medicamente, materiale sanitare si dispozitive medicale în baza acestor documente, începand cu 1 mai 2015.

Situația cumulată a cardurilor tiparite și distribuite la nivelul județului Ialomița, este urmatoarea:

Total carduri tiparite =184.388 (din care 80.337 în 2014 și 104.051 în anul 2015).

Total carduri distribuite de Posta Română =173.005.

Total carduri restituite la CAS Ialomița de către Poșta Română=11.383.

Total carduri predate titularilor de către CAS Ialomița = 1.399.

Total carduri predate medicilor de familie pentru a fi distribuite = 7.573.

Total carduri aflate la CAS Ialomița la 31.12.2015 = 2.411.

Pentru a veni în sprijinul asiguraților, CNAS a stabilit procedura prin care casele de sănătate fac transferul cardurilor la solicitarea titularilor. Ponderea cea mai importanta o constituie cardurile aparținând asiguraților Casei Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale și Autoritatii Judecatorești (OPSNAJ). Astfel, au fost primite 952 de carduri ale asiguraților Casei OPSNAJ care au domiciliul în județul Ialomița, din care au fost distribuite de către CAS Ialomița un număr de 423 de carduri.

În anul 2015, au fost înregistrate la CAS Ialomița un numar de 1.683 cereri privind eliberarea cardurilor duplicate, urmare a pierderilor, modificarilor de date sau defecte și un număr de 102 carduri refuzate din motive religioase sau de conștiință.

Costul stabilit pentru producerea și distribuirea cardurilor duplicat este de 15.00 lei/card, cu excepția celor defecte ale căror cheltuieli sunt suportate de Imprimeria Națională.

Costul stabilit pentru distribuirea cardurilor de catre Compania Națională Poșta Română a fost 3,40 lei/card distribuit.

Probleme au fost întâmpinate cu privire la depistarea unui număr foarte mare de carduri ce nu au putut fi utilizate din cauza unor defecte, motiv pentru care a fost necesară eliberarea de adeverințe înlocuitoare a cardului.

**Capitolul 2. ACTIVITATEA SERVICIULUI MEDICAL, PROGRAME DE SĂNĂTATE, EVALUARE FURNIZORI**

**2.1. Furnizori evaluaţi în anul 2015**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Furnizori evaluați în 2015 pe domenii de asistență medicală** | **TOTAL** | **URBAN** | **RURAL** |
| Asistență medicală primară | 59 | 35 | 24 |
| Asistență de specialitate clinicăa | 21 | 21 | 0 |
| Asistență de specialitate paraclinica | 3 | 3 | 0 |
| Radiologie si imagistica | 0 | 0 | 0 |
| Spitale | 1 | 1 | 0 |
| Ingrijiri la domiciliu | 2 | 2 | 0 |
| Farmacii | 64 | 36 | 28 |
| Unitati dializa publice si private | 1 | 1 | 0 |
| Dispozitive medicale | 2 | 2 | 0 |
| Transport sanitar privat | 1 | 1 | 0 |
| **TOTAL** | **154** | **102** | **52** |

* 1. **Programele de sănătate derulate la nivelul CAS IL-Situația indicatorilor specifici aferenți programelor/subprogramelor naționale de sănătate cu scop curativ.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Program/Subprogram de sănătate** | **Indicatori fizici** | |  | **Indicatori de eficienţă realizati** | | Indicatori ef. stabiliti în Norme |
| **Denumire indicator fizic** | **Nr. persoane** | **Cheltuieli** | **Denumire indicator de eficienţă** | **Indic. realizat** |
| **Tratament şi monitorizare a persoanelor cu infecţie hiv/sida şi tratamentul postexpunere** | **număr de persoane infectate HIV/SIDA tratate** | **27** | **599382,07** | **cost mediu/bolnav HIV/SIDA tratat** | **22199,34** | 29350,00 |
| **Tratament al bolnavilor cu tuberculoza** | **numărul de bolnavi de tuberculoză trataţi** | **212** | **49007,63** | **cost mediu/bolnav de tuberculoză tratat** | **231,17** | 409,23 |
| **numărul de bolnavi de tuberculoză MDR trataţi** | **20** | **26585,77** | **cost mediu/bolnav de tuberculoză MDR tratat** | **1329,29** |  |
| **Tratament al bolnavilor cu afecţiuni oncologice** | **număr bolnavi cu afecţiuni oncologice** | **840** | **6595334,63** | **cost mediu/bolnav tratat** | **7851,59** | 12000,00 |
| **Diabet zaharat** | **număr de bolnavi cu diabet zaharat trataţi** | **7656** | **5519852,72** | **cost mediu/bolnav tratat** | **720,98** | 1030,00 |
| **număr de bolnavi cu diabet zaharat trataţi cu insulina** | **465** | **636235,62** | **cost mediu/bolnav tratat cu insulina** | **1368,25** |  |
| **număr de bolnavi cu diabet zaharat trataţi cu ADO** | **6502** | **2356679,52** | **cost mediu/bolnav tratat cu ADO** | **362,45** |  |
| **număr de bolnavi cu diabet zaharat trataţi cu ADO + insulina** | **1070** | **2526937,58** | **cost mediu/bolnav tratat cu ADO + insulina** | **2361,62** |  |
| **Număr bolnavi cu diabet zaharat evaluaţi prin dozarea HbA1c** | **253** | **5141** | **cost mediu/bolnav cu diabet zaharat evaluat prin dozarea HbA1c** | **20,32** | 20,00 |
| **Număr copii cu diabet zaharat automonitorizaţi** | **28** | **33120** | **cost mediu/copil cu diabet zaharat automonitorizat** | **1182,86** | 1440,20 |
| **Număr adulţi cu diabet zaharat automonitorizaţi** | **1331** | **522939,6** | **cost mediu/adult cu diabet zaharat automonitorizat** | **392,89** | 480,00 |
| **numărul de bolnavi cu hemofilie profilaxie** | **1** | **186768,22** | **cost mediu/bolnav cu hemofilie fără intervenţie chirurgicală majoră** | **186768,22** | 90000,00 |
| **număr bolnavi cu hemofilie CU ISAH** | **1** | **824096,48** | **cost mediu/bolnav cu hemofilie cu intervenţie chirurgicală majoră** | **824096,48** | 112000,00 |
| **număr bolnavi cu boala Pompe trataţi** | **1** | **912803,27** | **cost mediu/bolnav cu boala Pompe tratat** | **912803,27** | 1016049,00 |
| **număr copii cu mucoviscidoză trataţi** | **7** | **292866,43** | **cost mediu/copil cu mucoviscidoză tratat** | **41838,06** | 39984,00 |
| **număr bolnavi cu scleroză laterală amiotrofică trataţi** | **7** | **26475,25** | **cost mediu/bolnav cu scleroză laterală amiotrofică tratat** | **3782,18** | 5882,53 |
| **Ortopedie** | **număr de bolnavi endoprotezaţi adult** | **8** | **27456,65** | **cost mediu/bolnav endoprotezat** | **3432,08** | 4099,56 |
| **Transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana** | **număr de bolnavi trataţi pentru stare posttransplant** | **36** | **600373,22** | **cost mediu/bolnav tratat pentru stare posttransplant** | **16677,03** | 20914,00 |
| **Supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică** | **număr sedinte prin hemodializă convenţională** | **12734** | **6316064** | **cost mediu/şedinţă de hemodializă convenţională** | **496,00** | 496,00 |
| **număr de sedintei prin hemodializă convenţională SPITAL** | **1896** | **940416** | **cost mediu/şedinţă de hemodializă convenţională SPITAL** | **496,00** | 496,00 |
| **număr de bolnavi trataţi prin hemodializă convenţională FRESENIUS** | **10838** | **5375648** | **cost mediu/şedinţă de hemodializă convenţională RENAL** | **496,00** | 496,00 |
| **număr de sedinte prin hemodiafiltrare intermitentă on-line** | **602** | **338926** | **cost mediu/şedinţă de hemodiafiltrare intermitentă on-line** | **563,00** | 563,00 |
| **număr de bolnavi trataţi prin dializă peritoneală continuă** | **2** | **71120** | **cost mediu/bolnav tratat prin dializă peritoneală continuă** | **35560,00** | 53340,00 |

**Capitolul 3. ACTIVITATEA DIRECȚIEI RELAȚII CONTRACTUALE**

**3.1. Situaţia numărului total de asiguraţi din judeţul Ialomiţa, comparativ cu anii anteriori:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Asiguraţi judeţul Ialomiţa** | **Anul 2011** | **Anul 2012** | **Anul 2013** | **Anul 2014** | **Anul**  **2015** |
| **Total asiguraţi**  **din care:** | **231.713** | **232.643** | **260.746** | **228.218** | **233.786** |
| Salariaţi | 74.098 | 73.241 | 68.985 | 56.185 | 58.699 |
| Pensionari | 75.795 | 73.607 | 74.816 | 70.068 | 68.585 |
| Persoane cu handicap | 4.779 | 3.818 | 3.610 | 3.009 | 2.898 |
| Copil in cadrul familiei | 62.828 | 60.013 | 58.070 | 58.866 | 58.336 |
| Şomeri | 2.760 | 3.315 | 5.025 | 2.664 | 2.288 |
| Persoane incluse în programe nationale de sanatate | 974 | 929 | 975 | 829 | 843 |
| Alte categorii | 10.479 | 17.720 | 49.365 | 36.597 | 42.137 |

**3.2. Situaţia numărului de contracte/acte adiţionale comparativ cu anii 2013 şi 2014.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr crt | **Tipul de asistenţă medicală** | **Nr. contracte/**  **acte adiţionale existente la 31.12.2013** | **Nr. contracte/**  **acte adiţionale existente la 31.12.2014** | **Nr. contracte/**  **acte adiţionale existente la 31.12.2015** |
| 1. | Asistenţa medicală primară | 121 | 119 | 116 |
| 2. | Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile clinice | 19 | 22 | 29 |
|  |  |  |  |  |
| 3. | Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice | 28 | 18 | 25 |
| 4. | Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară | 0 | 39 | 37 |
| 5. | Asistenţa medicală de specialitate de recuperare - reabilitare a sănătăţii în ambulatoriu | 5 | 5 | 6 |
| 6. | Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea acupunctura | 1 | 0 | 0 |
| 7. | Asistenţa medicală spitalicească | 4 | 4 | 4 |
| 8. | Asistenţa medicală de urgenţă şi transport sanitar | 0 | 1 | 2 |
| 9. | Îngrijiri medicale la domiciliu | 7 | 7 | 4 |
| 10. | Îngrijiri medicale paliative | 0 |  | 0 |
| 11 | Îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri medicale paliative | 0 |  | 0 |
| 12. | Acordarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personala în tratamentul ambulatoriu | 55 | 57 | 56 |
| 13. | Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficienţe organice sau fiziologice | 65 | 66 | 65 |
| 14. | Recuperare - reabilitare a sănătăţii în unităţi sanitare cu paturi: | 0 | 0 | 0 |
| 14.1 | Sanatorii | 0 | 0 | 0 |
| 4.2 | Preventorii | 0 | 0 | 0 |
| 4.3 | Sanatorii balneare | 0 | 0 | 0 |
| **TOTAL** | | **305** | **338** | **345** |

**3.3. Date în legătură cu numărul de paturi contractabile pentru spitalizare continuă în anul 2015:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Unitate sanitara | Nr. total de paturi spitalizare continua în structura spitalului: | Nr. total de paturi spitalizare continua aprobat comisie, din care: | Acuti | Cronici |
| Spitalul judetean de urgenta Slobozia | 510 | 473 | 450 | 23 |
| Spitalul municipal Urziceni | **127** | **100** | **100** |  |
| Spitalul municipal Fetesti | **152** | **134** | **134** |  |
| Spitalul orasenesc Tandarei | **70** | **68** | **68** |  |
| **TOTAL** | **859** | **775** | **752** | **23** |

- din care, pentru secțiile de acuți:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SPITAL | paturi acuti în structura, din care: | ATI | paturi  contra  ctabile | paturi  contrac-tate  aprobate de  comisie | ***paturi necon-tractatedin care:*** | ***ATI*** | ***paturi***  ***contract***  ***abile*** | % paturi  econt  ractate  fara ATI | %  paturi necontractate  total cu ATI |
| Slobozia | 487 | 12 | 475 | 450 | ***37*** | ***12*** | ***47*** | 5.26 | 7.60 |
| Urziceni | 127 | 5 | 122 | 100 | ***27*** | ***5*** | ***22*** | 18.03 | 21.26 |
| Fetesti | 152 | 8 | 144 | 134 | ***18*** | ***8*** | ***10*** | 6.94 | 11.84 |
| Țandarei | 70 | 2 | 68 | 68 | ***2*** | ***2*** | ***0*** | 0.00 | 2.86 |
| **TOTAL** | **836** | **27** | **809** | **752** | ***84*** | ***27*** | ***80*** | **7.05** | **10.05** |

Cele 23 de paturi pentru afecțiuni cronice din cadrul Spitalului Judetean de Urgenta Slobozia au fost contractate în totalitate.

În anul 2015, pentru asigurarea accesului la serviciile medicale au fost încheiate contracte cu **345 f**urnizori, dintre care:

- asistenţa medicală primară: 116

- asistenţa medicală ambulatorie de specialitate clinică: 27

-asistenţa medicală ambulatorie de specialitate paraclinică: 18

- asistența medicală ambulatorie de specialitate dentară: 39

- asistenţa medicală de specialitate de recuperare-reabilitare a sănătăţii în ambulatoriu: 7

- asistenţa medicală spitalicească:4

- asistența medicală de urgență și transportul sanitar: 2

- îngrijire medicală la domiciliu: 5

- acordare de medicamente: 57

- acordarea dispozitivelor medicale: 70.

Din cei 116 de medici de familie aflați în relație contractuală, 59 de medici au activat în mediul urban şi 57 în mediul rural. În perioada la care facem referire, medicii de familie au acordat pacienţilor din judeţ aproximativ 700.000 de consultații și servicii medicale, servicii pentru care CAS Ialomiţa a decontat suma de 8672.56 mii lei; De asemenea, pentru orele de permanență asigurate prin centrul de permanență din localitatea Dridu s-a decontat suma de 177,69 mii lei.

La stabilirea necesarului de medici de familie s-a ținut cont de urmatoarele:

- totalul populaţiei la nivelul judeţului, distribuţia acesteia pe localitati, utilizând ultimele date puse la dispoziţie de Institutul Naţional de Statistică;

- numărul de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie la nivelul judeţului;

- numărul optim de persoane înscrise pe lista medicului de familie, din punctul de vedere al asigurării unor servicii de calitate, este de 1.800;

- numărul minim de persoane asigurate înscrise pe listele medicilor de familie in mediul urban, pentru care se încheie contractul de furnizare de servicii medicale, este de 800, cu excepţia zonelor neacoperite din punctul de vedere al numărului necesar de medici de familie.

- numarul minim de persoane asigurate inscrise pe listele medicilor de familie din mediul rural, pentru care se incheie contract de furnizare de servicii medicale din asistenta medicala primara, este de 500.

În ceea ce priveşte numărul de paturi contractabile pentru spitalizare continuă, la nivelul celor 4 spitale din judeţ, acesta s-a mentinut la nivelul anului 2014, respectiv 775 de paturi faţă de 859 de paturi aprobate prin structura unităţilor sanitare cu paturi. Acestea au fost repartizate de catre comisia de specialitate pe spitale avand in vedere criterii specifice pentru asigurarea atat a functionarii tuturor celor patru spitale cat si pentru asigurarea accesului nediscriminatoriu la servicii medicale spitalicesti pentru pacientii din toate zonele judetului.

În perioada analizată, cele 4 spitale din judeţ au acordat servicii medicale, conform contractului încheiat cu CAS Ialomiţa, pentru 31.213 de pacienţi în spitalizare continuă și 31.754 pacienți în spitalizare de zi, sumele decontate fiind de 45.643,24 lei la spitalizare continuă și 5.436.70 lei la spitalizare de zi.

În anul 2015 s-au acordat un numar 14.612 servicii medicale de îngrijiri la domiciliu pentru 75 de persoane suma decontată fiind de 160.89 mii lei.

În cazul unităţilor sanitare există numeroase specialităţi cu deficit de cadre medicale de specialitate, precum: boli infecţioase, chirurgie cardiovasculară, chirurgie toracică, genetică medicală, geriatrie şi gerontologie, neurochirurgie, chirurgie vasculară, chirurgie orală şi maxilo-facială. De asemenea, se manifestă un deficit major de medici în specialitatea clinică diabet zaharat, nutriţie şi boli metabolice în prezent fiind numai doi medici, unul în orasul Slobozia si unul in orasul Fetesti la peste 6000 de pacienţi înscrişi cu această afecţiune. Totodată, datorită numărului mare de copii cu probleme specifice se impune atragerea urgentă de medici în judeţ pentru specialităţile neurologie pediatrică, psihiatrie pediatrică, alergologie şi imunologie clinică.

În ceea ce priveste problemele cu care ne-am confruntat in asigurarea accesului constant al pacientilor, asigurati si neasigurati la servicii medicale, acestea au fost generate in primul rand de proiectele legate de implementarea cardului national de asigurari sociale de sanatate, atat in ceea ce priveste distributia acetuia catre asigurati, cat si raportarea serviciilor medicale in baza cardului national; prin efortul sustinut al angajatilor casei si al furnizorilor, cu intelegerea si consilierea asiguratilor, pana la finele anului 2015 toate problemele intampinate in acest sens au fost in cea mai mare parte rezolvate, astfel ca, incepand cu anul 2016 putem spune ca toti factorii implicati au fost constientizati asupra obligativitatii, necesitatii si modalitatii de utilizare a cardului national;

În ceea ce priveste finantarea serviciilor medicale per ansamblu, in anul 2015 au putut fi asigurate servicii medicale si medicamente fara a inregistra dificultati in asigurarea finantarii pentru nici un domeniu de asistenta medicala, iar platile catre furnizori au fost realizate in termenele legale de plata, mentionate in contracte;

În ceea ce priveşte problemele legate de finanţarea serviciilor medicale, trebuie menţionat că lunar, CAS Ialomiţa înaintează către CNAS solicitarea de deschidere de credite pentru luna următoare, solicitare care are în vedere următoarele:

-necesarul estimat de servicii ce urmează a fi realizat în luna în curs cu decontare în luna pentru care se solicită deschiderea de credite;

-soldul rămas de decontat din lunile anterioare;

-încadrarea în planul la trimestru şi în planul anual aprobat;

-termenele de plată prevăzute în contractele încheiate cu furnizorii;

-valorile lunare de contract pentru fiecare categorie de furnizori;

-în acest context sunt situaţii în care fie nivelul aprobat al planului anual sau la trimestru, fie diminuarea finanţării aprobate faţă de cea solicitată, serviciile realizate nu pot fi decontate în totalitate, astfel încat se înregistrează întarzieri la plată, în special în ceea ce priveşte furnizorii de medicamente cu şi fără contribuţie personală (farmacii) dar şi spitale sau alte tipuri de furnizori la care însă decontarea sumelor restante se face imediat în luna următoare;

La nivelul casei s-a încercat identificarea de economii pentru efectuarea de virări de credite şi acoperirea strict la nivelul necesarului minim de servicii pe fiecare domeniu de asistenţă medicală.

**3.4. Situația medicamentelor, dispozitivelor medicale și altor servicii medicale acordate asiguraților:**

- Număr rețete eliberate: 867.813 din care: 631.332 compensate și 236.481 gratuite.

- Număr investigații paraclinice efectuate: 7.133.

- Număr servicii de îngrijiri la domiciliu acordate: 14.612 servicii pentru un număr de 75 persoane.

-Număr decizii emise pentru acordarea de dispozitive medicale: 4.114.

- Plăți în baza documentelor internaționale (formulare europene): 2.364.622 lei.

**Capitolul 4. ACTIVITATEA COMPARTIMENTULUI CONTROL**

**4.1. Situația controalelor în anul 2015:**

- Controale tematice – **45 planificate, 36 realizate**

- Controale operative – **176**

- Controale inopinate – **90**

**4.2. Constatări de nerespectare a prevederilor legale, pe categorii de furnizori.**

***1. Medicina primară:***

* prescrierea de medicamente antidiabetice orale, pentru bolnavii cu diabet zaharat tip II, fără scrisori medicale sau în baza scrisorilor medicale neactualizate.
* Acordarea de servicii medicale și eliberarea de rețete medicale unor pacienți internați în spital.
* Raportare de servicii de „consultații și diagnostic la domiciuliu” pentru a fi încasată contravaloarea de la casa de asigurări deși furnizorul a încasat contravaloarea de la pacienți.
* Raportări de sevicii medicale „consultatii și diagnostic la domiciliu” pentru care nu erau consemnate datele obligatoriu conform cerințelor din Contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru anul 2014 (ora consultatiei, semnatura pacientului sau apartinatorului după caz, seria și numărul documentului eliberat - prescriptie medicală, bilet de trimitere, bilet de internare), precum și necompletarea în Registrul de consultații a tuturor rubricilor (CNP-ul pacientului, data cand s-a efectuat este trecută la început de zi, diagnosticul înscris prescurcat, Rp-urile prescrise sunt evidentiate în fișa medicală a pacientului).
* Prescrierea de medicamente pentru categoria de asigurat “ajutor social” fără dovada de asigurat, cu încălcarea prevederilor din Contractul de furnizare de servicii medicale în asistenţa medicală primară pentru anul 2014.
* Eliberarea unor chitanțe pentru servicii medicale ”emitere de bilete de trimitere ” unor pacienți, deși aceștia aveau programare în zilele respective.
* Registrul de consultații nu cuprindea toate rubricile: CNP-ul pacientului, RP-urile prescrise sunt evidentiate in fisa medicala a pacientului iar caietul de consultații la domiciliu nu conține data și ora consultației, seria și numărul documentului eliberat, după caz (prescripție medicală, bilet de trimitere, bilet de internare).
* Acordarea de servicii medicale pentru persoane decedate.
* Nerespectarea programului de lucru.

La verificarea documentelor primare s-a constatat că nu s-au respectat prevederile Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Contractului-cadru care reglementează condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015 privind:

- registrul de boli cronice, registrul de gravide, registrul de consultații medicale și registrul de consultații la domiciliu nu au fost completate corect și la zi.

- rezultatele serviciilor medicale clinice sau paraclinice, recomandate prin biletul de trimitere precum și documentele care atestă calitatea de asigurat, nu au fost atașate la fișa medicală.

- nerespectarea prevederilor privind informarea asiguraţilor cu privire la obligaţiile furnizorului de servicii medicale şi ale asiguratului.

**Suma totală imputată furnizorilor de medicină primară în anul 2015 a fost în valoare de 3.109 lei.**

1. ***Ambulatoriu de specialitate clinic:***

- Necompletarea corect şi la zi a formularelor utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, respectiv cele privind evidenţele obligatorii, cele cu regim special şi cele tipizate;

- Eliberare de prescripții medicale pentru persoane care nu făceau dovada calității de asigurat;

**Suma totală imputată furnizorilor de servicii medicale în ambulatoriul clinic în anul 2015 a fost în valoare de 1.582 lei.**

1. ***Ambulatoriu de specialitate paraclinic:***

* Necompletarea biletelor de trimitere cu toate datele obligatorii;
* Lipsa de pe verso-ul biletelor de trimitere a declaraţiei pe propria răspundere a pacienţilor că au fost sau nu au fost internaţi în perioada cuprinsă între data eliberării biletului de trimitere până la data efectuării investigaţiilor paraclinice de radiologie şi imagistică medicală.

**Suma totală imputată furnizorilor de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate paraclinic în anul 2015 a fost în valoare de 2.031 lei**.

1. ***Asistenta medicala spitalicească***

* Pacienți care se regăsesc atât în foile de spitalizare de zi cât și în cele de spitalizare continuă, cu suprapunerea perioadei de internare.
* Raportări de cazuri rezolvate în spitalizare de zi, în aceeași zi de început a spitalizării continue.

**Suma totală imputată furnizorilor de servicii medicale spitalicești în anul 2015 a fost în valoare de 68.599 lei**.

***5. Recuperare-reabilitare:***

-Bilete de trimitere cu termenul de valabiltate expirat, depășind cele 60 de zile calendaristice.

***6. Farmacii:***

* Absența farmacistului de la programul de lucru al farmaciei;
* Înregistrarea în mod eronat în evidență a Codurilor Internaționale de Medicamente (CIM), neactualizarea CIM-urilor și neînregistrarea CIM-urilor în facturile emise.

**Suma totală imputată furnizorilor de medicamente în anul 2015 a fost în valoare 1.171 lei.**

**Capitolul 5. ACTIVITATEA COMPARTIMENTULUI JURIDIC ȘI**

**CONTENCIOS, RELAȚII PUBLICE, PURTĂTOR DE CUVÂNT**

Compartimentului Juridic Contencios, Relații Publice și Purtătoar de Cuvânt are în componență 2 consilieri juridici care în anul 2015 au asigurat desfășurarea celor trei activități distincte, astfel:

**5.1.** **Activitatea de Juridic și contencios:**

Pe parcursul anului s-au aflat pe rolul instanțelor de judecată 33 de dosare privind litigii în materia contencios administrativ și fiscal precum și litigii de muncă, din care 31 au fost soluționate definitiv iar 2 se află în continuare în curs de judecată.

Probleme au fost întâmpinate din cauza modului diferit de soluționare a cauzelor de către instanțele de judecată, atât cele privind contestațiile formulate împotriva deciziilor de impunere care stabilesc obligații la FNUASS, cât și cele privind litigiile de muncă.

Astfel, dacă în anii precedenți litigiile cu contribuabilii au fost câștigate de noi în proporție de aproape 100%, în ultima perioadă au existat soluții de admitere a cererilor contribuabililor, instanțele motivând lipsa de competență a caselor de asigurări de sănătate de a emite decizii de impunere, deși deciziile erau emise înainte de predarea activității de colectare a contribuțiilor către ANAF și instituția noastră era competentă legal.

De asemenea, au fost soluționate diferit cereri ale salariaților, care priveau litigii de muncă deși spețele au fost absolut identice.

**5.2. Activitatea de Relații publice:**

În perioada analizată s-au primit 17 petiții și 7 cereri adresate în baza Legii 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public. Tuturor solicitărilor s-a răspuns în termenul legal.

Petiţiile înregistrate au avut ca obiect în principal, acordarea de medicamente, decontarea de medicamente/dispozitive medicale achiziţionate cu contribuţie personală de către asigurați, asistenţă medicală pentru categoriile de persoane prevăzute în Legi speciale, aspecte legate de obligația plății contribuţiei la FNUAS etc.

Audiențele au fost organizate la nivelul conducerii CAS IL, programul acestora a fost afișat la loc vizibil precum și pe site-ul instituției. În cursul anului au fost înregistrate 386 de solicitari de audiență.

Cele mai multe cereri au fost legate de procurarea dispozitivelor medicale în regim de urgență, solicitari de gratuități la medicamente pentru beneficiarii legilor speciale, pentru anumite investigații paraclinice, informări legate de recalculări ale sumelor cuprinse în deciziile de impunere, etc.

Situația lunară privind petițiile, audiențele și apelurile TelVerde înregistrate, a fost transmisă periodic la CNAS, la termenul solicitat.

**5.3. Imagine, mass-media**

Președintele-director general a dat interviuri în presa scrisă și audiovizuală, scopul acestora fiind de a face publice modificările legislative din sistemul asigurărilor de sănătate, potrivit actelor normative în domeniu, de a răspunde celor care au pus întrebări în direct (pe adresa emisiunilor) și de a construi o imagine favorabilă instituției și sistemului.

Au fost organizate briefieng-uri de presa cu jurnaliștii din media locală, în care au fost prezentate noutățile legislative și organizatorice, legate de implementarea cardului național dar și comunicări directe pentru răspunsuri la probleme curente.

Dată fiind această modalitate de colaborare, în perioada supusă evaluarii avem un număr mic de cereri adresate în baza Legii 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public.

Au fost luate măsuri pentru informarea publicului și a furnizorilor de servicii medicale prin actualizarea periodică a tuturor informațiilor conform prevederilor contractului-cadru și normelor de aplicare a acestuia. CAS Ialomița a respectat cerințele privitoare la popularea site-ului cu datele obligatorii, în conformitate cu legea privind reforma în domeniul sănătații și a statutului propriu.

**SECȚIUNEA a-III-a**

**PRIORITĂŢI STABILITE ÎN PLANUL DE MANAGEMENT ŞI DE ACTIVITATE PENTRU ANUL 2016**

Principala preocupare a Casei de Asigurări de Sănătate Ialomița este de a furniza servicii administrative de calitate, cu reducerea impactului negativ asupra asiguraților și partenerilor noștrii contractuali - furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale și cu respectarea prevederilor legale și a altor cerințe privind responsabilitatea socială, de a satisface cerințele asiguraților și de a îmbunătăți continuu eficacitatea sistemului de asigurări sociale de sănătate.

În anul 2016, activitățile specifice ale Casei de Asigurări de Sănătate Ialomița vor urmări în principal:

* Asigurarea funcționarii sistemului de asigurări sociale de sănătate, în condiții de eficacitate;
* Creșterea eficienței în derularea programelor naționale de sănătate;
* Creșterea satisfacției reale a asiguraților prin protecția financiară a acestora în caz de imbolnăvire și accidente, în condiții de echitate și în mod nediscriminatoriu;
* Îmbunătățirea accesului asiguraților la medicamente și servicii medicale;
* Informarea permanentă a asiguraţilor privind drepturile şi obligaţiile ce le revin prin toate mijloacele, pe site, media, afişare la sediul casei;
* Asigurarea unei colaborări permanente cu furnizorii prin informarea acestora asupra modificărilor legislative privind relaţia contractuală, a problemelor apărute şi posibilitatea de rezolvare cu respectarea cadrului legal;
* Menţinerea şi asigurarea transparenţei în ceea ce priveşte întreaga activitate a instituției şi a modului de utilizare a fondurilor;
* Conectarea permanentă la principalele modificări legislative și la cele implementate prin Contractul-cadru pentru anii 2016-2017 şi informarea în detaliu, pe toate canalele disponibile, a asiguraţilor despre aceste modificări;
* Intensificarea controalelor la furnizorii de servicii medicale şi medicamente în scopul creşterii calităţii serviciilor medicale, diminuarea prescrierilor de medicamente nejustificate şi neoportune și întărirea controlului în sistem prin utilizarea componentelor informatice- PIAS;
* Finalizarea distribuirii cardului național de asigurări sociale de sănătate;
* Creșterea performanței angajaților prin utilizarea și modernizarea sistemului de formare profesională;
* Asigurarea necesarului de resurse umane în raport cu nevoile obiective stabilite;
* Rezultatele obţinute de întregul colectiv presupun o monitorizare atentă, zi de zi, a fiecărei activităţi şi compartiment, dar şi existenţa următoarelor principii:
* determinare în rezolvarea tuturor cazurilor care apar;
* munca bine organizată bazată pe proceduri;
* conştiinţă profesională, colaborare şi comunicare;
* solidaritate între toţi salariaţii, munca în echipă;
* înţelegere şi răbdare în relaţia cu asiguraţii;
* parteneriat corect cu furnizorii de servicii medicale şi farmaceutice având la bază prevederile actelor normative;
* anticiparea şi buna gestionare a riscurilor, etc.

Ca o concluzie, se poate aprecia că activitatea desfășurată de către Casa de Asigurări de Sănătate Ialomița în anul 2015, raportat la modificările legislative în domeniu care au produs efecte pe tot parcursul anului, a fost una corespunzătoare, toate obiectivele generale și specifice fiind îndeplinite la nivelul asumării acestora prin Contractul de Management și în conformitate cu prevederile legale.

**PRESEDINTE- DIRECTOR GENERAL,**

**MIHAI GEANTĂ**