

C.A.S. SĂLAJ

Nr. din

- RAPORT DE ACTIVITATE -

al

PREȘEDINTELUI – DIRECTOR GENERAL

- dr. Tăutu Gheorghe – Marius -

CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE SĂLAJ

.....

perioada: ianuarie – septembrie 2014

.....

CUPRINS :

Cap.I.	Evaluarea indicatorilor de performanta specifici	pag. 3
Cap.II.	Situatia indicatorilor economico-financiari in perioada evaluata	pag. 10
Cap.III.	Prezentarea problemelor mai importante in perioada evaluata, plan de masuri, propuneri	pag. 10
Cap.IV.	Prioritati ale perioadei de raportare	pag. 16

CAP.1. EVALUAREA INDICATORILOR DE PERFORMANȚĂ SPECIFICI

INDICATORI SPECIFICI	planificat	realizat	%	puncte
1. CAPACITATEA MANAGERIALĂ A PREȘEDINTELUI-DIRECTOR GENERAL				
1. Plăți restante peste 90 de zile de la termenul de scadență la sfârșitul perioadei de raportare, din care:				
- fără plăți restante - 5 puncte;	0	0	100%	5
- existența plăților restante peste 90 de zile de la termenul de scadență - 0 puncte.				
2. Disponibil în cont neutilizat la finele perioadei de raportare din deschiderile de credite efectuate:				
- sub 100.000 lei - 5 puncte;		13.694	100%	5
- între 100.001 lei - 500.000 lei - 3 puncte;				
- peste 500.000 lei - 0 puncte.				
3. Planificarea procesului de contractare*):				
- respectarea termenelor de finalizare a procesului de contractare - 5 puncte;		da	100%	5
- nerespectarea termenelor de finalizare a procesului de contractare - 0 puncte.				
*) Se aplică doar pentru perioada de contractare comunicată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS).				
4. Organizarea cadrului de implementare și monitorizare a sistemului prescrierii electronice prin:				
4a) organizarea de întâlniri cu medicii prescriptori și furnizorii de medicamente pentru informarea acestora cu privire la utilizare soluției informatice:				
- cel puțin două întâlniri/trimestru, din care una cu medicii prescriptori și una cu furnizorii de medicamente - 5 puncte;	2	2	100%	5
- mai puțin de două întâlniri - 0 puncte;				
4b) monitorizarea respectării de către furnizori a obligației privind raportarea electronică lunar a prescripțiilor medicale off-line:				
- peste 80% din medicii prescriptori au transmis on-line - 5 puncte;		100%	100%	5
- sub 80% din raportări au fost transmise on-line -0 puncte				
4c) monitorizarea semestrială a consumului de DCI-uri aprobate prin comisiile de experți de la nivelul CNAS/CJAS*				
4.c.1) DCI-uri aprobate prin comisiile de experți de la nivelul CNAS:				
- între 99% și 100% rapoarte elaborate pe semestru-5 p.				
- între 50% și 98% rapoarte elaborate pe semestru – 2 p.				
- sub 50% rapoarte elaborate pe semestru - 0 puncte;				
4.c.2) DCI-uri aprobate prin comisiile de experți de la nivelul CAS:				
- între 99% și 100% rapoarte elaborate pe semestru – 5p.				
- între 50% și 98% rapoarte elaborate pe semestru – 2 p.				
- sub 50% rapoarte elaborate pe semestru - 0 puncte				
Programat pentru semestrul II 2014				
*) Procentul se calculează ca raport între numărul de rapoarte efectiv realizate pentru monitorizarea consumului pentru fiecare DCI aprobat la nivelul CNAS, respectiv CAS, elaborate o dată pe semestru, și numărul de DCI-uri aprobate prin comisiile de experți de la nivelul CNAS/CAS aferent fiecărui județ.				

4d) monitorizarea derulării contractelor:				
- peste 80% contracte decontate SIUI - ERP - 5 puncte;		99%	99%	5
- sub 80% contracte decontate SIUI - ERP - 0 puncte.				
5. Monitorizarea organizării cadrului de implementare a sistemului național al cardului național de asigurări sociale de sănătate, prin distribuirea acestuia în termenul stabilit de către CNAS*):				
- 100% - 5 puncte;		100%		5
- sub 100% - 0 puncte.				
*) Indicatorul se va raporta și va fi notat începând de la data distribuției cardurilor către respectiva CAS.				
5a) Monitorizarea activităților legate de distribuția cardului național de asigurări sociale de sănătate la termenele stabilite de CNAS pentru fiecare CAS*):				
- 100% - 5 puncte;		100%		5
- sub 100% - 0 puncte				
*) Indicatorul se va raporta și va fi notat începând de la data repartizării cardurilor către CAS.				
5b) Monitorizarea activităților legate de producția și distribuția cardului european, conform legislației în vigoare:				
- peste 90% carduri realizate și distribuite în termen- 5p.	100	100	100%	5
- sub 90% carduri realizate și distribuite în termen – 0 p.				
5c) Monitorizarea activităților legate de introducerea datelor în sistemul informatic, verificarea și aprobarea emiterii cardului european:				
- peste 90% - 5 puncte;	100	100	100%	5
- sub 90% - 0 puncte.				
5d) Monitorizarea activităților legate de dosarul electronic al pacientului în ceea ce privește asigurarea cadrului legal necesar funcționării acestuia: - implementarea integrală a cadrului legal de la data intrării în producție a sistemului - 5 puncte; - implementarea incompletă a cadrului legal de la data intrării în producție a sistemului - 0 puncte.	Nu e cazul			
5e) Monitorizarea organizării unor întâlniri periodice cu furnizorii, pentru informarea acestora cu privire la utilizarea PIAS: - cel puțin două întâlniri pe trimestru - 5 puncte; - mai puțin de două întâlniri pe trimestru - 0 puncte.	2	2	100%	5
5f) Monitorizarea până la data de 31 decembrie 2014 a utilizării sistemului DES în timp real de către medicii aflați în relație contractuală cu CAS: - peste 80% - 5 puncte; - sub 80% - 0 puncte.	Nu e cazul			
6. Asigurarea respectării termenelor de raportare de către unitățile sanitare cu paturi, farmaciile cu circuit deschis și centrele de dializă care au obligația raportării consumului de medicamente, în vederea stabilirii contribuției trimestriale datorate de deținătorii de autorizație de punere pe piață:				
- respectarea termenelor - 5 puncte;	da	da	100%	5
- nerespectarea termenelor - 0 puncte.				
7. Planificarea acțiunii de control*) cel puțin o dată la 3 ani în asistența medicală primară:				
- acoperirea peste 30% din furnizori - 5 puncte;	50	50	100%	5
- acoperirea sub 30% din furnizori - 0 puncte.				
*) Se aplică doar pentru perioada de planificare comunicată de CNAS.				
8. Planificarea acțiunii de control*) cel puțin o dată la 3 ani în asistența medicală ambulatorie de specialitate clinică:	3	3	100%	5

- acoperirea peste 30% din furnizori - 5 puncte;				
- acoperirea sub 30% din furnizori - 0 puncte.				
*) Se aplică doar pentru perioada de planificare comunicată de CNAS.				
9. Planificarea acțiunii de control*) cel puțin o dată la 3 ani în asistența medicală ambulatorie, de specialitate, paraclinică:				
- acoperirea peste 30% din furnizori - 5 puncte;	2	2	100%	5
- acoperirea sub 30% din furnizori - 0 puncte.				
*) Se aplică doar pentru perioada de planificare comunicată de CNAS.				
10. Planificarea acțiunii de control*) cel puțin o dată la 3 ani în asistența medicală spitalicească:				
- acoperirea peste 30% din furnizori - 5 puncte;	1	1	100%	5
- acoperirea sub 30% din furnizori - 0 puncte.				
*) Se aplică doar pentru perioada de planificare comunicată de CNAS.				
11. Planificarea acțiunii de control*) cel puțin o dată la 3 ani pentru furnizorii de medicamente cu sau fără contribuție personală:				
- acoperirea peste 30% din furnizori - 5 puncte;	10	10	100%	5
- acoperirea sub 30% din furnizori - 0 puncte.				
*) Se aplică doar pentru perioada de planificare comunicată de CNAS.				
2. CAPACITATEA DE A OBȚINE CELE MAI BUNE REZULTATE CU RESURSELE DISPONIBILE				
1. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pe total cheltuieli de sănătate:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	140.334.970	140.321.276	99, 99%	5
2. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	134.628.710	134.617.199	99.99 %	5
3. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru medicamente cu și fără contribuție personală:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	49.736.660	49.736.252	100%	5
4. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	12.832.000	12.831.994	100%	5
5. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	1.077.000	1.076.787	99.98 %	5
6. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte				
7. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru dispozitive și echipamente medicale:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	1.720.000	1.720.000	100%	5

8. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru asistența medicală primară:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	11.305.560	11.305.329	99, 99%	5
9. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru asistența medicală în specialități clinice:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	3.091.000	3.090.970	100%	5
10. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru asistența medicală stomatologică:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	292.200	290.784	99, 51%	5
11. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru asistența medicală aferentă specialităților paraclinice:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	1.700.100	1.696.895	99.81 %	5
12. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru asistența medicală în centre medicale multifuncționale:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	145.680	145.371	99.79 %	5
13. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru serviciile de urgență prespitalicești și transport sanitar:	Nu e cazul			
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte				
14 Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru asistența medicală în spitale:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	52.387.770	52.382.085	99.99 %	5
15. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru asistența medicală în unități sanitare cu paturi de recuperare-reabilitare a sănătății:	Nu e cazul			
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte				
16. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru asistența medicală - îngrijiri medicale la domiciliu:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	19.600	19.600	100 %	5
17. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise pentru prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	321.140	321.133	100%	5
18. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de prevederile				

aprobate pe total cheltuieli titlul VIII - Asistență socială, inclusiv cheltuielile deduse de angajatori:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	3.840.000	3.839.925	100 %	5
19. Realizarea trimestrială și anuală a plăților față de creditele bugetare deschise aprobate pe total cheltuieli titlul VIII - Asistență socială:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	3.840.000	3.839.925	100 %	5
20. Realizarea trimestrială și anuală a plăților (cumulate) față de creditele bugetare deschise la cheltuielile de administrare și funcționare a caselor de asigurări de sănătate:				
- sub 95% - 0 puncte;				
- 96 - 98% - 4 puncte;				
- 99 - 100% - 5 puncte	1.866.260	1.864.152	99, 89 %	5
21. Rata de fidelizare a personalului aferentă perioadei de raportare:				
Nr personal existent la sf perioadei de raportare*)				
$R_{fp} = \frac{\text{Nr personal existent la sf perioadei de raportare}^*)}{\text{Nr personal existent la începutul perioadei de raportare}^*)} \times 100$				
- sub 85% - 0 puncte;				
- 86 - 90% - 2 puncte;				
- 91 - 95% - 4 puncte;				
- peste 95% - 5 puncte 37: 36 x 100			102, 77%	5
*) Trimestrială, semestrială sau anuală				
22. Rata de fidelizare a personalului pe perioada mandatului de președinte-director general:				
Nr personal existent la sf perioadei de raportare*)				
$R_{fpm} = \frac{\text{Nr personal existent la sf perioadei de raportare}^*)}{\text{Nr personal existent la preluarea mandatului de PDG}} \times 100$				
- sub 85% - 0 puncte;				
- 86 - 90% - 2 puncte;				
- 91 - 95% - 4 puncte;				
- peste 95% - 5 puncte 37: 36 x 100			102, 77%	5
*) Trimestrială, semestrială sau anuală				
23. Respectarea termenelor în care sunt întocmite și transmise formularele europene, solicitările pentru acordarea de prevedere bugetară, cererile pentru efectuarea plăților externe, precum și a situațiilor către CNAS:				
- în termen - 5 puncte;		da	100%	5
- nerespectarea termenelor mai mult de 10% - 0 puncte				
24. Ponderea formularelor europene, solicitărilor pentru acordarea de prevedere bugetară, cererilor pentru efectuarea plăților externe returnate de CNAS din totalul celor emise, ca urmare a completării defectuoase a acestora, datorită nerespectării dispozițiilor legale în vigoare:				
- peste 15% formulare returnate - 0 puncte;				
- între 5 - 15% - 3 puncte;				
- sub 5% - 5 puncte			1%	5
25. Transmiterea de date neconcordante*) între CNAS, instanțele judecătorești sau partea adversă a CNAS, în dosarele în care CNAS este parte:				
- 0 - 5 puncte;	0	0	100%	5
- 1 - 0 puncte				
*) Indicatorul se raportează la perioada mandatului președintelui-director general				

26. Număr de litigii*) pierdute prin Comisia de arbitraj:				
- 0 - 5 puncte;	0	0	100%	5
- 1 - 3 puncte;				
- 2 - 1 punct;				
- peste 2 - 0 puncte				
27. Utilizarea eficientă a patrimoniului cu privire la echipamentele IT, raportat la numărul de sesizări primite trimestrial de către CNAS din partea furnizorilor				
- da - 5 puncte;		da	100%	5
- nu - 0 puncte				
28. - abrogat -				
29. Respectarea obligațiilor legale cu privire la politicile de securitate și confidențialitate a datelor:				
- da - 5 puncte;		da	100%	5
- nu - 0 puncte				
30. Respectarea obligației caselor de asigurări de sănătate de a asigura informarea asiguraților conform prevederilor legale:				
- da - 5 puncte;		da	100%	5
- nu - 0 puncte				
31. Gradul de satisfacție al asiguraților pe baza chestionarului de evaluare, aprobat prin ordinul președintelui CNAS - un chestionar pe semestru*):	Programat pentru semestrul II 2014			
- 50 - 100% - 5 puncte;				
- 20 - 49% - 3 puncte;				
- sub 20% - 1 punct				
*) Indicatorul se va lua în calcul la evaluare o singură dată pe semestru pe un eșantion de 400 de asigurați				
Numărul optim de asigurați intervievați care vor constitui eșantionul de lucru este de 400 de asigurați În rapoartele de evaluare se va preciza numărul asiguraților (valoarea absolută și procentuală din totalul persoanelor intervievate care au răspuns la chestionar) aferent fiecărei variante posibile de răspuns în parte, pentru fiecare întrebare a chestionarului de evaluare				
32. Informarea furnizorilor de medicamente cu privire la medicii care nu mai sunt în relație contractuală cu CAS:				
- informare - 5 puncte;		da	100%	5
- informare parțială - 0 puncte				
33. Respectarea termenelor de raportare a situațiilor privind activitatea desfășurată de furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, pe baza contractelor încheiate de CAS cu aceștia:				
- respectarea termenului de raportare - 5 puncte;		da	100%	5
- întârzierea raportărilor CAS pe suport hârtie - peste 1 - 11 zile - 2 p				
- întârzierea raportărilor CAS pe suport hârtie - peste 12 - 15 zile - 1 p				
- întârzierea raportărilor CAS pe suport hârtie - peste 15 zile - 0 p				
34. Gradul de recup. a sumelor imputate în urma controalelor efectuate (sume încasate necuvenit din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, amenzi contravenționale, sancțiuni; la calculul indicatorului se vor lua în considerare numai sumele care au termen de recuperare/încasare în per. de raportare):				
- peste 90% - 5 puncte;	183.480	180.772	99%	5
- sub 90% - 0 puncte				
35. Gradul de implementare a măsurilor dispuse în urma acțiunilor de control care au termen perioada de raportare:				
- 100% - 5 puncte;	179	179	100%	5
- sub 100% - 0 puncte				

3 COMPETENȚĂ ȘI RĂSPUNDERE DECIZIONALĂ:				
1. Respectarea cerințelor formulate în machetele de raportare solicitate de CNAS prin direcțiile de specialitate referitoare la corectitudinea conținutului (respectarea formatului, formulelor de calcul, cerințelor formulate prin note/precizări) și a termenelor de raportare:				
- respectarea tuturor cerințelor - 5 puncte;		da	100%	5
- respectarea a două cerințe - 2 puncte;				
- respectarea unei cerințe - 1 punct;				
- respectare 0 cerințe - 0 puncte				
2. Nivelul de implementare a sistemului de control managerial intern la nivelul CAS:				
2.1. Gradul de realizare al misiunilor prevăzute în planul anual de audit în perioada de raportare (pentru CAS cu structură de audit public intern):	Nu e cazul			
- 100% - 5 puncte;				
- 50% - 99% - 3 puncte;				
- sub 50% - 0 puncte				
2.2. Gradul de implementare a recomandărilor formulate în rapoartele de audit intern, cu termenele de implementare în perioada de raportare:	Nu e cazul			
- 100% - 5 puncte;				
- 50% - 99% - 3 puncte;				
- sub 50% - 0 puncte				
3. Nivelul de implementare a sistemului de control managerial intern la nivelul CAS				
3.1. Gradul de realizare al planului de control:				
- peste 95% - 5 puncte;	100	100	100%	5
- sub 95% - 0 puncte				
3.2. Gradul de recuperare a sumelor imputate în urma controalelor efectuate (sume încasate necuvenit din FNUASS de către furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, amenzi contravenționale, sancțiuni; la calculul indicatorului se vor lua în considerare numai sumele care au termen de recuperare/încasare în perioada de raportare):				
- peste 90% - 5 puncte;	183.480	180.772	99%	5
- sub 90% - 0 puncte				
3.3. Gradul de implementare a măsurilor dispuse în urma acțiunilor de control care au termen în perioada de raportare:				
- 100% - 5 puncte;	179	179	100%	5
- sub 100% - 0 puncte				
3.4. Utilizarea SIUI în pregătirea acțiunilor de control tematice:				
- peste 90% - 5 puncte;		95	95%	5
- sub 90% - 0 puncte				
4 CORECTITUDINE ȘI LOIALITATE:				
1. Management proactiv în domeniul relațiilor publice:				
1.1 Analiză imagine:				
- pozitivă - 5 puncte;	da	da	100%	5
- neutră - 2 puncte;				
- negativă - 0 puncte				
1.2. Numărul aparițiilor în media în scopul promovării imaginii sistemului de asigurări sociale de sănătate și informării asiguraților, din total apariții:				
- sub 60% - 0 puncte;				
- 60 - 90% - 3 puncte;				
- 91 - 100% - 5 puncte		95	95%	5

1.3. Ponderea articolelor pozitive în totalul aparițiilor în media în scopul promovării imaginii sistemului de asigurări de sănătate și informării asiguraților:				
- peste 60% articole pozitive - 5 puncte;	80	75	75%	5
- între 30% și 60% articole pozitive - 3 puncte;				
- sub 30% articole pozitive - 0 puncte				
2. Respectarea principiului liberei concurențe între furnizorii care încheie contracte cu CAS prin respectarea criteriilor de repartizare a sumelor pe furnizori, conform prevederilor legale în vigoare:				
- da - 5 puncte;		da	100%	5
- nu - 0 puncte				
3. Numărul de sesizări înregistrate la CNAS referitoare la nerespectarea legislației privind soluționarea petițiilor, pe trimestre:				
- sub 5 - 5 puncte;		1	100%	5
- peste 5 - 2 puncte				
4. Numărul de sesizări înregistrate trimestrial la CNAS referitoare la activitatea desfășurată de președintele-director general al CAS:				
- sub 5 - 5 puncte;		0	100%	5
- peste 5 - 2 puncte				
5. Respectarea obligațiilor de afișare publică și actualizare pe site-ul CAS a tuturor informațiilor conform prevederilor contractului-cadru și normelor:				
- da - 5 puncte;		Da	100%	5
- nu - 0 puncte				

CAP. II. SITUAȚIA INDICATORILOR ECONOMIC – FINANCIARI ÎN PERIOADA EVALUATĂ

Contul de execuție aferent perioadei până la data de 30.09.2014 este prezentat în *macheta anexată*.

CAP. III. PROBLEME ÎNTAMPINATE ÎN PERIOADA EVALUATĂ, MASURI, PROPUNERI

1. Aprobarea cu întârziere a Legii bugetului de stat pe anul 2014 precum și neadoptarea Pachetului legislativ și normativ privind Reforma în domeniul sănătății a generat în consecință întârzieri în adoptarea legislației specifice.

Măsuri:

- aplicarea prevederilor Legii nr.500/2002 privind finanțele publice, referitoare la limitele lunare de cheltuieli care nu pot depăși 1/12 din prevederile bugetelor anului precedent, până la aprobarea bugetului și încheierea contractelor pe anul 2014,
- respectarea creditelor de angajament și bugetare aprobate de ordonatorul principal de credite pentru CAS Salaj pentru trim.I-III 2014,

- incheierea de acte aditionale cu furnizorii aflati in contract la 31.12.2013 pe perioade distincte, cu incadrare in limitele bugetare aprobate prin fila de buget,
- finalizarea actiunii de contractare a serviciilor medicale la data de 30.06.2014 in conditiile noi reglementate,

2. Gestionarea deficitara a relatiei contractuale cu furnizorii de servicii medicale in situatia necunoasterii la inceput de an contractual a prevederilor bugetare /angajament pe intregul an contractual.

Masuri:

- incheierea de acte aditionale in limita creditelor de angajament aprobate de ordonatorul principal de credite pe perioada: ianuarie- iunie 2014,
- informarea furnizorilor in timp optim asupra modalitatilor de relationare contractuala, cu termenii de contract aferenti, prin pagina web proprie, media locala, fax, e-mail, afisare avizier si intalniri cu furnizorii,
- incheierea contractelor pe domenii de activitate incepand cu iunie 2014 in conformitate cu reglementarile in vigoare si bugetul aprobat,

3.Optimizarea relatiei contractuale cu furnizorii de dispozitive medicale cu sediul social in alte judete, in special in perioada de obtinere a informatiilor si documentelor pentru contract.

Masuri:

- contactarea si telefonica a furnizorilor,
- afisarea, in timp optim, pe pagina web proprie a tuturor informatiilor privind stabilirea si derularea relatiei contractuale,

4. Interes crescut al asiguratilor si al furnizorilor de servicii in asistenta medicala dentara in obtinerea de servicii specifice, respectiv data reluarii raportului contractual,

Masuri:

- informarea prompta a furnizorilor implicati privind stadiul relatiei contractuale,
- informarea asiguratilor prin media locala a stadiului in care se afla pachetul legislativ
- propuneri CAS Salaj privind pachetul legislativ
- incheierea de contracte de furnizare servicii de medicina dentara valabile de la data de 01.07.2014

5. Prevederi bugetare insuficiente pana la sfarsitul anului pe domenii diverse de activitate

Masuri:

- respectarea trimestrializarii creditelor de angajament/ bugetare aprobata de CNAS,
- adresa de inaintare catre CNAS cu fundamentarea necesarului de cheltuieli,
- monitorizarea consumului de medicamente in circuit deschis, spitale si PNS,
- monitorizarea on-line a activitatii furnizorilor de servicii in asistenta stomatologica, servicii paraclinice, de recuperare si consum medicamente,

6. Liste mari de asteptare pentru dispozitive medicale, servicii de recuperare in ambulatoriu/spital rostogolite din perioadele anterioare,

Masuri:

- criteriile de prioritizare supuse avizarii consiliului de administratie al CAS, pentru eliberarea deciziilor de acordare de dispozitive medicale,
- revizuirea listei de asteptare pe dispozitive medicale si acordarea, esalonat, in functie de vechimea solicitarii a deciziilor de aprobare, in limita creditelor de angajament aprobate pentru trim.I-III 2014,

- propuneri de suplimentare a creditelor de angajament/bugetare pe domeniile respective,

7. Solicitare in crestere a eliberarii Cardului European de asigurari de sanatate.

Masuri:

- suplimentarea in anumite perioade ale zilei a personalului implicat in eliberare card,
- propunere de majorare a perioadei de valabilitate a Cardului European,
- propunere privind eliberarea cardului contra unei taxe, pentru estomparea cererii nejustificate a acestuia,
- informare prin media locala a asiguratilor privind cardul european de asigurari de sanatate,

8. Imperfectiuni aparute pe parcursul predarii informatiilor privind contribuabilii la FNUASS catre ANAF, respectiv transmiterea informatica a modificarilor survenite in urma contestarii deciziilor emise- foarte multe erori returnate de ANAF fara a fi insotite de explicatiile necesare in vederea corectarii lor

Masuri:

- perfectarea de intalniri la nivel local cu DGFP,
- finalizarea procedurii de emitere a deciziilor de impunere pentru debitorii la fond in functie de informatiile transmise de catre ANAF, catre CAS in format informatic, pe categorii de venituri,
- procesul de predare a informatiilor si dosarelor catre ANAF s-a finalizat la 30.06.2014,
- rezolvare punctuala a situatiilor neclare, fara transmitere informatica a modificarilor, aceasta revenind structurilor teritoriale ale ANAF,

9. Functionalitatea SIUI

Este din ce in ce mai performanta, dar in perioada 1-15 din fiecare luna functioneaza foarte lent atat modulele furnizorilor cat si ale casei. S-a testat raportarea electronica on-line a activitatii pe majoritatea tipurilor de furnizori cu semnatura electronica, inclusiv factura electronica si functioneaza. Probleme intampinam la raportarea spitalelor avand in vedere ca fiecare medic are semnatura electronica iar managerul unitatii nu.

Masuri:

- corespondenta frecventa cu serviciile IT de la nivelul CNAS,
- semnalarea problemelor intampinate prin "HELP DESK",
- perioade de lucru in relatia cu furnizorii in afara programului normal de lucru,
- relationare cu directiile de specialitate din cadrul CNAS,
- perfectionarea si generalizarea raportarii on-line,

10. Formulare europene

Suntem deficitari in gestionarea corecta si operativa a formularelor europene, in special de tip "S". Decontari tardive, la peste 2 ani de zile, pentru E125 si 126. Solicitari in crestere privind decontari externe. Exista asiguratii care reclama faptul ca nu sunt recunoscute documentele eliberate de catre CAS, privind calitatea de asigurat, in special Certificatul provizoriu, cand solicita servicii in tari membre UE, necesare pe perioada sederii temporare.

Masuri:

- solicitare catre CNAS privind angajamente bugetare si deschideri de credite,
- analiza fiecarei situatii in care este implicata o decontare externa,
- propuneri de instructaje zonale privind gestionarea formularelor europene in special de tip "S"
- cresterea eficientei comunicarii cu CNAS -directia de specialitate,

- rezolvarea formularelor tip E „in asteptare” prin implicarea a inca unei persoane, pe langa cea existenta (sarcini suplimentare), in gestionarea acestui tip de formulare,

11. Stabilizarea consumului de medicamente in tratamentul ambulatoriu, cu mici variatii lunare.

In analiza efectuata constatam incidenta crescuta a bolilor de sezon rece, in special la categoria copil mic si varsta a 3-a, cu echilibrare in lunile cu temperaturi mai crescute. Cresterea usoara a consumului pe anumite boli cronice a caror tratament se aproba prin comisii CNAS/CAS si concomitent cu inceperea anului scolar.

Masuri:

- propuneri fundamentate privind necesarul de credite de angajament si in deschidere inaintate CNAS,
- analiza si monitorizarea zilnica a consumului,
- cresterea aspectului calitativ al controlului la furnizori,
- analiza individuala si in intalnirile cu furnizorii, a consumului, a cauzelor care determina cresterea, in special in acele specialitati si la acei medici care se afla in “top”.
- stabilizarea consumului la un nivel mediu lunar, constant,
- aprobarea de catre Comisiile de specialitate CNAS a tuturor dosarelor transmise si regasirea acestui consum in creditele de angajament si bugetare aprobate,

12. Prevederi bugetare insuficiente pentru decontarea unor cheltuieli la articolul „deplasari” pentru actiuni comandate si planificate de CNAS

Masuri:

- solicitare de majorare a prevederii bugetare
- recurgerea la plata prin virament bancar, dupa majorarea prevederii si aprobarea deschiderilor de credite

13. Resursa umana

Activitatea generala a CAS se desfasoara cu dificultate datorita imposibilitatii ocuparii posturilor vacante atat ca urmare a declararii OG nr.77/2013 ca neconstitutionala, precum si in urma pensionarii unor colegi. Situatia devine foarte dificila in conditiile absentei motivate de la serviciu a personalului (concedii de odihna, boala, etc.)

Masuri :

- preluarea de sarcini suplimentare si consemnate in fisa postului, de catre salariatii CAS,
- prelungirea programului de lucru in anumite perioade ale lunii,
- solicitare fundamentata catre CNAS de deblocare a posturilor si posibilitatea ocuparii posturilor vacante,
- solicitare CNAS de a da posibilitatea pentru anumite posturi (jurist unic in organigrama) sa se incheie contracte de prestari servicii, pentru a nu impieta activitatea CAS,
- rechemari din concediul de odihna,

14. Activitatea de contractare a serviciilor medicale pentru anul 2014

- s-a desfasurat cu dificultate datorita modificarilor intervenite in legislatia specifica care au trebuit implementate concomitent cu raportarea de activitate a furnizorilor in conditiile vechilor reglementari
- interes scazut din partea furnizorilor din ambulatoriul clinic de a intra in relatie contractuala cu CAS, motivul fiind „birocratia excesiva”
- prevederi bugetare insuficiente pentru a satisface cererea de servicii in domeniile dispozitive medicale, reabilitare in ambulatoriu pana la sfarsitul anului,

- rezerve mari din partea unitatilor publice cu paturi in posibilitatea efectuării spitalizarilor de zi la complexitatea si volumul de servicii necesare asigurării unui buget corespunzator functionarii fara a inregistra arierate,

Masuri:

- informarea prompta a furnizorilor asupra conditiilor de contractare, calendarul de contractare, documente, termene etc,
- prelungirea programului de lucru a CAS,
- imbunatatirea legaturii functionale cu CNAS,
- propuneri de trimestrializare si majorare de prevederi bugetare pentru asigurarea unei functionalitati normale a sistemului pana la sfarsitul anului,
- programare la Comisia de mediere de la nivelul CNAS privind refuzul Spitalului de Urgenta Zalau de a incheia Contractul pentru anul 2014,
- monitorizarea activitatii unitatilor sanitare cu paturi, lunar si informarea Consiliilor locale privind indeplinirea indicatorilor contractati,

15. Cardurile nationale de asigurari de sanatate

CAS Salaj a repartizat 95 carduri pentru beneficiarii serviciilor de dializa. Conform contractului subsecvent incheiat cu Compania Nationala „Posta Romana”, pana la sfarsitul anului CAS Salaj ca beneficiar va intra in posesia a 156597 trimiteri. Procesul de distribuire este in curs de desfasurare.

Masuri:

- nominalizarea persoanelor implicate in distribuire pentru cardurile beneficiarilor de servicii de dializa,
- stabilirea procedurii de lucru impreuna cu furnizorul de servicii de dializa in functie de seriile programate,
- finalizarea actiunii de distribuire a cardurilor beneficiarilor de servicii de dializa, luna iulie 2014,
- demararea distribuirii de carduri de asigurari nationale, de catre serviciile postale, incepand cu 26.09.2014,

16. Calitatea de asigurat

In stabilirea calitatii de asigurat privind beneficiarii de ajutor social in baza Legii 416/2001 intampinam dificultati in concordanta dintre adeverintele eliberate de primaria de domiciliu si D 112 transmisa lunar de AJPIS, care duc in eroare atat furnizorul de servicii cat si CAS in validarea si decontarea serviciilor. Bazele de date dupa modificarea codurilor de categorie asigurati sufera in corectitudinea informatiilor si necesita interventia manuala si punctuala pentru aducerea la zi a datelor.

Masuri:

- accesarea calitatii de asigurat de catre furnizor prin interogarea SIUI,
- in situatia existentei de neconcordanțe între adeverinta eliberata de primarie si calitatea de asigurat din SIUI, furnizorul va indruma persoana catre CAS in vederea rezolvarii situatiei
- respectarea prevederilor Ord.MMFPS nr.1474/2011,
- respectarea prevederilor Ord.nr.581/2014 privind documentele justificative privind calitatea de asigurat,
- corectarea punctuala a fiecarui caz in parte pe baza de documente justificative,

17. Concluzii asupra activitatii unitatilor sanitare cu paturi, trim.III 2014

Stabilirea valorilor de contract cu unitatile spitalicesti in concordanta cu prevederile reglementarilor in vigoare, a determinat spitalele la adoptarea unor masuri care sa permita reducerea

spitalizarilor continue in favoarea spitalizarilor de zi. Analiza pe cele 3 luni de functionare in acest sistem scoate in evidenta anumite aspecte:

- s-a observat reducerea progresiva a internarilor in regim continuu, dar totusi cu depasire lunara a numarului de cazuri prin spitalizare continua,
- cresterea progresiva a numarului de internari prin spitalizarea de zi, dar fara sa se ajunga la valoarea contractata pe acest tip de servicii,
- scaderea numarului de consultatii si servicii prin ambulatoriul integrat, atat clinic cat si paraclinic, cazurile fiind dirijate spre spitalizarea de zi,
- o anumita proportie din cazuistica din UPU este dirijata spre spitalizarea de zi, via ambulatoriu,
- presiune asupra medicilor de familie de a trimite cat mai multe cazuri spre spital, ambulatoriu,
- interes scazut din partea spitalului de a se aproviziona cu medicamente si materiale sanitare datorita faptului ca nu-si realizeaza bugetul prin nerealizarea spitalizarilor de zi, scazand sumele alocate acestora.

Propuneri:

- elaborarea de strategii la nivel local in functie de conditiile socio-economice locale privind serviciile de tip paliativ atat in spital cat si in ambulatoriu/ ingrijiri la domiciliu si acordarea de prevederi bugetare corespunzatoare ca varianta de reducere a costurilor in spital si continuarea ingrijirilor la domiciliu dupa spitalizare, avand in vedere nevoia mare de servicii de acest tip, cu mare impact social,
- numarul de paturi destinate serviciilor de tip paliativ sa fie cuprinse exclusiv si distinct in numarul de paturi contractabile acordate fiecarui judet in vederea contractarii,
- contractarea serviciilor de tip spitalicesc pe baza unui „buget global” cu fiecare spital in parte, in care spitalul sa se incadreze fara a fi specificate cate cazuri in spitalizarea continua, cate in spitalizarea de zi, etc. dar cu procent din suma „nu mai putin de ? % pentru spitalizare de zi”, in asa fel incat sa asigure asistenta de specialitate in zona de functionare/responsabilitate,
- posibilitatea internarilor de zi si pentru acele cazuri care pe moment sunt rezolvate in structurile de urgenta (UPU) dar care necesita supraveghere si tratament post urgenta (pentru acele cazuri in care sunt chemati medicii de garda din sectii si care necesita continuarea supravegherii, deci se consuma resurse atat din UPU dar si din spital),
- implicarea medicului de familie in servicii de tip comunitar-legislatie perfectibila cu implicarea administratiilor locale, asistentei sociale si comunitare,
- intarirea disciplinei contractuale cu furnizorii, intensificarea controalelor de tip calitativ, prin folosirea personalului de specialitate din cadrul caselor,
- cresterea importantei controalelor operative si inopinate si incadrarea cu personal corespunzator atat numeric cat si calitativ,
- elaborarea legislatiei in timp util,
- pregatirea SIUI in timp optim pentru a face fata modificarilor legislative,
- editarea de brosure sub auspiciile CNAS pentru informarea asiguratilor asupra drepturilor, obligatiilor, traseul asiguratului in sistem, etc.
- ocuparea posturilor vacante, foarte necesare in structuri cu importanta mare in eficienta calitativa a controlului, managementul resursei umane, contractare/decontare servicii, asistenta juridica etc,
- asigurarea CAS cu aplicatii in SIUI care sa permita trimestrial suprapunerea de date raportate de furnizori pentru a preveni situatii similare cu cele descoperite de Curtea de Conturi,
- asigurarea resursei financiare pentru decontarea cheltuielilor de deplasare pentru actiuni patronate de CNAS,

- programarea de instruire cu personalul angrenat in gestionarea formularelor de tip E/ S,
- majorarea perioadei de valabilitate a cardului European de asigurari de sanatate, eventual cumularea cu cardul national de asigurari de sanatate,

CAP. IV. PRIORITATI ALE PERIOADEI DE RAPORTARE

- evaluarea necesarului de furnizori de servicii medicale in vederea contractarii serviciilor medicale pe domenii de activitate in functie de cererea de servicii, potentialul uman si tehnic si prevederile bugetare alocate,
- imbunatatirea accesului asiguratilor la servicii, cu prioritate in asistenta medicala primara, ambulatoriul clinic si asistenta stomatologica, in special in mediul rural,
- asigurarea accesului la servicii medicale care nu pot fi efectuate la nivel judetean prin incheierea de contracte cu furnizori din afara ariei de responsabilitate,
- dezvoltarea si continuarea acordarii serviciilor medicale de urgenta prin centrele de permanenta, in special in mediul rural,
- largirea paletei de servicii contractate cu furnizorii, in contextul reglementarilor in vigoare,
- monitorizarea consumului de servicii, in special a consumului de medicamente in tratamentul ambulatoriu si in cadrul programelor nationale de sanatate, serviciilor paraclinice, de recuperare si in asistenta medicala dentara in urma raportarii on-line,
- respectarea trimestrializarii aprobate, atat a creditelor bugetare cat si a celor de angajament,
- solicitare fundamentata a propunerilor de deschidere de credite pe domenii de activitate,
- exigenta crescuta in activitatea de evaluare a furnizorilor,
- operativitate si crestere calitativa a controalelor efectuate la furnizorii aflati in contract,
- respectarea planului de paturi aprobat in contractarea serviciilor spitalicesti,
- gestionarea cat mai corecta si operativa a formularelor europene,
- cresterea gradului de informare a asiguratilor privind drepturile si obligatiile. Editarea la nivel judetean a unui ghid al pacientului si promovarea acestuia la nivel teritorial,
- cresterea eficientei in utilizarea FNUASS,
- gestionarea eficienta a resursei umane proprii, repartizarea echilibrata a sarcinilor pe salariati in conditiile reducerii numarului de personal prin pensionari si imposibilitatea ocuparii posturilor vacante. Fundamentarea solicitarii de ocupare a posturilor vacantate.
- indeplinirea obiectivelor generale/specifice in conditiile deficitului de personal,
- incheierea actiunii de predare la ANAF a informatiilor privind contribuabilii din Cap II si III-Titul IX² din Codul Fiscal; respectarea termenului de finalizare. Rezolvarea punctuala a unor dosare care sunt incomplete, fara a fi returnate fizic de catre ANAF,
- imbunatatirea imaginii CNAS/CAS la nivel local printr-o relatie buna cu asiguratii, furnizorii si media,
- imbunatatirea comunicarii intre departamentele CAS, intre CAS-CNAS si cu alte institutii de interes local, regional, national,
- respectarea de catre furnizori a termenelor, precum si corectitudinea transmiterii consumului de medicamente pentru calculul taxei claw-back,

- transmiterea catre CNAS a propunerilor de modificare a Normelor metodologice/ Contractului-cadru, proiectelor legislative,
- informarea furnizorilor de servicii medicale aflati in contract cu CAS Salaj asupra modificarilor legislative, normative, incadrare in termenii de contractare, repartizarea creditelor de angajament pe luni si trimestre dupa o analiza serioasa si reala a fundamentarilor cu incadrarea in prevederile bugetare
- monitorizarea activitatii spitalelor pentru luna iunie 2014, distinct si pe trim.III 2014, analiza indicatorilor realizati fata de cei contractati, asigurarea conditiilor financiare necesare desfasurarii unei activitati normale, propuneri fundamentate pentru credite de angajament,
- incheierea contractului subsecvent cu Compania Nationala Posta Romana in vederea distribuirii cardurilor nationale de asigurari de sanatate, monitorizarea activitatii,
- implementarea si monitorizarea transmiterii on-line a raportarilor precum si a facturii electronice, comunicare eficienta cu furnizorii aflati in contract,
- propuneri privind estimarea bugetului pentru anul 2015 si proiectia pana in 2018,
- asigurarea unui management eficient al CAS Salaj,
- actualizarea paginii web a CAS Salaj cu informatiile necesare conform modelului unic de pagina la nivel national.

PRESEDINTE-DIRECTOR GENERAL,
dr Tautu Gheorghe - Marius