

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

RAPORT DE ACTIVITATE

2010

CAPITOLUL I. PREZENTARE GENERALĂ

➤ **Casa Națională de Asigurări de Sănătate este instituție publică**, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, al cărei principal obiect de activitate îl reprezintă asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România.

➤ **Misiune:**

Casa Națională de Asigurări de Sănătate funcționează pe baza Statutului propriu și administrează și gestionează sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în vederea aplicării politicilor și programelor Guvernului în domeniul sanitar.

În vederea realizării misiunii sale, Casa Națională de Asigurări de Sănătate asigură:

- funcționarea unitară și coordonată a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România
- gestionarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate
- folosirea mijloacelor adecvate de mediatizare pentru reprezentarea, informarea și susținerea intereselor asiguraților pe care îi reprezintă
- acoperirea nevoilor de servicii de sănătate ale populației, în limita fondurilor disponibile

➤ **Viziune:**

Realizarea unui sistem de asigurări de sănătate modern și eficient, comparabil cu sistemele de asigurări de sănătate din Uniunea Europeană, pus în slujba asiguratului

CONTEXTUL GENERAL AL DESFĂȘURĂRII ACTIVITĂȚII CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ÎN ANUL 2010

➤ **Programul de guvernare 2009 - 2012** este elaborat într-un context intern și internațional caracterizat printr-o profundă criză financiară și economică globală. În acest context, **Guvernul României** și-a propus ca **obiective prioritare** în domeniul sănătății:

1. Îmbunătățirea stării de sănătate a populației, creșterea calității vieții în condițiile compatibilizării sistemului sanitar românesc cu cel din Uniunea Europeană.
2. Aprobarea strategiei naționale de dezvoltare a serviciilor sanitare pe o perioadă de minimum 8 ani.
3. Dezvoltarea programelor de prevenție și de depistare precoce a bolilor.
4. Redresarea și dezvoltarea asistenței medicale din mediul rural.
5. Asigurarea transparenței în cheltuirea banilor publici.

➤ **În sistemul asigurărilor sociale de sănătate, principalele direcții de acțiune au fost :**

1. Îmbunătățirea managementului sistemului asigurărilor sociale de sănătate
2. Creșterea eficienței în constituirea și utilizarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;
3. Îmbunătățirea accesului asiguraților la serviciile medicale și medicamente;
4. Creșterea gradului de acoperire cu servicii și îmbunătățirea calității actului medical;
5. Operaționalizarea și optimizarea Sistemului Informatic Unic Integrat
6. Măsuri pentru informarea și protecția asiguraților;
7. Actualizarea și armonizarea legislativă în domeniul asigurărilor sociale de sănătate, precum și compatibilizarea cu alte sisteme similare din Uniunea Europeană

MĂSURI ÎNTREPRINSE PENTRU REALIZAREA DIRECȚIILOR DE ACȚIUNE

1. Îmbunătățirea managementului sistemului asigurărilor sociale de sănătate

- Elaborarea *Ordinului președintelui CNAS nr. 354/17.02.2010* prin care s-a modificat și completat *Ordinul președintelui CNAS nr. 15/2008* pentru aprobarea Metodologiei privind organizarea concursului pentru ocuparea postului de director general al CNAS și a posturilor de președinți-directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, în vederea îndeplinirii indicatorilor de performanță, încheierea contractelor de management și evaluarea activității acestora, prin care s-au schimbat indicatorii de performanță pentru Directorul general al CNAS, asigurându-se compatibilizarea indicatorilor de performanță ai activității acestuia cu cei ai președinților-directori generali ai caselor de asigurări de sănătate
- **Standardizarea formularelor tipizate** (declarații, formulare de raportare, centralizatoare, decizii, etc.) pentru toate segmentele de asistență medicală
- Elaborarea *Ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1035/628/ iulie 2010* prin care s-au **aprobat regulamentele - cadru de organizare și funcționare a comisiilor** constituite în baza prevederilor Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010
- Elaborarea *Ordinului președintelui CNAS nr. 753 / 11 octombrie 2010* prin care s-au aprobat caracteristicile tehnice ale cardului național de asigurări sociale de sănătate
- Elaborarea *Ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1165/691/august 2010* prin care s-au modificat și completat prevederile *Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui CNAS nr. 1.211/325/2006* pentru aprobarea regulamentelor de

organizare și funcționare a comisiei naționale, a subcomisiilor naționale și comisiilor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, a standardelor de evaluare, precum și a normelor metodologice pentru evaluarea furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, au fost aprobate taxele de evaluare, punându-se astfel în aplicare dispozițiile art. 244 alin. (6¹) din Legea nr. 95/2006

- Prin *OUG nr. 97/03.11.2010* privind reglementarea unor măsuri în sistemul de asigurări sociale de sănătate, s-a stabilit numărul maxim de posturi din sistemul de asigurări sociale de sănătate
- Prin *OUG nr. 117 / 23 decembrie 2010* pentru modificarea și completarea Legii nr. 571/2003 privind Codul fiscal și reglementarea unor măsuri financiar-fiscale și *HG nr. 1397/28.12.2010* privind modelul, conținutul, modalitatea de depunere și de gestionare a "Declarației privind obligațiile de plată a contribuțiilor sociale, impozitului pe venit și evidența nominală a persoanelor asigurate", s-a creat cadrul legal ca, începând cu anul 2011, să existe o bază unică de calcul pentru contribuțiile sociale și o Declarație unică a taxelor, impozitelor și contribuțiilor obligatorii
- Elaborarea *Ordinului președintelui CNAS nr. 428/16.04.2010* prin care s-au aprobat documentele justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special, respectiv elaborarea *Ordinului președintelui CNAS nr. 475/12.05.2010*, a *Ordinului președintelui CNAS nr. 639/16.07.2010* și a *Ordinului președintelui CNAS nr. 672/03.08.2010* prin care s-au modificat și completat prevederile *Ordinului președintelui CNAS nr. 428/16.04.2010*
- Elaborarea pentru anul 2010 a formularelor de raportare necesare evaluării activității desfășurate de furnizori pe tipuri de asistență medicală;

2. Creșterea eficienței în constituirea și utilizarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

➤ Elaborarea:

- *HG nr. 261/ 31 martie 2010* privind **aprobarea programelor naționale de sănătate** pentru anul 2010
- *Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 264/407/ 1 aprilie 2010* pentru **aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate** în anul 2010

care au avut în vedere, în principal, obligativitatea caselor de asigurări de sănătate de a asigura fonduri pentru derularea programelor / subprogramelor naționale de sănătate și de a deconta contravaloarea facturilor pentru medicamente și / sau materiale sanitare specifice în cadrul programelor / subprogramelor naționale de sănătate, ținând cont de stocurile cantitativ – valorice. Astfel, s-a putut asigura o *gestionare cât mai eficientă a fondurilor* alocate programelor / subprogramelor de sănătate, prin:

- evitarea achiziționării unor cantități mari de medicamente / materiale sanitare
- evitarea constituirii unor stocuri suplimentare de medicamente / materiale sanitare specifice
- utilizarea eficientă a medicamentelor / materialelor sanitare deja achiziționate, înainte de expirarea termenului de valabilitate a acestora

➤ Elaborarea:

- *H.G. nr. 262/31 martie 2010* prin care **s-a aprobat Contractul-cadru** privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010
- *Ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr.265/408/ 1 aprilie 2010* prin care **s-au aprobat Normele metodologice** de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările și completările ulterioare.

- *Ordinelor nr. 343/417/aprilie 2010, nr.982/614/iunie 2010, nr. 1104/658/august 2010, nr.1244/710/septembrie 2010, nr. 1382/768/noiembrie 2010 și nr.1492/1027/decembrie 2010 privind modificarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 265/408/2010 pentru aprobarea **Normelor metodologice** de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.*

care au avut în vedere, în principal:

- **redefinirea prețului de referință** pentru medicamentele acordate în tratamentul ambulatoriu, cu și fără contribuție personală – *pentru îmbunătățirea controlului cheltuielilor cu medicamentele și încadrarea în fondurile aprobate cu această destinație*
- **decontarea** de către casele de asigurări de sănătate a **cazurilor externe / transferate din spitale** pentru **patologie de același tip**, într-un interval de **48 de ore** de la externare, în procent **de 50% din tariful pe caz rezolvat, tariful mediu pe caz rezolvat** – *pentru eficientizarea utilizării fondurilor aferente asistenței medicale spitalicești și creșterea responsabilității în acordarea acestor servicii*
- **stabilirea unei noi modalități de plată** a îngrijirilor la domiciliu – prin tarif pe caz, care a înlocuit tariful pe serviciu – *pentru eficientizarea utilizării fondului aferent serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu prin stoparea inflației în raportarea serviciilor de acest tip*
- **reducerea** procentului de la **50%** la **40%** din cazurile decontate de casele de asigurări de sănătate externe de unitățile sanitare cu personalitate juridică de medicina muncii și boli profesionale și din secțiile de boli profesionale aflate în structura spitalelor, pentru care nu s-a confirmat caracterul de boală profesională sau accident de muncă (*pentru un procent mai mare de 40% nu se mai justifică nici specificul unității sanitare / secție de boli profesionale și nici suportarea contravalorii acestor servicii din Fondul național de asigurări sociale de activitate*)
- **întărirea disciplinei contractuale** în relațiile dintre casele de asigurări de sănătate și furnizori (revizuirea condițiilor de reziliere/încetare/suspendare a contractelor, aplicarea unor sancțiuni)

- Elaborarea *Ordinului președintelui CNAS nr. 445/ 28 aprilie 2010* prin care s-au aprobat regulile de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare *continuă și metodologia de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea; a fost extinsă gama regulilor de validare* din grupa B (pentru care datele raportate de spitale pot fi supuse evaluării de către Comisia de analiză) de la 8 reguli la 17 reguli în anul 2010, comparativ cu anul 2009.

- Elaborarea *Ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 430/470/mai 2010* prin care s-au modificat și completat Normele de aplicare a prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin *Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 60/32/2006*, urmare a modificării O.U.G. nr. 158/2005 prin O.U.G. nr. 36/14 aprilie 2010 - *prin acest act normativ s-a reglementat controlul privind modul de eliberare a certificatelor de concediu medical, precum și modul de verificare al prezenței asiguraților aflați în incapacitate temporară de muncă la adresa de domiciliu sau la reședința indicată de aceștia.*

- Elaborarea *Ordinului președintelui CNAS nr. 615 / 30 iunie 2010* prin care s-a aprobat metoda de calcul al prețului de referință pentru medicamentele cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu, s-a reglementat noul mod de calcul al prețului de referință pentru medicamentele din listele A și B aprobate prin HG nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, precum și pentru medicamentele din lista C – sublistele C1 și C3, *avându-se în vedere utilizarea eficientă a FNUASS*

- Elaborarea *Ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 928/591/iunie 2010* prin care s-au aprobat Normele privind organizarea evidenței pe plătitori, declararea, constatarea și controlul contribuțiilor prevăzute la art. 363¹ alin. (1) și (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare. Pentru finanțarea unor cheltuieli de sănătate, **deținătorii autorizațiilor de punere pe piață a medicamentelor**, pentru medicamentele incluse în programele naționale de sănătate,

pentru medicamentele de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, și pentru medicamentele de care beneficiază asigurații în tratamentul spitalicesc, care realizează încasări din comercializarea în România a medicamentelor respective, **participă**, după deducerea taxei pe valoarea adăugată, **cu o contribuție trimestrială din valoarea acestor încasări, stabilită în funcție de volumul vânzărilor, conform grilei privind contribuția trimestrială datorată pentru veniturile obținute.**

- Elaborarea *Ordinului președintelui CNAS nr. 627 / 12 iulie 2010* prin care s-a aprobat Metodologia de control privind modul de eliberare a certificatelor de concediu medical în condițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate - *prin acest act normativ s-a reglementat controlul la medicul care a încheiat convenția cu casa de asigurări de sănătate și care a eliberat certificatele de concediu medical, având ca obiect modalitatea de verificare a unor documente, date, informații care au ca scop identificarea anumitor elemente expres menționate în prezentul act normativ. Pentru eliberarea certificatelor de concediu medical cu nerespectarea prevederilor legale în vigoare, organele de control vor aplica contravenții care se sancționează cu amendă, conform legii.*
- Prin *OG nr. 18/18 august 2010* și *OG nr. 103/22 noiembrie 2010* privind rectificarea bugetului de stat pe anul 2010, au fost plătite, prin intermediul CNAS și caselor de asigurări de sănătate, obligațiile unităților sanitare cu paturi înregistrate peste termenul de scadență și neachitate la data de 30 iunie 2010.
- Prin *OUG nr. 107 / 6 decembrie 2010* pentru modificarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, având în vedere necesitatea asigurării echilibrului bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate s-a stabilit ca, începând cu anul 2011 persoanele prevăzute la art. 213 alin. (1) lit. c) să fie asigurate fără plata contribuției, numai dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de legile speciale prin care sunt instituționalizate, iar pentru pensionarii ale căror venituri din pensii depășesc 740 lei pe lună, s-a stabilit obligația plății contribuției

lunare, astfel încât, prin aplicarea acestei cote să nu rezulte o pensie netă mai mică de 740 lei/lună - *pentru creșterea eficienței în constituirea și gestionarea FNUASS*

3. Îmbunătățirea accesului asiguraților la serviciile medicale și medicamente;

➤ Elaborarea:

- *H.G. nr. 262/31 martie 2010* prin care s-a aprobat Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010
- *Ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr.265/408/ 1 aprilie 2010* prin care s-au aprobat Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările și completările ulterioare.
- *Ordinelor nr. 343/417/aprilie 2010, nr.982/614/iunie 2010, nr. 1104/658/august 2010, nr.1244/710/septembrie 2010, nr. 1382/768/noiembrie 2010 și nr.1492/1027/decembrie 2010 privind modificarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 265/408/2010* pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.

care au avut în vedere, în principal, următoarele aspecte:

- în asistența medicală primară, s-a reglementat posibilitatea ca **numărul minim de persoane** înscrise pe listele medicilor de familie din localitățile urbane **să poată fi mai mic de 1.000** pentru zonele **neacoperite** din punct de vedere al numărului necesar de medici de familie - *pentru îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale*
- revizuirea reglementărilor privind **programul de activitate** al cabinetelor medicale individuale și al fiecărui medic de familie cu listă proprie, respectiv de **35 de ore pe săptămână**, repartizarea acestuia pe zile și ore fiind stabilită în funcție de condițiile specifice din zonă – *pentru asigurarea prezenței medicului de familie la cabinet și implicit îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale*

- **dezvoltarea** segmentului de îngrijiri medicale la domiciliu, prin **introducerea serviciilor paliative la domiciliu**, care până în anul 2010 se contractau numai cu unitățile sanitare cu paturi - *îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale*
- **a fost reconfigurat pachetul de servicii** atât pentru asistenta medicală primară cât și pentru asistența ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice și paraclinice, inclusiv lista serviciilor medicale de tip spitalicesc – spitalizare de zi și serviciile medicale din asistența medicală de urgență și transport sanitar (exemplu: detalierea pachetului de servicii medicale de bază pentru asistența medicală de urgență prespitalicească pe coduri)
- **în listele de prioritate** pentru cazurile programabile întocmite de unitățile sanitare cu paturi au fost prevăzute **ca excepție** cazurile care necesită internare în secțiile de obstetrică și neonatologie
- **modificarea** procentelor alocate plății „per capita” și per serviciu medical în asistența medicală primară, în sensul majorării procentului alocat pentru plata per serviciu medical – *pentru dinamizarea activității la nivelul cabinetelor medicilor de familie și implicit îmbunătățirea accesului asiguraților la servicii medicale*

➤ **Continuarea și în anul 2010 a Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor pentru pensionarii cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 de lei/lună.**

4. Creșterea gradului de acoperire cu servicii și îmbunătățirea calității actului medical;

- Elaborarea:
 - *HG nr. 261/ 31 martie 2010* privind **aprobarea programelor naționale de sănătate** pentru anul 2010
 - *Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 264/407/ 1 aprilie 2010* pentru **aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate** în anul 2010,

prin care:

- A fost introdusă efectuarea PET- CT - tehnologie înaltă în domeniul imagisticii și medicinei nucleare, în vederea monitorizării răspunsului la tratamentul specific bolnavilor cu afecțiuni oncologice, în cadrul Programului național de oncologie.
 - Au putut beneficia de tratament specific și pacienți cu alte boli rare: boli neurologice degenerative/inflamatorii (poliradiculonevrită primitivă, polineuropatie inflamatorie cronică demielinizantă), miastenii gravis, osteogeneză imperfectă, boala Fabry, boala Pompe, tirozinemie și bolnavii cu HTAP, în cadrul „Programului național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever”, respectiv „Subprogramul de tratament al bolilor rare”, prin transferuri din bugetul Ministerului Sănătății către bugetul FNUASS
- Centralizarea și prelucrarea datelor obținute din teritoriu privind satisfacția asiguraților față de calitatea serviciilor medicale de care au beneficiat în semestrul I al anului 2010, *în baza Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 891/2008 pentru aprobarea formularelor de evaluare a **satisfacției asiguraților față de calitatea serviciilor medicale furnizate în medicina de familie și în unitățile spitalicești,***
- **Evaluarea gradului de satisfacție al asiguraților diagnosticați cu anumite boli cronice al căror tratament este aprobat prin comisiile de experți de la nivel CNAS.** referitor la percepția față de atitudinea personalului medical dar și a funcționarilor implicați în înregistrarea, verificarea și soluționarea dosarelor pacienților cu Poliartrită Reumatoidă, Artropatie Psoriazică, Spondilită Ankilozantă, Hepatită cronică / ciroză hepatică, Psoriazis, Acromegalie și Tumori Neuroendocrine la nivelul unor case de asigurări de sănătate, inclusiv prin sondaj telefonic.
- Elaborarea proiectului de hotărâre a Guvernului pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate pe anul 2010 și a normelor metodologice de aplicare a acestuia, prin care:
- pentru furnizorii de servicii medicale paraclinice - **stabilirea criteriului de calitate ca și criteriu de eligibilitate, condiție obligatorie pentru a putea intra în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate**

- recomandarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și a serviciilor paliative la domiciliu, extinsă și la nivelul medicilor de familie
 - stabilirea unui **număr optim de persoane înscrise pe lista unui medic de familie** – *pentru asigurarea calității asistenței medicale și atragerea unui număr mai mare de medici de familie care să acopere cererea de servicii a asiguraților*
- Elaborarea unor propuneri privind stabilirea unor indicatori de calitate pentru segmentul de asistență medicală primară

5. Operaționalizarea și optimizarea Sistemului Informatic Unic Integrat

- Elaborarea *Ordinului președintelui CNAS nr. 974 / 30 noiembrie 2010* – astfel încât începând cu data de 20 decembrie 2010 s-a creat posibilitatea utilizării mijloacelor electronice de transmitere la distanță în procesul decontării serviciilor prestate de furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. *Astfel, furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot depune prin mijloace electronice de transmitere la distanță documentele justificative privind raportarea activității realizate în vederea decontării, formularele de raportare și fișierele de date necesare raportării în sistemul informatic unic integrat.* Acest mecanism este obligatoriu începând cu 1 iunie 2011
- Elaborarea H.G. nr.962/2010, pentru aprobarea modalității de realizare a sistemului național al cardurilor naționale de asigurări sociale de sănătate – prin care a fost desemnată Compania Națională „Imprimeria Națională” – S.A. ca unitate de achiziție centralizată, pentru realizarea sistemului național al cardurilor naționale de asigurări sociale de sănătate din România iar prin Ordinul președintelui Casa Națională de Asigurări de Sănătate nr. 753/2010 au fost aprobate caracteristicile tehnice ale cardului național de asigurări sociale de sănătate

- Implementarea în aplicația SIUI a modificărilor legislative care reglementează materia asigurărilor de sănătate
- Întreținerea nomenclatoarelor SIUI în concordanță cu modificările legislative

6. Măsuri pentru informarea și protecția asiguraților

- Elaborarea Contractului Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobat prin H.G. nr. 262/2010, alături de Normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, prin care au fost reglementate următoarele:
 - Obligativitatea caselor de asigurări de a actualiza permanent lista furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale cu care se află în relații contractuale, prin afișare pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate, în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data operării modificărilor apărute;
 - Obligativitatea furnizorilor de medicamente să afișeze la loc vizibil materialele informative realizate sub egida și cu acordul CNAS;

7. Actualizarea și armonizarea legislativă în domeniul asigurărilor sociale de sănătate, precum și compatibilizarea cu alte sisteme similare din Uniunea Europeană.

- Toate actele normative menționate la punctele 1 – 6 de mai sus au avut în vedere actualizarea și armonizarea legislativă în domeniul asigurărilor sociale de sănătate
- Începând cu data de 1 mai 2010 au intrat în vigoare *Regulamentul (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială*, modificat prin *Regulamentul (CE) nr. 988/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 16 septembrie 2009 de modificare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și de stabilire a conținutului*

anexelor acestuia, Regulamentul (CE) nr. 987/2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004, precum și noile Decizii și Recomandări ale Comisiei Administrative pentru Coordonarea Sistemelor de Securitate Socială.

- În relația cu Elveția, Norvegia, Islanda și Lichtenstein se aplică în continuare prevederile *Regulamentului Consiliului European nr. 1408/71 privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității precum și ale Regulamentului Consiliului European nr. 574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CE) nr. 1408/71.*

CAPITOLUL II. SITUAȚIA ECONOMIC-FINANCIARĂ

Obiectivul principal al acestei activități a constat în asigurarea unei finanțări corespunzătoare a tuturor domeniilor de asistență medicală, în limita bugetului aprobat pe anul 2010 și a avut în vedere următoarele acte normative:

- Legea nr. 11/2010 privind bugetul de stat,
- Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice,
- Hotărârea de Guvern nr. 261/2010 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2010,
- Hotărârea de Guvern nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 264/2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2010, cu modificările și completările ulterioare,
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.
- O.G. nr.18/2010 cu privire la rectificarea bugetului de stat pe anul 2010, O.G. nr.103/2010 pentru rectificarea bugetului de stat pe anul 2010 – prin care au fost plătite prin intermediul Casa Națională de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate obligațiile unităților sanitare cu paturi înregistrate peste termenul de scadență și neachitate la data de 30 iunie 2010

Bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010 a fost aprobat prin Legea nr. 11/2010 privind bugetul de stat și comunicat de Ministerul Finanțelor Publice cu adresa nr. 90569/2010, astfel:

-mii lei-

Denumire indicator	Prevederi an 2010 cf. Legii nr.11/2010
0	1
VENITURI-TOTAL, din care:	15.865.336
<i>Venituri din sănătate</i>	14.880.520
<i>Venituri din asistență socială</i>	984.816
II. TOTAL CHELTUIELI, din care:	15.725.390
<i>Cheltuieli pentru sănătate</i>	14.740.574
<i>Cheltuieli pentru asigurări și asistență socială</i>	984.816

Evoluția bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010, aprobat prin legea bugetului de stat nr. 11/2010, în cursul anului 2010, în sinteză se prezintă astfel:

-mii lei-

Denumire indicator	Prevederi an 2010 cf. legii 11/2010	Influente cf. adreselor M.F.P. (*) (+/-)	Influente cf. adresei M.F.P. nr.3380790/14.05.2010 (+/-)	Influente cf. O.U.G. nr. 18/2010 (+/-)	Influente (donații și sponsoriz.) (+/-)	Influente cf. O.U.G. nr. 103/2010 (+/-)	Virari (+/-)	Prevedere actualizată an 2010
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Venituri totale, din care:	15.865.336	2.266	19.000	1.802.356	1.027	35.000	0	17.724.985
<i>Contribuții de asigurări sociale de sănătate datorate de angajatori</i>	7.134.855	0	19.000	-524.091	0	-103.052	0	6.526.712
<i>Contribuții pentru concedii și indemnizații de la persoane juridice sau fizice</i>	960.519	0	19.000	-796	0	36.323	0	1.015.046
<i>Transferuri voluntare, altele decât subvențiile</i>	0	2.266	0	0	0	1.027	0	3.293
<i>Donații și sponsorizări</i>	0	2.266	0	0	0	1.027	0	3.293

Cheltuieli totale, din care:	15.725.390	2.266	19.000	1.827.302	1.027	150.000	0	17.724.985
<i>Sănătate</i>	14.740.574	2.266	0	1.942.302	1.027	0	0	16.686.169
<i>Asigurări si asistenta sociala, din care:</i>	984.816	0	19.000	-115.000	0	150.000	0	1.038.816
<i>Asistenta sociala in caz de boli</i>	622.378	0	12.102	-72.658	0	96.888	-2.852	655.858
<i>Asistenta sociala pentru familie si copii</i>	362.438	0	6.898	-42.342	0	53.112	2.852	382.958
<i>Fond de rezerva al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate</i>	139.946	0	0	-139.946	0	0	0	0
<i>Excedent / Deficit</i>	0	0	0	115.000	0	-115.000	0	0

* Adresele M.F.P nr. 375400/27.01.2010, 376875/15.02.2010, 376615/08.03.2010, 379205/20.04.2010, 38041/07.05.2010

CAPITOLUL DE VENITURI

Veniturile Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate realizate în anul 2010 sunt în sumă de **17.258.727 mii lei**, reprezentând **97,37%** față de prevederile aprobate pentru această perioadă, media lunară a încasărilor în această perioadă a anului 2010 a fost în sumă de **1.438.227,25 mii lei**. Procentul de realizare se datorează neîncasării accizei din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății.

Pentru anul 2010, cotele de contribuții pentru asigurările sociale de sănătate, au fost prevăzute la art. 7 din Legea nr. 11/2010 privind bugetul de stat după cum urmează:

- 5,5% pentru cota datorată de angajat, prevăzută la art. 257 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- 5,2% pentru cota datorată de angajatori, prevăzută la art. 258 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- 10,7% pentru cota datorată de persoanele care se asigură facultativ prevăzute la art. 259 alin. (6) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare;

d) persoanele care nu sunt salariate dar au obligația să își asigure sănătatea, potrivit prevederilor Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, sunt obligate să comunice direct casei de asigurări alese veniturile, pe baza contractului de asigurare, în vederea stabilirii și achitării cotei de 5,5%;

e) pentru lucrătorii migranți care își păstrează domiciliul sau reședința în România, contribuția lunară la fond se calculează prin aplicarea cotei de 5,5% la veniturile obținute din contractele încheiate cu un angajator străin;

f) persoanele care au obligația să se asigure, altele decât cele prevăzute la art. 257 și la art. 259 alin. (9) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, și care nu se încadrează în categoriile de persoane care beneficiază de asigurarea de sănătate fără plata contribuției plătesc contribuția lunară de asigurări sociale de sănătate calculată prin aplicarea cotei de 5,5% la salariul de bază minim brut pe țară.

Începând cu data de 1 ianuarie 2004, conform prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 86/2003 privind reglementarea unor măsuri în materie financiar-fiscală, evidența, colectarea contribuțiilor, controlul și soluționarea contestațiilor pentru asigurări sociale de sănătate se realizează de Ministerul Finanțelor Publice și unitățile sale subordonate, prin Agenția Națională de Administrare Fiscală, care are și calitatea de creditor bugetar. Din centralizarea datelor transmise caselor de asigurări de sănătate de trezorerii, situația veniturilor realizate în anul 2010, față de prevederile aprobate se prezintă astfel:

- mii lei -

Denumirea indicatorilor	Prevederi bugetare an 2010	Încasări an 2010	Încasări an 2010 fata de prevederi bugetare an 2010 (%)
0	1	2	3=2/1
TOTAL VENITURI, din care:	17.724.985	17.258.727	97,3%
I. CONTRIBUȚII DE ASIGURĂRI:	13.111.305	13.153.499	100,3%
1.CONTRIBUȚIILE ANGAJATORILOR	6.526.712	6.522.478	99,9%
1.1Contributii de asigurări sociale de sănătate datorate de angajatori:	6.526.712	6.522.478	99,9%
Contribuții de la persoane juridice sau fizice care angajează personal salariat	5.356.909	5.576.699	104,1%
Contribuții pentru asigurări sociale de sănătate datorate de persoanele aflate în șomaj	133.438	136.399	102,2%

Venituri încasate în urma valorificării creanțelor de către A.V.A.S.	700	5.681	811,5%
Contribuții pentru concedii și indemnizații de la persoane juridice sau fizice	1.015.046	796.889	78,5%
Contribuții pentru concedii sau indemnizații datorate de persoanele aflate în șomaj	20.619	6.581	31,9%
Contribuția suportată de angajator pentru concedii și indemnizații datorată de persoanele aflate în incapacitate temporară de muncă din cauza de accidente de muncă sau boala profesională	0	229	
2.CONTRIBUȚIILE ASIGURAȚILOR	6.584.593	6.631.021	100,7%
2.1Contribuții de asigurări sociale de sănătate datorate de asigurați:	6.503.386	6.536.513	100,5%
Contribuția datorată de persoane asigurate care au calitatea de angajat	6.263.859	5.972.100	95,3%
Contribuția datorată de alte persoane asigurate	236.376	278.694	117,9%
Contribuții pentru concedii și indemnizații datorate de asigurați	3.151	2.729	86,6%
Contribuția datorată de pensionari	0	282.990	
Contribuții facultative ale asiguraților	2.707	2.013	74,3%
Contribuții de asigurări sociale de sănătate de la persoane care realizează venituri de natură profesională cu caracter ocazional	0	146	
Alte contribuții pentru asigurări sociale datorate de asigurați	78.500	92.349	117,6%
3.VENITURI NEFISCALE	16.027	7.473	46,6%
3.1.VENITURI DIN PROPRIETATE	12.734	576	4,5%
Alte venituri din proprietate	0	467	
3.2.Venituri din dobânzi	12.734	109	0,8%
Alte venituri din dobânzi	12.734	109	0,8%
3.3. VÂNZĂRI DE BUNURI ȘI SERVICII	3.293	6.896	209,4%
DIVERSE VENITURI	0	3.603	
Alte venituri	0	3.603	
TRANSFERURI VOLUNTARE, ALTELE DECÂT SUBVENȚIILE	3.293	3.294	100,0%
Donații și sponsorizări	3.293	3.294	100,0%
IV. SUBVENȚII	4.597.653	4.097.756	89,1%
SUBVENȚII DE LA ALTE NIVELE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE	4.597.653	4.097.756	89,1%
SUBVENȚII DE LA BUGETUL DE STAT	3.637.691	3.617.427	99,4%
Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane care satisfac serviciul militar în termen	0	2.264	
Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane care execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv	1.045	21.729	
Subvenții primite de la bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate	3.511.172	3.494.274	99,52%
Contribuții individuale de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele aflate în concediu pentru creșterea copilului	125.474	99.160	79,0%
SUBVENȚII DE LA ALTE ADMINISTRAȚII	959.962	480.329	50,0%
Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane care execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv	22.729	830	3,6%

Contribuții individuale de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele aflate în concediu pentru creșterea copilului	239	6	2,5%
Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane care se afla în concediu medical sau în concedii medicale pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 7 ani	0	394	
Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane care se afla în concediu medical din cauza de accidente de muncă și boli profesionale	562	364	64,7%
Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoanele beneficiare de ajutor social	34.827	18.099	51,9%
Sume alocate din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății	901.518	460.635	51,1%
Contribuții din bugetul asigurărilor sociale de stat, din sumele alocate sistemului de asigurări pentru accidente de muncă și boli profesionale, pentru concedii și indemnizații datorate persoanelor aflate în incapacitate temporară de muncă din cauza accidentelor de muncă sau bolilor profesionale	87	0	

Nota:

**) În încasările anului 2010 au fost cuprinse și cheltuielile deduse de angajatori transmise de Agenția Națională de Administrare Fiscală, în conformitate cu prevederile Ordonanței de Urgență a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate în suma de 593.371 mii lei.*

Veniturile pentru asigurări și asistență socială se constituie din cota de 0,85% aplicată la fondul de salarii, indemnizații de șomaj, venituri supuse impozitului pe venit sau asupra venitului cuprins în contractul de asigurare. Aceste venituri realizate în anul 2010 sunt în sumă de **806.428 mii lei**, din care încasate prin trezorerie - în sumă de **213.057 mii lei**, iar suma de **593.979 mii lei** reprezentând sumele deduse de angajatori din contribuțiile datorate pentru concedii medicale.

CAPITOLUL DE CHELTUIELI

Potrivit execuției bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în anul 2010, **din totalul cheltuielilor aprobate** în sumă de **17.724.985 mii lei**, **s-au efectuat plăți** în sumă de **17.507.384 mii lei**, reprezentând un **procent de realizare de 98,77%**. Procentul de realizare se datorează neîncasării accizei din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății.

În **totalul cheltuielilor** efectuate în anul 2010:

- cheltuielile pentru **materiale și prestări servicii cu caracter medical** au reprezentat **91,99%**
- cheltuielile pentru **administrare și funcționare** au reprezentat **2,33%**
- cheltuielile pentru **asistență socială** **5,93%**.

Capitolul Sănătate

Potrivit execuției Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, se pot observa următoarele aspecte:

- cheltuielile realizate la **capitolul sănătate** în anul 2010 sunt în sumă de **16.469.661 mii lei**, din care:
 - **cheltuielile pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical** - în valoare de **16.104.663** mii lei;
 - **cheltuielile pentru administrare fond** - în valoare de **374.833** mii lei.

Capitolul Asistență Socială

- **cheltuielile totale** pentru asistenta sociala: **1.037.723 mii lei** .

Execuția bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în anul 2010 se prezintă astfel:

- mii lei -

Denumirea indicatorilor	Credite bugetare an 2010	Plăți efectuate an 2010	Plăți efectuate an 2010 față de credite bugetare an 2010 (%)
0	1	2	3=2/1
Cheltuieli totale, din care:	17.724.985	17.507.384	98,77%
Cheltuieli pentru Sănătate	16.686.169	16.469.661	98,70%
<i>Materiale si Prestări de Servicii cu Caracter Medical</i>	16.309.433	16.104.663	98,74%
Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice si dispozitive medicale din care:	5.286.872	5.084.210	96,17%
- Medicamente cu si fără contribuție personala	2.965.430	2.965.416	100,00%
- Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate in programele naționale cu scop curativ	1.499.192	1.343.445	89,61%

- Materiale sanitare specifice utilizate in programele naționale cu scop curativ	150.559	105.542	70,10%
- Servicii medicale de hemodializa si dializa peritoneala	584.475	582.725	99,70%
- Dispozitive si echipamente medicale	87.217	87.083	99,85%
Servicii medicale in ambulatoriu :	1.837.869	1.836.807	99,94%
- Asistență medicală primară	1.100.976	1.100.946	100,00%
- Asistență medicală pentru specialități clinice	289.418	289.418	100,00%
- Asistență medicală stomatologică	58.764	58.749	99,97%
- Asistență medicală pentru specialități paraclinice	315.013	314.059	99,70%
- Asistență medicală în centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare)	73.697	73.635	99,92%
Servicii de urgență prespitalicești si transport sanitar	653.718	653.718	100,00%
Servicii medicale în unități sanitare cu paturi	8.492.007	8.491.999	100,00%
- Spitale generale	8.427.025	8.427.017	100,00%
- Unități de recuperare-reabilitare a sănătății	64.982	64.982	100,00%
Îngrijiri medicale la domiciliu	28.147	28.144	99,99%
Prestații medicale in baza documentelor internaționale	10.819	9.785	90,44%
Cheltuieli de administrare a fondului	376.736	374.833	99,49%
Cheltuieli pentru Asigurări si Asistență Socială, din care:	1.038.816	1.037.723	99,89%
- asistență socială in caz de boli	655.858	655.195	99,90%
- asistență socială pentru familie si copii	382.958	382.626	99,91%

Execuția Bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în **anul 2010** față de **anul 2009** se prezintă astfel:

- mii lei -

Denumirea indicatorilor	Realizări an - 2009	Realizări an - 2010	Procent de realizare an 2010 față de an 2009
0	1	2	$3=(2/1*100)-100$
Cheltuieli totale, din care:	15.274.758	17.507.384	14,62%
Cheltuieli pentru Sănătate	14.351.730	16.469.661	14,76%
Materiale si Prestări de Servicii cu Caracter Medical, din care	14.150.624	16.104.663	13,81%

Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice si dispozitive medicale din care:	4.279.614	5.084.210	18,80%
- Medicamente cu si fără contribuție personala	2.181.869	2.965.416	35,91%
- Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate in programele naționale cu scop curativ	1.379.218	1.343.445	-2,59%
- Materiale sanitare specifice utilizate in programele naționale cu scop curativ	132.023	105.542	-20,06%
- Servicii medicale de hemodializa si dializa peritoneala	491.286	582.725	18,61%
- Dispozitive si echipamente medicale	95.218	87.083	-8,54%
Servicii medicale in ambulatoriu :	1.892.435	1.836.807	-2,94%
- Asistență medicală primara	1.105.264	1.100.946	-0,39%
- Asistenta medicala pentru specialități clinice	321.938	289.418	-10,10%
- Asistență medicală stomatologică	62.734	58.749	-6,35%
- Asistență medicală pentru specialități paraclinice	324.751	314.059	-3,29%
- Asistență medicală in centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare)	77.748	73.635	-5,29%
Servicii de urgență prespitalicești si transport sanitar	618.756	653.718	5,65%
Servicii medicale în unități sanitare cu paturi	7.321.761	8.491.999	15,98%
- Spitale generale	7.256.536	8.427.017	16,13%
- Unități de recuperare-reabilitare a sănătății	65.226	64.982	-0,37%
Îngrijiri medicale la domiciliu	19.080	28.144	47,51%
Prestații medicale acordate in baza documentelor internaționale	18.977	9.785	-48,44%
Cheltuieli de administrare a fondului	141.194	242.854	72,00%
Cheltuieli pentru Asigurări si Asistenta Sociala	923.028	1.037.723	12,43%

Menționam ca procentul de nerealizare este determinat de faptul ca Ministerul Sănătății nu a deschis credite bugetare din veniturile proprii la nivelul prevederilor bugetare aprobate.

Materiale și prestări servicii cu caracter medical

Cheltuielile pentru servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale au fost aprobate prin Legea nr. 11/2010 privind bugetul de stat, prin două programe naționale și anume:

- programul național de sănătate cu scop curativ;

- programul național privind asigurarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Creditele bugetare cât și cele de angajament aferente **programului** național de sănătate cu **scop curativ** au fost în sumă de **2.238.262** mii lei iar **plățile** au fost în sumă de **2.034.804,45** mii lei.

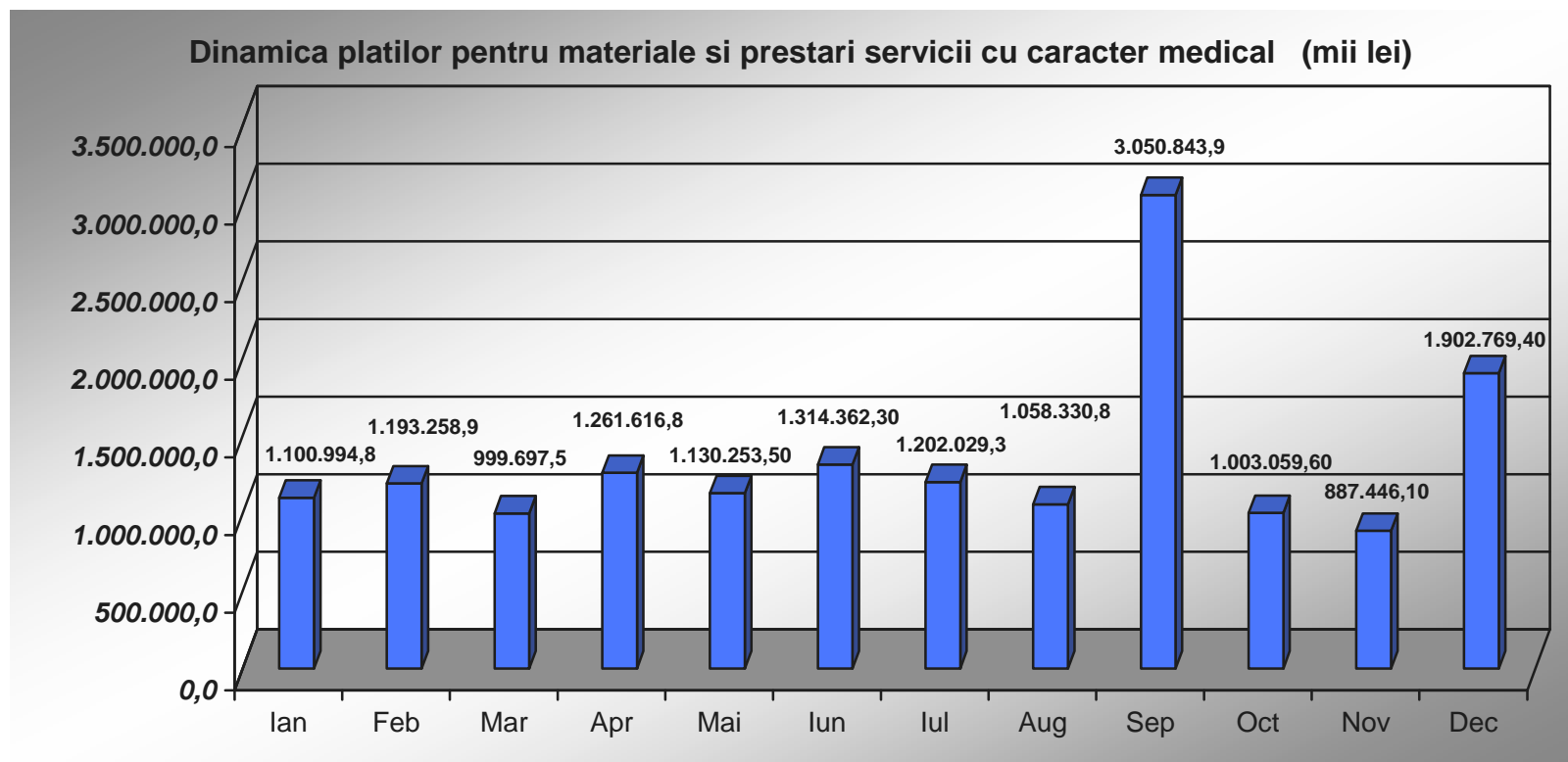
Creditele bugetare aferente **programului** național privind **asigurarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale** în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate au fost în sumă de **14.071.171** mii lei iar **creditele de angajament** au fost în sumă de **14.571.071** mii lei. **Plățile** aferente acestui program național au fost în sumă de **14.069.858,55** mii lei.

Programul național de sănătate cu scop curativ reprezintă asigurarea medicamentelor și/sau materialelor sanitare specifice precum și a serviciilor medicale paraclinice pentru boli cronice cu risc crescut, asigurarea serviciilor de supleere renală (inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, transport bolnavi).

Programul național privind asigurarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale reprezintă asigurarea dispozitivelor și echipamentelor medicale, a medicamentelor cu și fără contribuție personală, asigurarea serviciilor medicale în asistență medicală primară, asistență medicală pentru specialități clinice, asistență medicală stomatologică, asistență medicală pentru specialități paraclinice, în centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare), servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar, servicii medicale în unități sanitare cu paturi, servicii profilactice, îngrijiri medicale la domiciliu și asigurarea prestațiilor medicale acordate în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte.

Fondurile alocate în **anul 2010** pentru **materiale și prestări de servicii cu caracter medical**, au fost în sumă de **16.309.433** mii lei, din care s-au efectuat **plați** în sumă de **16.104.663** mii lei, reprezentând **98,74%** din prevederile aprobate.

Grafic, dinamica lunară a **plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical** din Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate în anul 2010 se prezintă astfel:

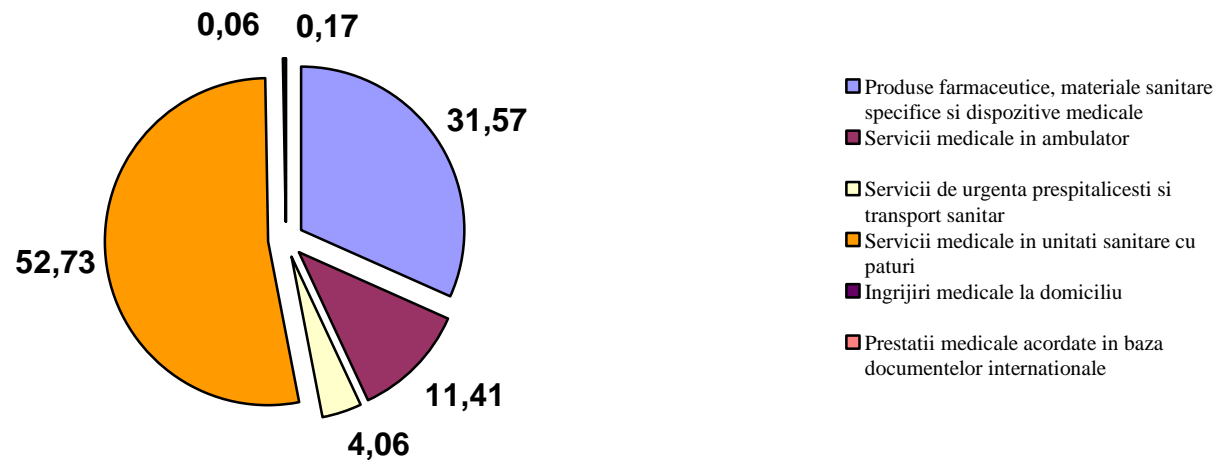


În cadrul **plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical**, pe domenii de asistență medicală, ponderea acestora în ordine descrescătoare este:

- plățile pentru serviciile medicale în unități sanitare cu paturi **52,73%**,
- plățile pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale **31,57%**
- plățile pentru serviciile medicale în ambulatoriu **11,41%**

- plățile pentru servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar **4,06%**
- plățile pentru îngrijiri la domiciliu **0,17%**
- plățile pentru prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale **0,06%**

Grafic ponderea plăților pentru **serviciile medicale** (pe subcapitole) în **totalul plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical** în anul **2010** se prezintă, astfel:

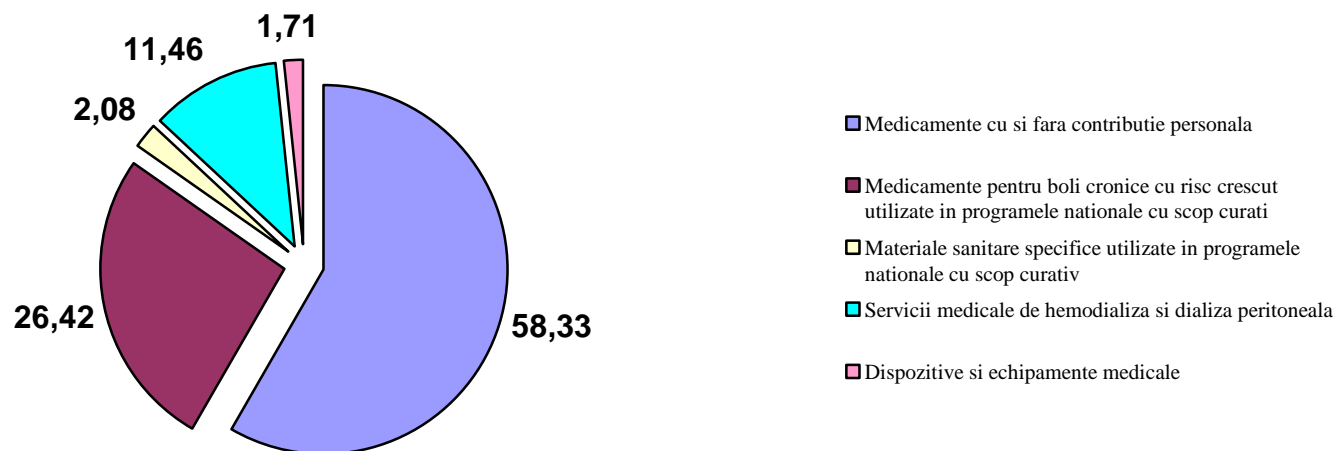


În cadrul plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, ponderea acestora în ordine descrescătoare este:

- plățile pentru medicamente cu și fără contribuție personală **58,33%**,
- plățile aferente medicamentelor pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ **26,42%**,
- plățile pentru serviciile medicale de hemodializă și dializă peritoneală **11,46%**,
- plățile aferente materialelor specifice utilizate in programele naționale cu scop curativ pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ **2,08%**,
- plăți pentru dispozitive și echipamente medicale **1,71%**

Produsele farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, în anul 2010 reprezintă 31,57% din totalul serviciilor medicale.

Grafic ponderea domeniilor de asistență medicală în cadrul acestui subcapitol se prezintă astfel :

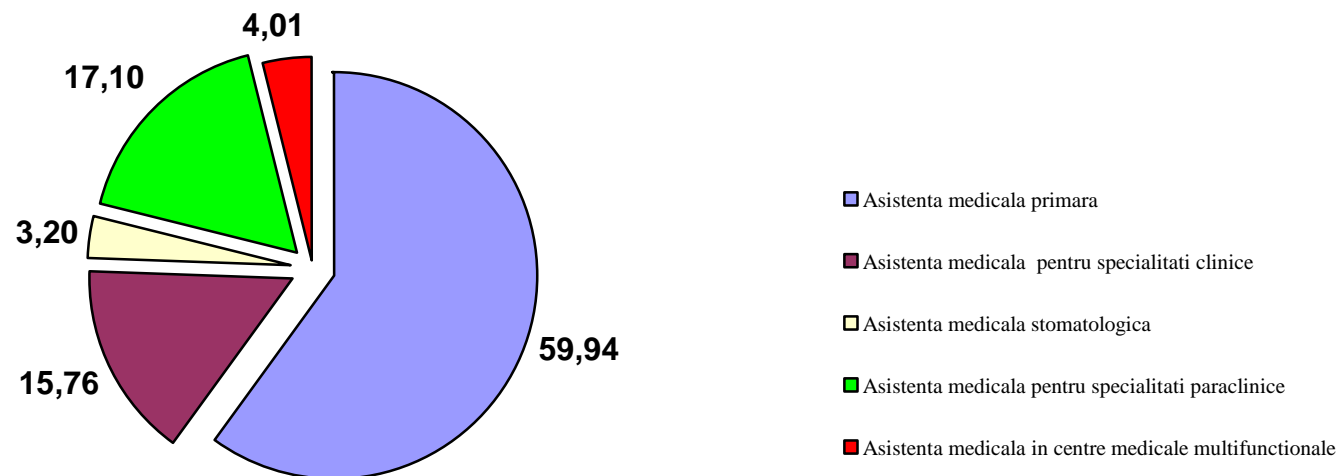


În cadrul plăților pentru servicii medicale în ambulatoriu, ponderea acestora în ordine descrescătoare este:

- plățile pentru asistență medicală primară **(59,94%)**,
- plățile aferente asistentei medicale pentru specialități paraclinice **(17,10%)**
- plățile aferente serviciilor de asistență medicală pentru specialități clinice **(15,76%)**
- plățile pentru asistenta medicala in centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare) **(4,01%)**
- plățile pentru asistență medicală stomatologică **(3,20%)**

Serviciile medicale în ambulatoriu, în anul 2010 reprezintă **11,41 % din totalul** serviciilor medicale.

Grafic ponderea domeniilor de asistență medicală în cadrul acestui subcapitol se prezintă astfel:



Pe parcursul anului 2010, prevederile bugetare pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical aprobate prin Legea nr. 11/2010 au fost modificate prin acte normative după cum urmează:

Prin Ordonanța Guvernului nr. 18/2010 *de rectificare a bugetului de stat pe anul 2010*, **cheltuielile** Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate au fost **suplimentate** cu suma de **1.827,3** milioane lei.

Conform prevederilor art. 38 din Ordonanța Guvernului nr. 18/2010 s-a aprobat **subvenția de la bugetul de stat** în suma de **2.960** milioane lei, din care pentru neîncasarea contribuțiilor la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate suma de **1.042,7** milioane lei, respectiv **90,0** milioane lei prin diminuarea sumelor alocate din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății.

Prin art. 50 din Ordonanța Guvernului mai sus menționată este stabilită destinația subvenției primite de bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate de la bugetul de stat, astfel:

a) pentru plata obligațiilor unităților sanitare publice cu paturi, înregistrate peste termenul de scadență și neachitate la data de 30 iunie 2010, în ordinea cronologică a înregistrării acestora, în limita sumei de **859.863,0** mii lei, fără a putea fi efectuate angajamente legale noi pe baza acestei sume la nivelul unităților sanitare. Condițiile și modalitățile de stingere a obligațiilor de plată ale unităților sanitare cu paturi, înregistrate la data de 30 iunie 2010, se aprobă prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui CNAS;

b) diferența pentru plata medicamentelor cu și fără contribuție personală.

La art. 50 alin. (2) litera b) se prevede ca diferența dintre totalul subvențiilor primite de bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și sumele aferente plății obligațiilor înregistrate peste termenul de scadenta și neachitate la data de 30 iunie 2010 către unitățile sanitare, să fie utilizată numai pentru plata medicamentelor cu și fără contribuție personală, în detrimentul celorlalte segmente de asistență medicală pentru care prevederile aprobate inițial erau și așa insuficiente până la finele anului 2010.

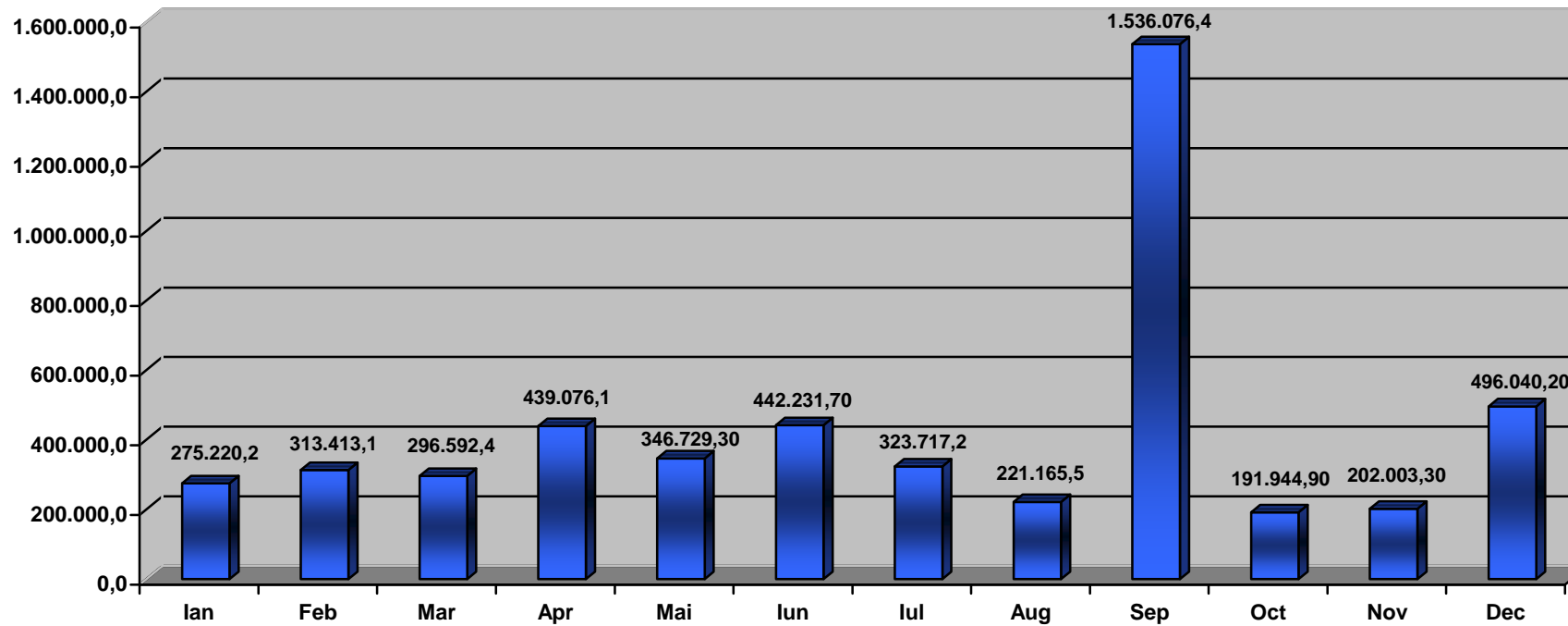
Prin Ordonanța de Urgență nr. 103/2010, prevederile art. 50 au fost modificate după cum urmează: „b) diferența pentru plata serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale”.

Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale

Fondurile alocate în anul 2010 pentru acest subcapitol au fost în sumă de **5.286.872** mii lei, din care s-au efectuat plăți în sumă de **5.084.210** mii lei, reprezentând **96,17** % din prevederile aprobate.

Grafic, dinamica lunară a plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale în anul 2010 din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, se prezintă astfel:

■ Dinamica platilor pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice si dispozitive medicale (mii lei)



Fondurile alocate în cadrul acestui subcapitol pe paragrafe în anul 2010 se prezintă astfel:

- medicamente cu și fără contribuție personală - **2.965.430** mii lei;
- medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ - **1.499.192** mii lei;
- materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ - **150.559** mii lei;
- servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală - **584.475** mii lei;
- dispozitive și echipamente medicale - **87.217** mii lei.

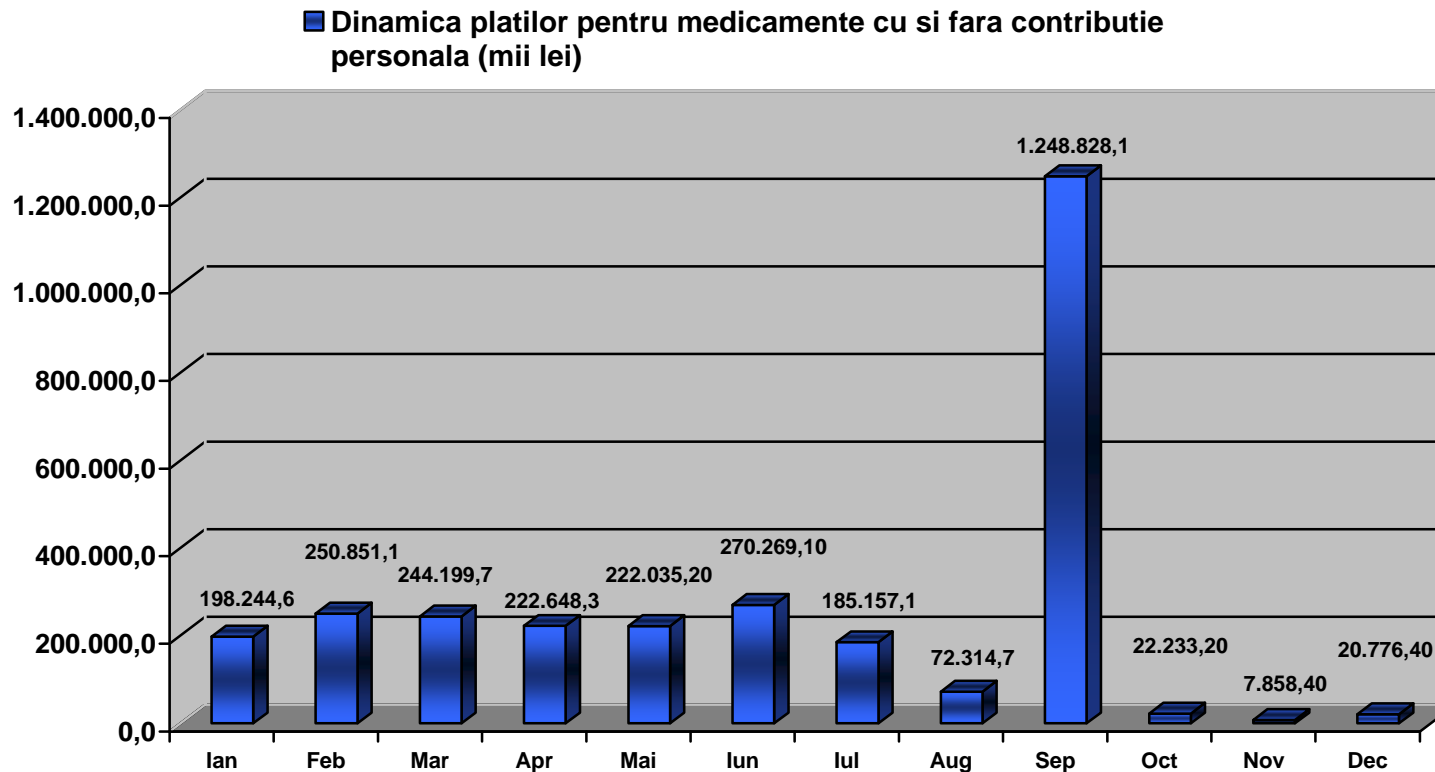
Medicamente cu și fără contribuție personală

Creditele bugetare aprobate în anul 2010 corespunzătoare acestui domeniu de asistență medicală au fost de **2.965.430** mii lei.

În anul 2010 au fost efectuate **plăți** în sumă de **2.965.416** mii lei, reprezentând un procent de realizare de **100 %** din sumele prevăzute pentru acest domeniu.

Plățile efectuate pentru medicamente cu și fără contribuție personală reprezintă **18,41 %** din totalul plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical realizate în anul 2010. În cadrul plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, **plățile pentru medicamente cu și fără contribuție personală** dețin pondere de **58,33%**.

Grafic evoluția în dinamica a plăților lunare în anul 2010 pentru acest domeniu de asistență medicală este următoarea:



Din totalul realizărilor în anul 2010, medicamentele **cu contribuție personală** sunt în sumă de **1.849.655** mii lei (**62,37%**), iar medicamentele **fără contribuție** personală sunt în sumă de **1.115.761** mii lei (**37,63%**).

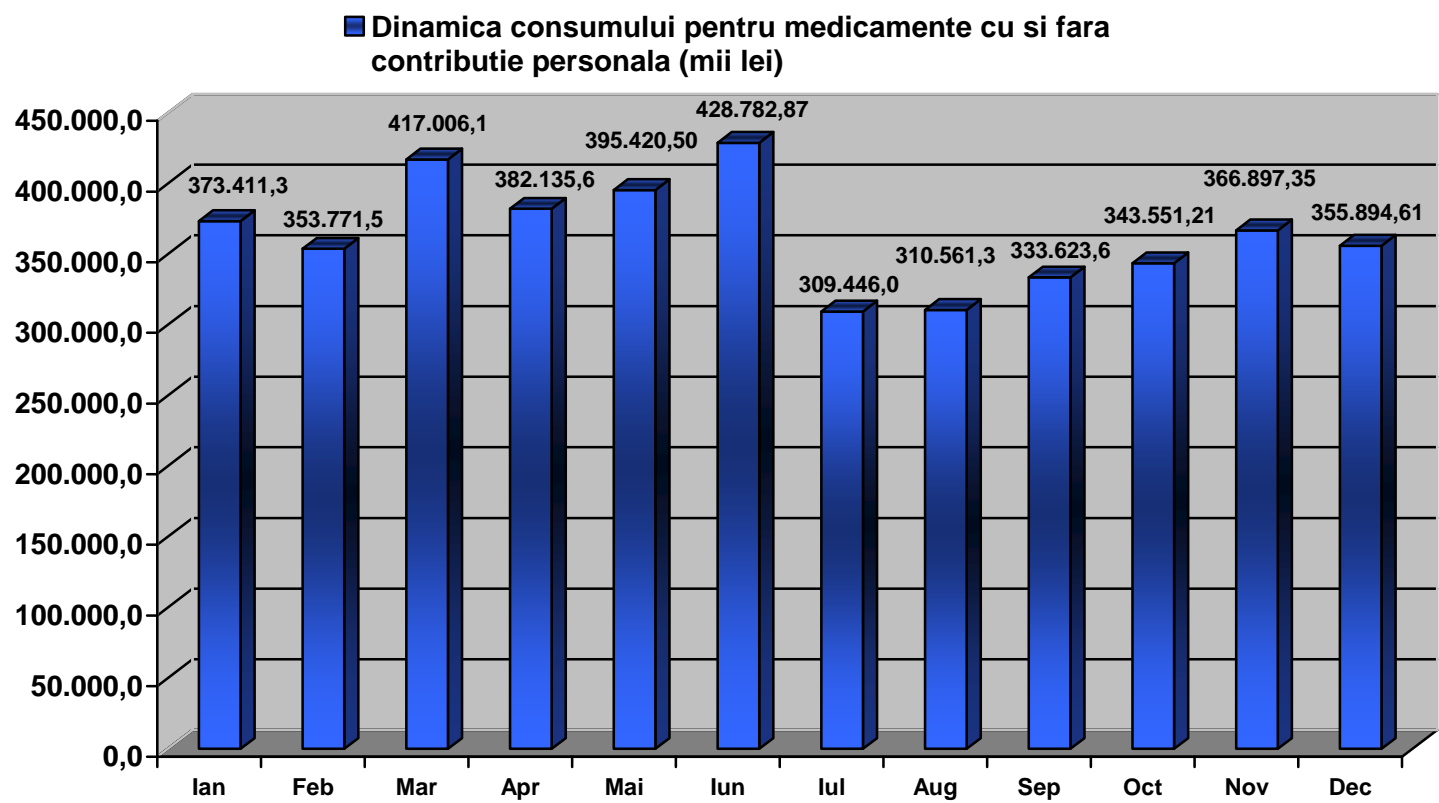
Față de anul 2009, fondurile alocate la acest domeniu de asistență medicală în anul 2010 sunt cu **783.547** mii lei **mai mari**, respectiv cu **35,91%**.

Creditele de angajament aprobate **inițial** prin Legea nr.11/2010 *privind bugetul de stat* pentru medicamente cu și fără contribuție personală au fost în sumă de **2.000,8** milioane lei.

Din analiza creditelor de angajament aprobate pe anul 2010 și având în vedere consumul ridicat de medicamente cu și fără contribuție personală care a condus la epuizarea fondurilor alocate în anul 2010 pentru asigurarea unui acces neîntrerupt al populației la medicamente, s-a impus intervenția legislativă, în sensul aprobării de angajamente legale suplimentare.

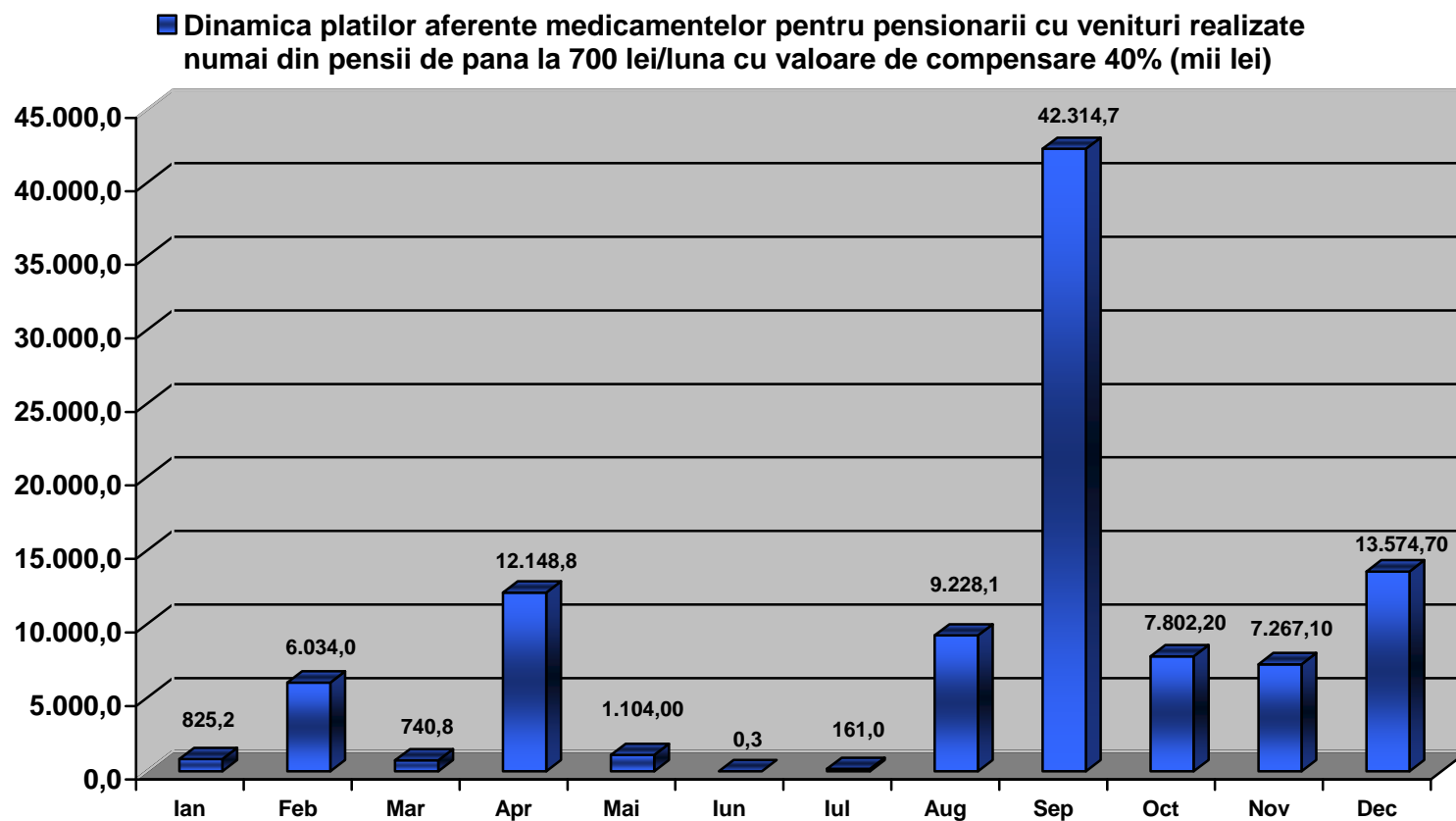
Astfel, prin Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 46/2010 *privind unele masuri financiare în domeniul sănătății*, se autorizează CNAS și casele de asigurări de sănătate să încheie angajamente legale suplimentare în anul 2010, în limita sumei totale de **500** milioane lei, pentru achiziționarea de medicamente cu și fără contribuție personală acordate în ambulatoriu, în condițiile stabilite prin Contract-cadru *privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010* aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 262/2010

Grafic dinamica **consumului lunar** în anul 2010 aferente medicamentelor cu și fără contribuție personală este următoarea:

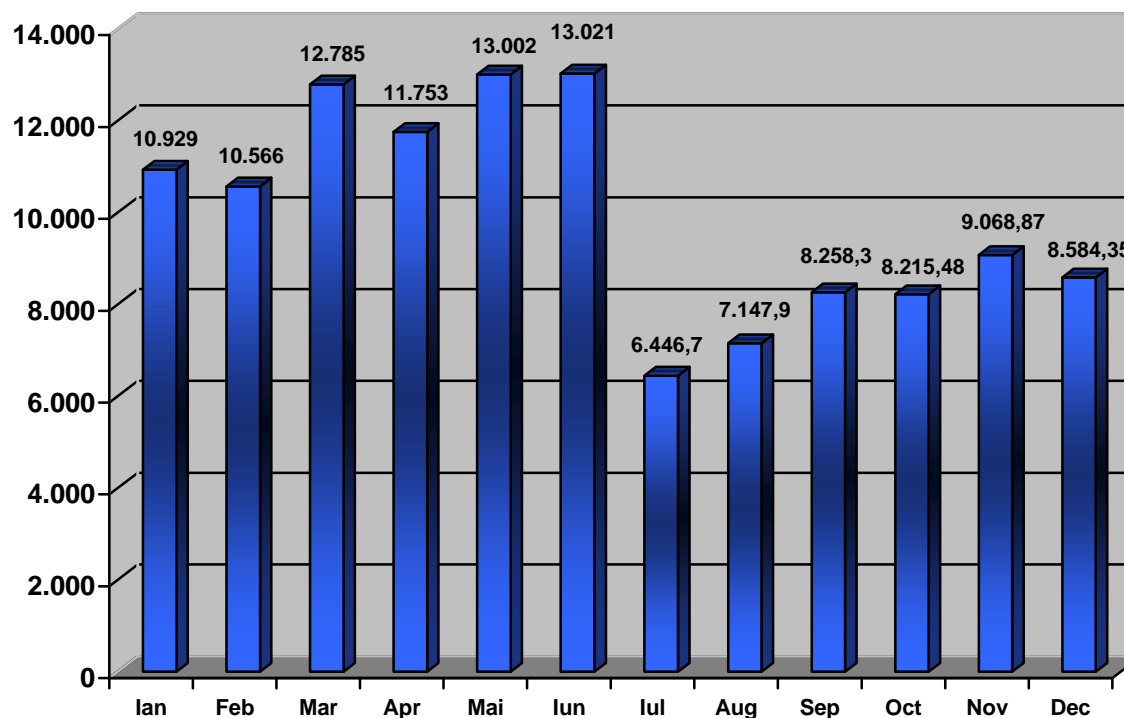


Fondurile alocate în anul 2010 pentru medicamente pentru pensionarii cu venituri realizate numai din pensii de pana la 700 lei/luna cu valoare de compensare 40% prevăzute a se finanța din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, prin transferuri către FNUASS au fost in sumă de **101.200** mii lei, din care s-au efectuat plăți în sumă de **101.200** mii lei, reprezentând **100 %** din prevederile aprobate.

Grafic evoluția în dinamica a **plăților lunare** în anul 2010 aferente **medicamentelor pentru pensionarii** cu venituri realizate numai din pensii de pana la 700 lei/luna cu valoare de compensare 40% prevăzute a se finanța din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, prin transferuri către Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate este următoarea:



■ **Dinamica consumului aferent medicamentelor pentru pensionarii cu venituri realizate numai din pensii de pana la 700 lei/luna cu valoare de compensare 40%**

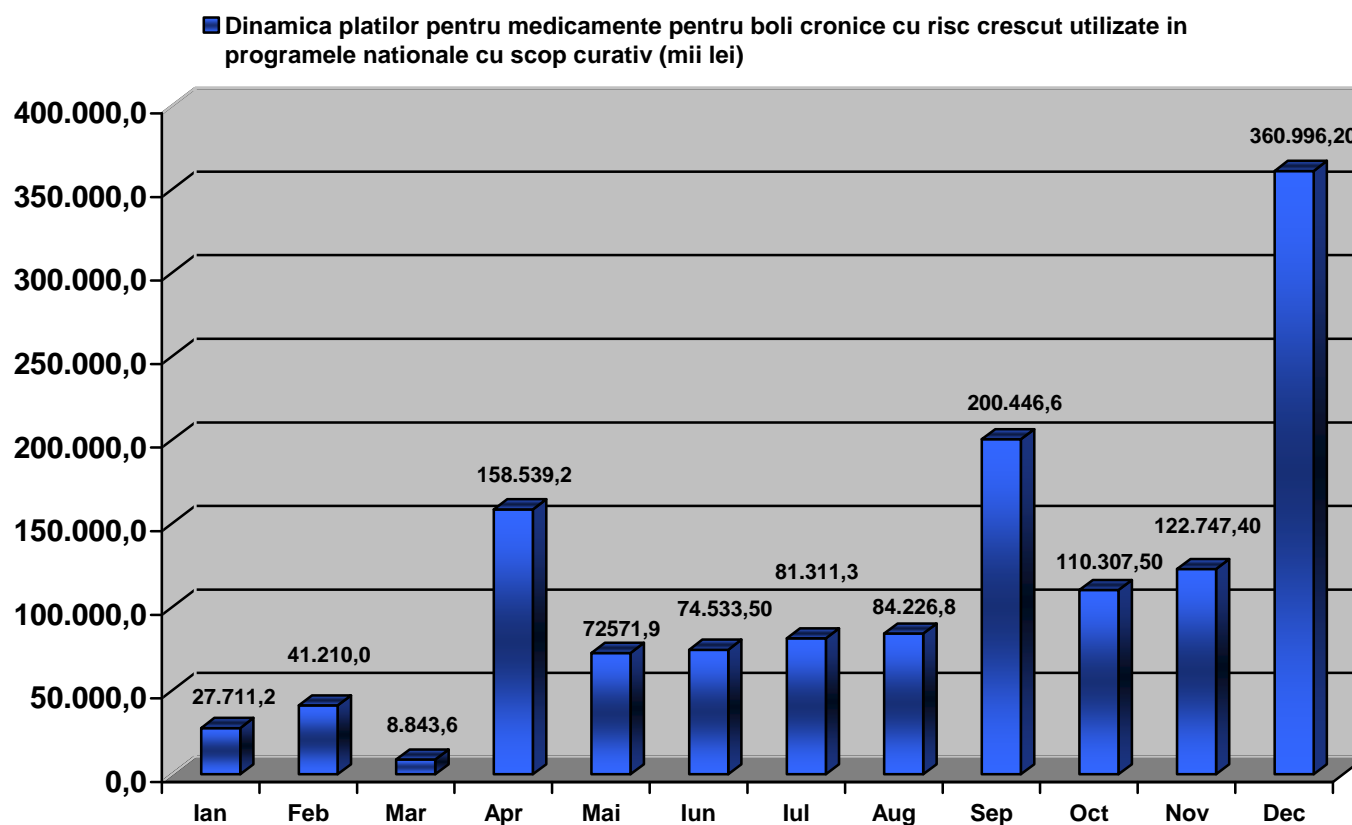


Medicamente și materiale sanitare specifice pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ

1. Fondurile alocate în anul 2010 aferente **medicamentelor pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ** au fost în sumă de **1.499.192** mii lei, din care s-au efectuat plăți în sumă de **1.343.445** mii lei, reprezentând **89,61%** din prevederile aprobate.

Din totalul plăților realizate în această perioadă pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ le revin o pondere de **8,34%**. În cadrul plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, plățile la medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ dețin o pondere de **26,42%**.

Grafic evoluția în dinamica a plăților lunare în anul 2010 aferente medicamentelor pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ este următoarea:

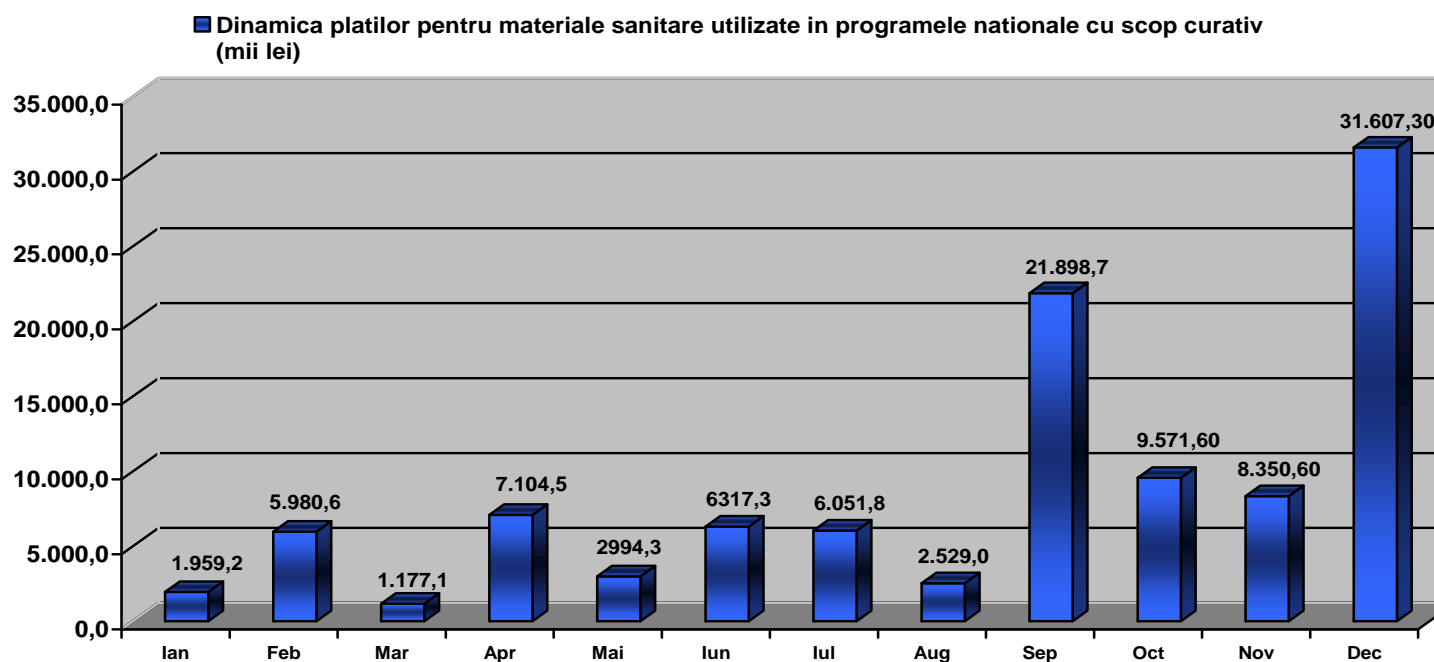


Comparativ cu anul 2009, fondurile alocate la medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ în **anul 2010** au fost cu **783.547** mii lei mai mari respectiv cu **35,91%**.

2. Fondurile alocate în anul 2010 aferente materialelor sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ au fost în sumă de **150.559** mii lei, din care s-au efectuat plăți în sumă de **105.542** mii lei, reprezentând **70,10%** din prevederile aprobate.

Din **totalul plăților** realizate în anul 2010 pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului aferent **materialelor sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ** îi revin o pondere de **0,66%**. În cadrul **plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale**, plățile pentru materiale sanitare specifice utilizate în **programele naționale cu scop curativ** dețin o pondere de **2,08%**.

Evoluția în dinamica a plăților lunare în anul 2010 aferente materialelor sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ este următoarea:



Comparativ cu anul **2009**, fondurile alocate la materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ în anul **2010** au fost cu **26.481 mii lei mai mici** respectiv cu **20,06%** .

Pe fiecare program de sănătate plățile realizate în anul 2009 față de prevederile aprobate se prezintă astfel:

- mii lei-

Denumire indicator	Credite bugetare an 2010	Realizări an 2010	Procent de realizare an 2010 față de credite bugetare aprobate an 2010 (%)
Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ, din care:	1.499.191,86	1.343.445,31	89,61%
Subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoza	11.625,48	11.441,25	98,42%
Subprogramul de tratament si monitorizare a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere	177.740,55	177.372,84	99,79%
Programul național de oncologie	752.707,66	688.101,42	91,42%
Programul național de diagnostic si tratament pentru boli rare si sepsis	153.154,02	76.846,38	50,18%
Program național de diabet zaharat	347.644,39	344.443,84	99,08%
Programul național de terapie intensiva a insuficientei hepatice	310,00	39,19	12,64%
Programul național de boli endocrine	4.276,30	4.256,40	99,53%
Programul național de transplant de organe, țesuturi si celule de origine umana	51.733,46	40.943,99	79,14%
Materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ, din care:	150.558,89	105.541,95	70,10%
Subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoza	4.039,52	4.002,25	99,08%
Subprogramul de tratament si monitorizare a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere	1.828,00	1.827,1	99,95%
Programul național de boli cardiovasculare	72.360,00	34.708,00	47,97%
Programul național de ortopedie	26.826,88	26.814,59	99,95%
Program național de diabet zaharat	36.098,15	33.372,02	92,45%
Programul național de boli neurologice	4.351,89	3.554,00	81,67%
Programul național de diagnostic si tratament pentru boli rare si sepsis	3.712,00	0	0,00%
Programul național de terapie intensiva a insuficientei hepatice	1.342,45	1.263,99	94,16%

Realizările în anul 2010 la „Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ” au fost în procent de **89,61%**.

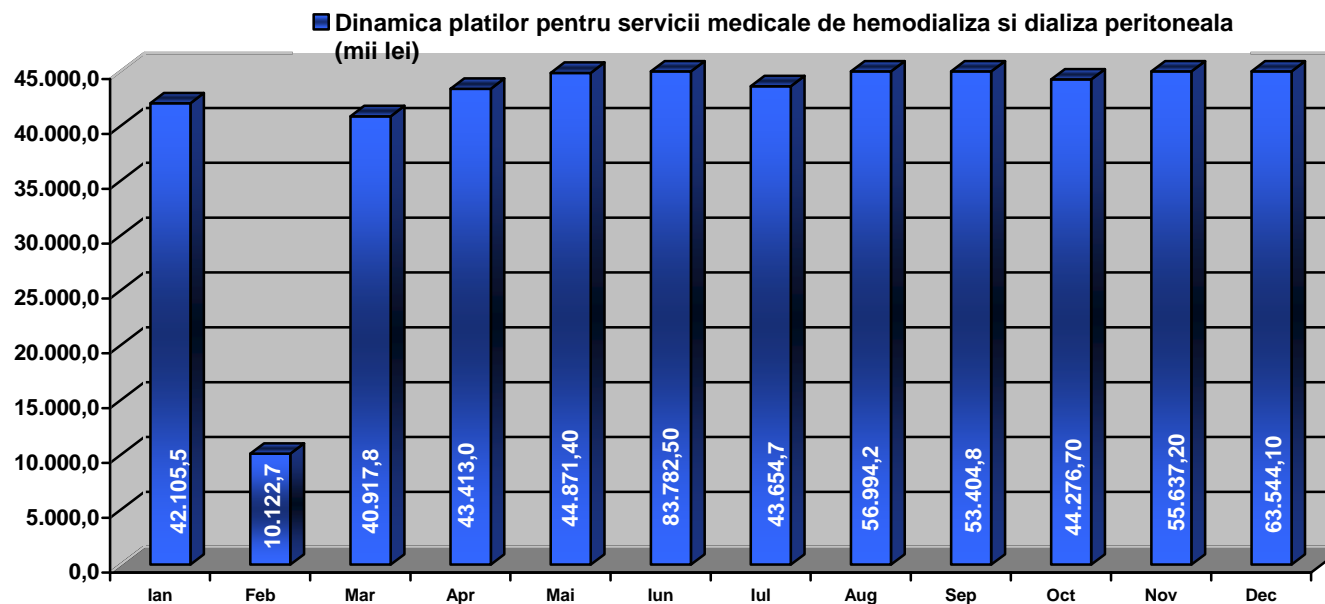
Realizările în anul 2010 la „Materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ”, au fost în procent de **70,10%**.

Servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală

Fondurile alocate în anul **2010** pentru servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală au fost în sumă de **584.475** mii lei, din care s-au efectuat plăți în sumă de **582.725** mii lei, reprezentând **99,70%** din prevederile aprobate.

Din totalul plăților realizate în anul **2010** pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului aferent serviciilor medicale de hemodializă și dializă peritoneală îi revine o pondere de **3,62%**. În cadrul plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, plățile pentru serviciile medicale de hemodializă și dializă peritoneală dețin o pondere de **11,46%**.

Grafic evoluția în dinamica a plăților lunare în anul 2010 serviciilor medicale de hemodializă și dializă peritoneală este următoarea:



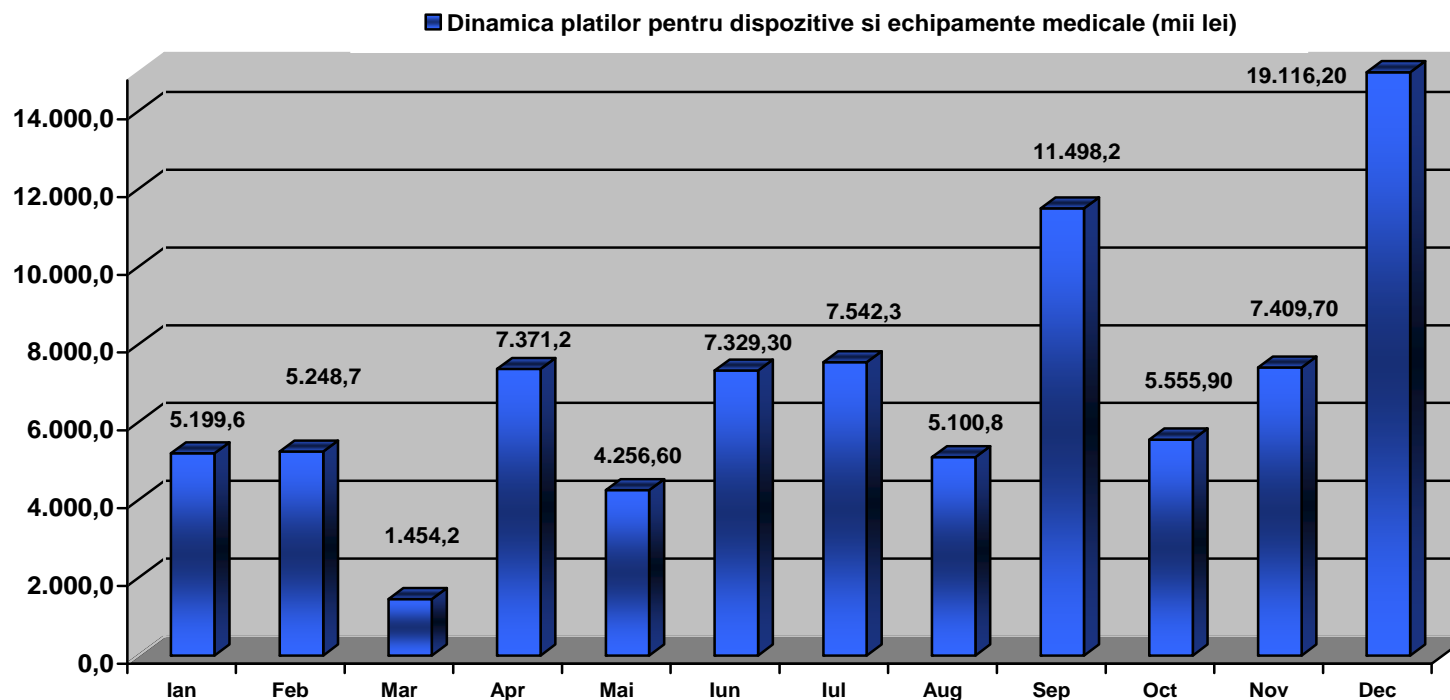
Comparativ cu aceeași perioadă a anului 2009, plățile pentru servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală au crescut cu **18,61%**, respectiv cu **91.439** mii lei.

Dispozitive și echipamente medicale

Fondurile alocate în anul 2010 pentru dispozitive și echipamente medicale au fost în sumă de **87.217** mii lei, din care s-au efectuat plăți în suma de **87.083** mii lei, reprezentând **99,85%** din prevederile aprobate.

Din totalul plăților realizate în anul 2010, pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului aferent dispozitivelor și echipamentelor medicale îi revine o pondere de **0,54%**. În cadrul plăților pentru produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale, plățile pentru dispozitive și echipamente medicale dețin o pondere de **1,71%**.

Grafic evoluția în dinamica a plăților lunare în anul 2010, aferente dispozitivelor și echipamentelor medicale este următoarea:



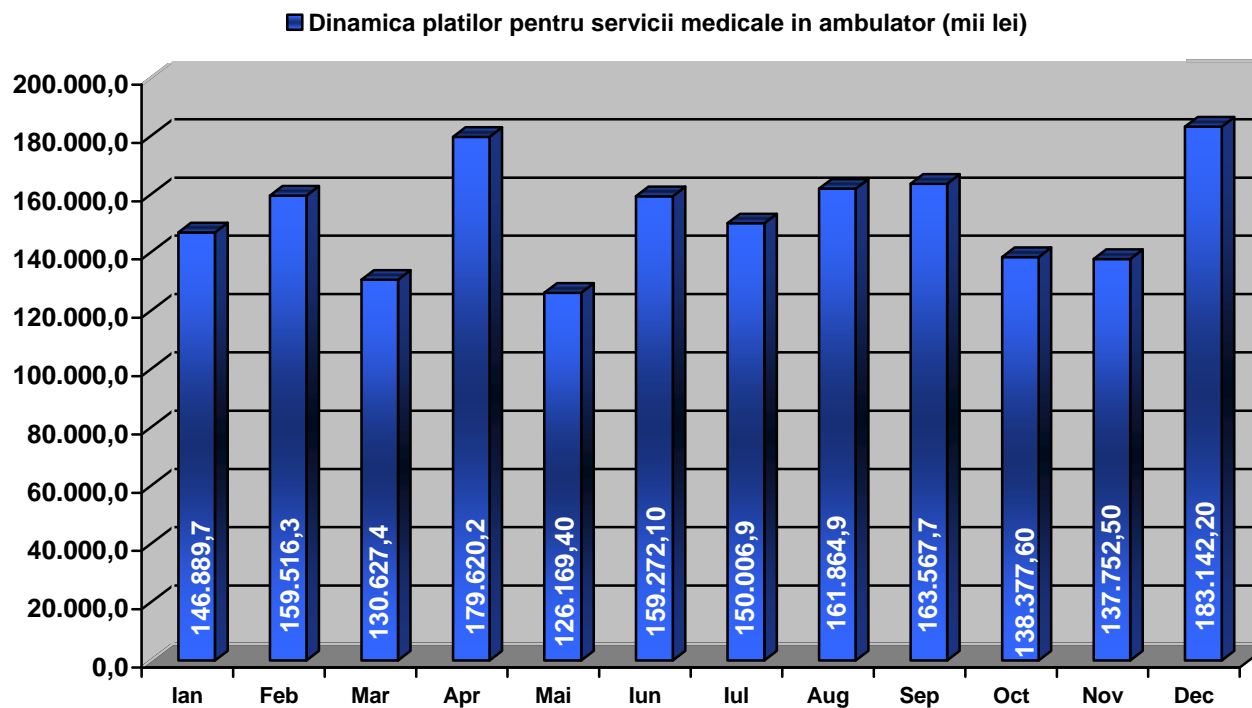
Comparativ cu aceeași perioadă a anului 2009, plățile aferente dispozitivelor și echipamentelor medicale au scăzut cu 8.135 mii lei, respectiv cu 8,54%.

Serviciile medicale în ambulatoriu

Fondurile alocate în anul 2010 pentru acest domeniu au fost în sumă de **1.837.869** mii lei, din care s-au efectuat plăți în sumă de **1.836.807** mii lei, reprezentând **99,94%** din prevederile aprobate.

Din totalul plăților realizate în această perioadă pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului aferent serviciilor medicale în ambulatoriu îi revine o pondere de **11,41%**.

Grafic evoluția în dinamica a plăților lunare în anul 2010, aferente serviciilor medicale în ambulatoriu se prezintă astfel:



În cadrul acestui subcapitol, fondurile utilizate pe fiecare paragraf se prezintă astfel:

- asistență medicală primară: **1.100.946** mii lei;
- asistență medicală pentru specialități clinice: **289.418** mii lei;
- asistență medicală stomatologică: **58.749** mii lei;
- asistență medicală pentru specialități paraclinice: **314.059** mii lei;
- asistență medicală în centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare): **73.635** mii lei.

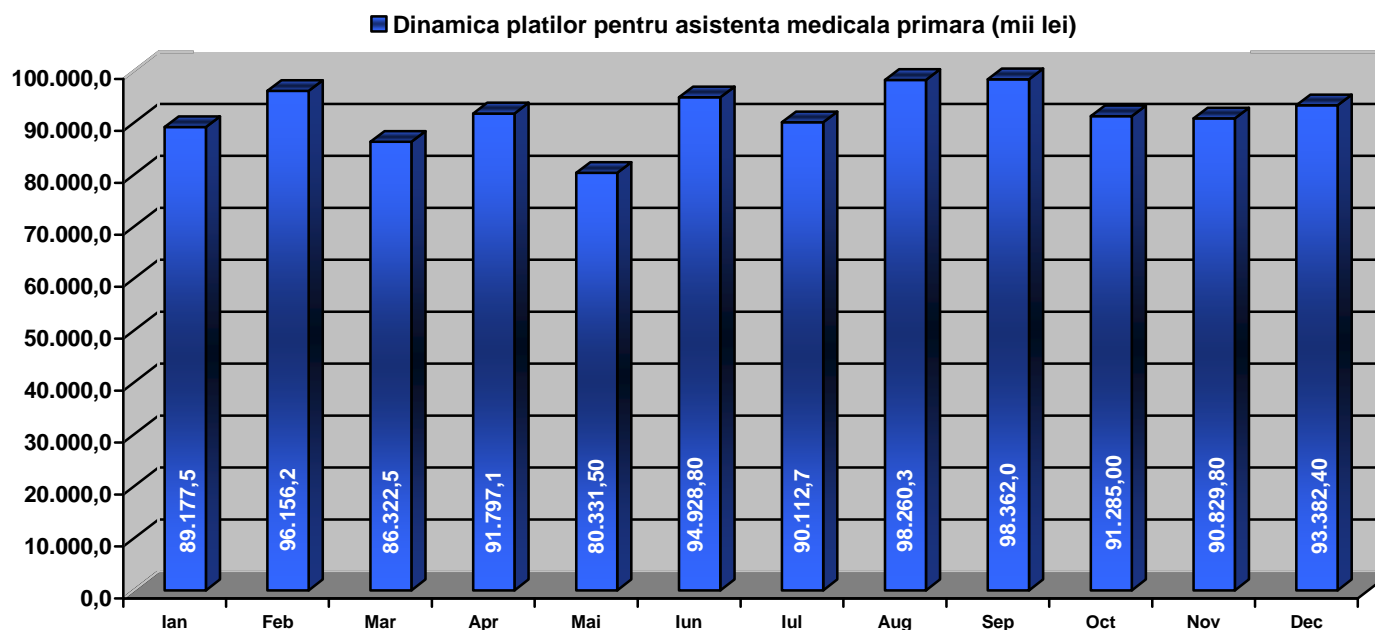
Asistență medicală primară

Fondurile alocate în anul 2010 pentru acest domeniu de asistență medicală au fost în sumă de **1.100.976** mii lei, din care s-au efectuat plăți totale în sumă de **1.100.946** mii lei, reprezentând **100 %** din prevederile aprobate.

Din totalul plăților realizate în această perioadă pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului de asistență medicală primară îi revine o pondere de **6,84%**.

În cadrul plăților pentru servicii medicale în ambulatoriu, plățile pentru asistență medicală primară dețin o pondere de **59,94%**.

Evoluția în dinamica a plăților lunare pentru acest domeniu de asistență medicală se prezintă grafic astfel :



Comparativ cu anul 2009, plățile pentru asistență medicală primară pentru plata „per capita” și pe serviciu au scăzut cu **4.318** mii lei, respectiv cu **0,39%**.

Modalitățile de plată în asistența medicală primară sunt: plata „per capita” prin tarif pe persoana asigurată, conform listei proprii de asigurați și plata prin tarif pe serviciu medical, pentru unele servicii medicale prevăzute în pachetul de servicii de bază ce se acorda asiguraților din lista proprie, pentru serviciile medicale prevăzute în pachetul minimal de servicii medicale și în pachetul de servicii medicale pentru persoanele care se asigura facultativ, precum și pentru serviciile medicale acordate cetățenilor statelor membre ale Uniunii Europene titulari ai cardului european.

Situația comparativă a valorilor definitive ale punctelor în asistența medicală primară în anul 2010 comparativ cu anul 2009 se prezintă astfel:

Valorile definitive ale punctelor în asistenta medicala primara	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV
Per capita (an 2009) – lei	4,61	4,10	4,10	4,25
Per capita (an 2010) – lei	4,10	4,50	4,50	4,50
Procent de creștere/scădere a valorii punctului an-2010 față de an-2009	-11,07%	9,76%	9,76%	5,89%
Numărul total de puncte efectiv realizate per capita (an-2009)	57.077.34 8,71	56.904.841, 44	56.883.086, 41	56.802.4 65,76
Numărul total de puncte efectiv realizate per capita (an-2010)	56.954.44 3,18	45.228.089, 37	46.160.773, 41	46.512.4 04,76
Procent an-2010 față de an-2009 (număr puncte)	-0,22%	-20,52%	-18,85%	-18,12%

Valorile definitive ale punctelor în asistenta medicala primara	Trim. I	Trim. II	Trim. III	Trim. IV
Per serviciu (an-2009) – lei	3,25	1,83	1,83	1,50
Per serviciu (an-2010) – lei	1,50	1,20	0,93	0,94
Procent de creștere/scădere a valorii punctului an- 2010 față de an-2009	-53,85%	-34,43%	-49,18%	-37,34%
Numărul total de puncte efectiv realizate pe serviciu (an-2009)	20.377.607,97	14.093.672,99	14.075.386,91	17.937.485,15
Numărul total de puncte efectiv realizate pe serviciu (an-2010)	18.550.098,39	60.306.481,57	62.287.279,82	65.873.985,00
Procent an 2010 față de an 2009 (număr puncte)	-8,97%	327,9%	342,53%	256,10%

CNAS a fost instituția care a înțeles și a promovat conceptul de calitate a serviciilor medicale furnizate asiguraților, depunând eforturi continue pentru responsabilizarea tuturor factorilor implicați în procesul de îmbunătățire continuă a calității.

De menționat că valorile definitive ale punctului sunt influențate și de numărul de puncte realizat în semestrul respectiv.

Având în vedere cele mai sus menționate, s-a urmărit eficientizarea sistemului de asistență medicală primară, prin:

- realizarea echilibrului între resursele alocate și gradul de satisfacție al pacienților privind serviciile medicale furnizate de către medicii de familie;
- asigurarea continuității în asistență medicală primară prin centrele de permanență care să permită asiguraților din zone defavorizate accesul la servicii medicale ;
- evaluarea în raport cu performanțele profesionale, a calității serviciilor medicale furnizate și costurile aferente acestora;
- continuarea derulării unor programe de sănătate cu scop curativ și prin medicul de familie, realizând astfel o monitorizare corectă a unor boli cronice cu impact major în starea de sănătate a populației.

Asistența medicală pentru specialități clinice

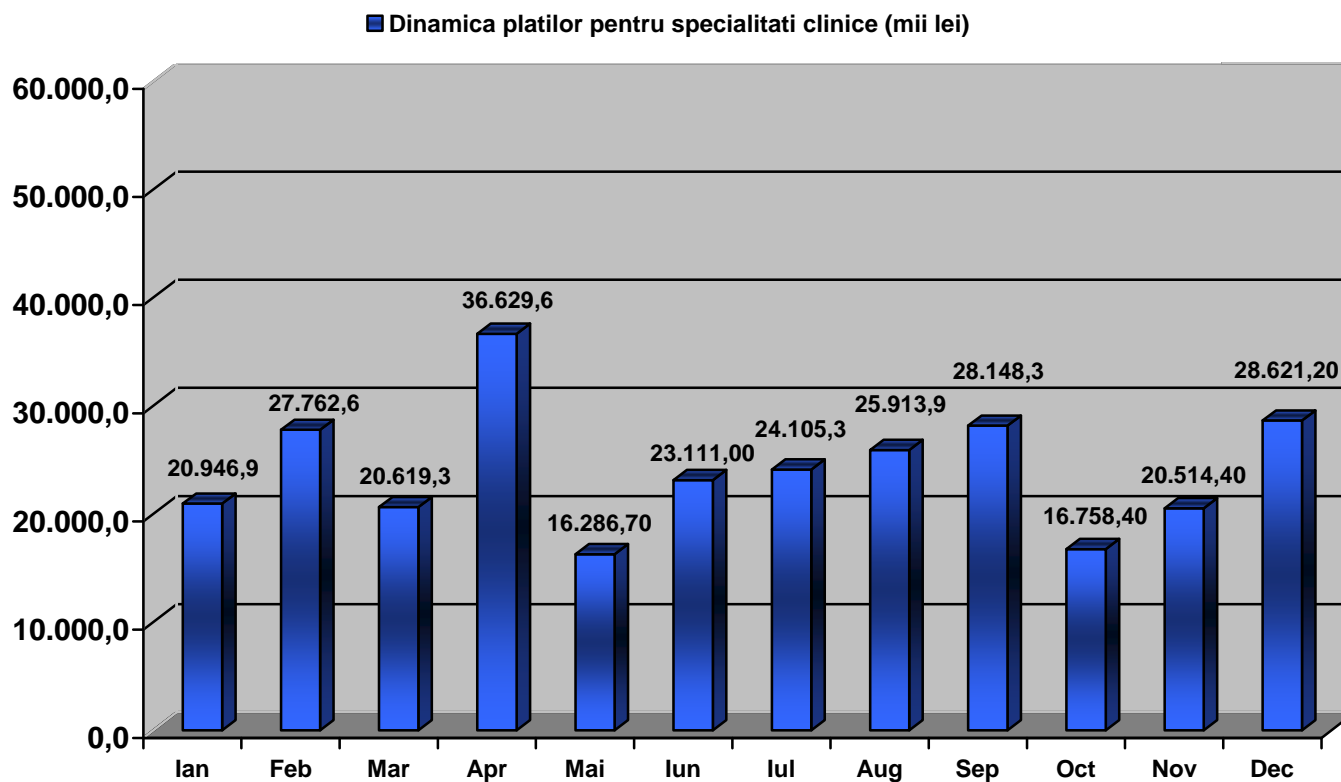
Fondurile alocate în anul 2010 pentru acest domeniu de asistență medicală sunt în sumă de **289.418** mii lei.

Din aceste fonduri au fost efectuate plăți totale în sumă de **289.418** mii lei, reprezentând **100 %** din prevederile aprobate.

Din totalul plăților realizate în această perioadă pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului de asistență medicală pentru specialități clinice îi revine o pondere de **1,80%**.

În cadrul plăților pentru servicii medicale în ambulatoriu, plățile aferente asistentei medicale pentru specialități clinice dețin o pondere de **15,76%**.

Grafic evoluția în dinamica a plăților lunare pentru acest domeniu de asistență medicală este următoarea :



Comparativ cu anul 2009, plățile pentru asistență medicală pentru specialități clinice au scăzut cu **32.520** mii lei, respectiv cu **10,10%**.

Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau în lei.

Situația comparativă a valorilor definitive ale punctelor în asistență medicală pentru specialități clinice în anul 2010 comparativ cu aceeași perioadă a anului 2009 se prezintă astfel:

Valorile definitive ale punctelor în asistenta medicala pentru specialități clinice	Trim. I	Trim. II – aprilie	Trim. II – mai- iunie	Trim. III	Trim. IV
Valoare an 2009 – lei	0,78	0,70		0,70	0,85
Valoare an 2010 – lei	0,70	0,97	1,20	0,93	0,94
Procent de creștere/scădere a valorii punctului an 2010 față de an 2009	-10,26%			32,86%	10,59%
Numărul total de puncte efectiv realizate an 2009	114.449.437,48	101.939.366,46		101.695.891,73	103.203.537,68
Numărul total de puncte efectiv realizate an 2010	114.569.480,38	21.861.617,42	43.094.108,40	59.007.955,62	65.223.309,96
Procent de creștere/scădere a numărului de puncte an 2010 față de an 2009	0,11%			-41,98%	-36,81

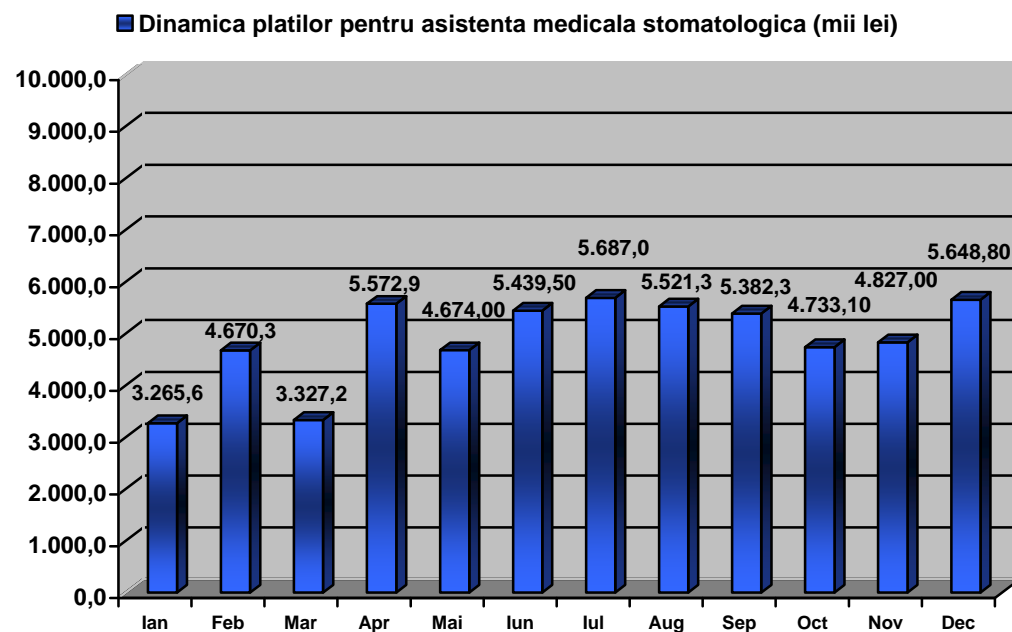
Asistență medicală ambulatorie stomatologică

Prevederea aprobată pentru anul 2010 a fost în sumă de **58.764** mii lei, din care au fost efectuate plăți în valoare de **58.749** mii lei, rezultând un procent de realizare de **99,97%**.

Domeniul de asistență medicală ambulatorie stomatologică reprezintă **1,80%** din totalul plăților pentru servicii medicale și medicamente realizate în anul 2010.

În cadrul plăților pentru servicii medicale în ambulatoriu, plățile aferente asistentei medicale stomatologice dețin o pondere de **15,76%**.

Grafic evoluția în dinamica a plăților lunare pentru acest domeniu de asistență medicală se prezintă astfel:



Comparativ cu anul 2009, plățile pentru asistența medicală stomatologică au scăzut cu **3.985** mii lei, respectiv cu **6,35%**.

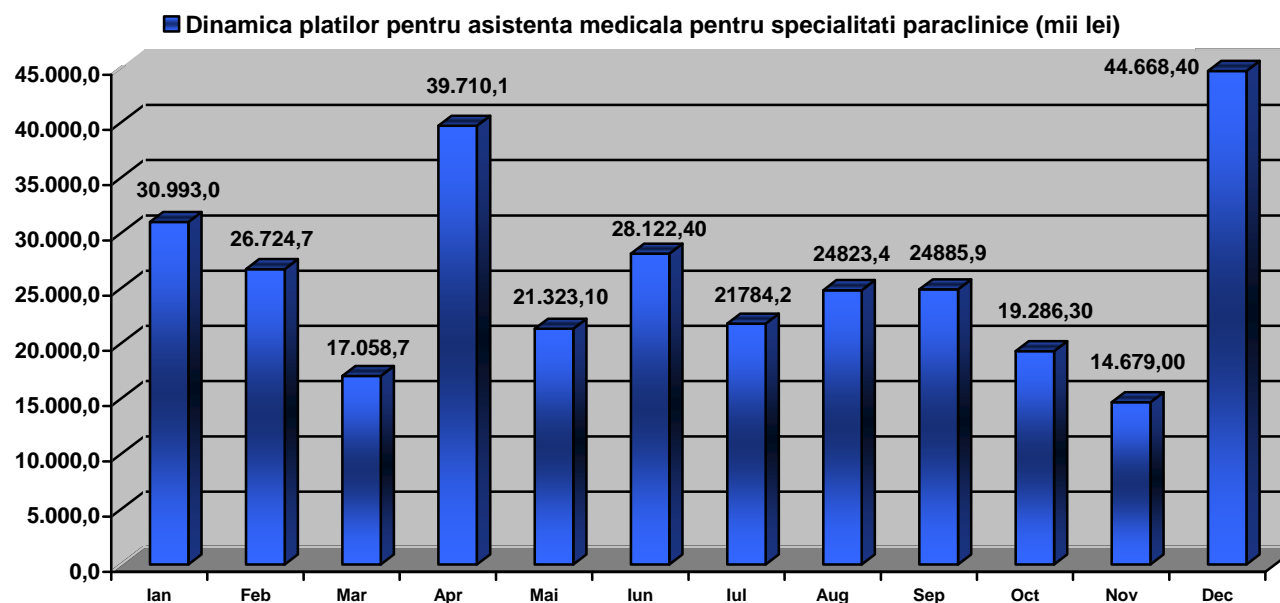
Asistența medicală ambulatorie pentru specialități paraclinice

În acest domeniu de asistență medicală, **prevederile** pentru anul 2010 au fost în sumă de **315.013 mii lei**, iar plățile în sumă de **314.059 mii lei**, reprezentând **99,70%** din prevederi.

Ponderea acestui domeniu de asistență în totalul plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, în anul 2010 este de **1,95%**.

În totalul plăților pentru servicii medicale în ambulatoriu, plățile aferente asistentei medicale pentru specialități paraclinice dețin o pondere de **17,10%**.

Grafic evoluția în dinamica a plăților lunare pentru acest domeniu de asistență medicală se prezintă astfel:



Comparativ cu anul 2009, plățile aferente asistenței medicale ambulatorie pentru specialitățile paraclinice pentru activitatea curentă au scăzut cu **3,29%**, respectiv cu **10.692** mii lei.

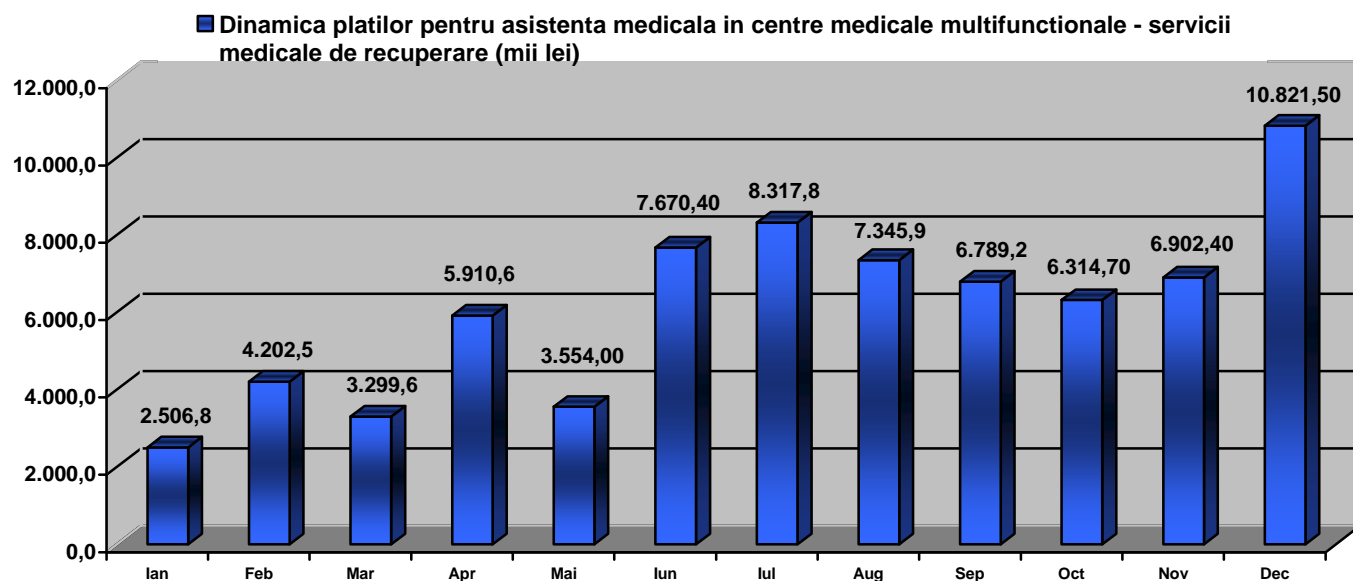
Asistența medicală în centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare)

Prevederea aprobată pentru anul 2010 a fost în sumă de **73.697** mii lei, din care au fost efectuate plăți în valoare de **73.635** mii lei, rezultând un procent de realizare de **99,92%**.

Din totalul plăților realizate în anul 2010 pentru servicii materiale și prestări servicii cu caracter medical, acestui domeniu de asistență medicală îi revine o pondere de **0,46%**.

În plățile aferente serviciilor medicale în ambulatoriu acest domeniu deține o pondere ca plăți de **4,01%**.

Grafic evoluția în dinamica a plăților lunare în anul 2010 pentru acest domeniu de asistență medicală se prezintă astfel :



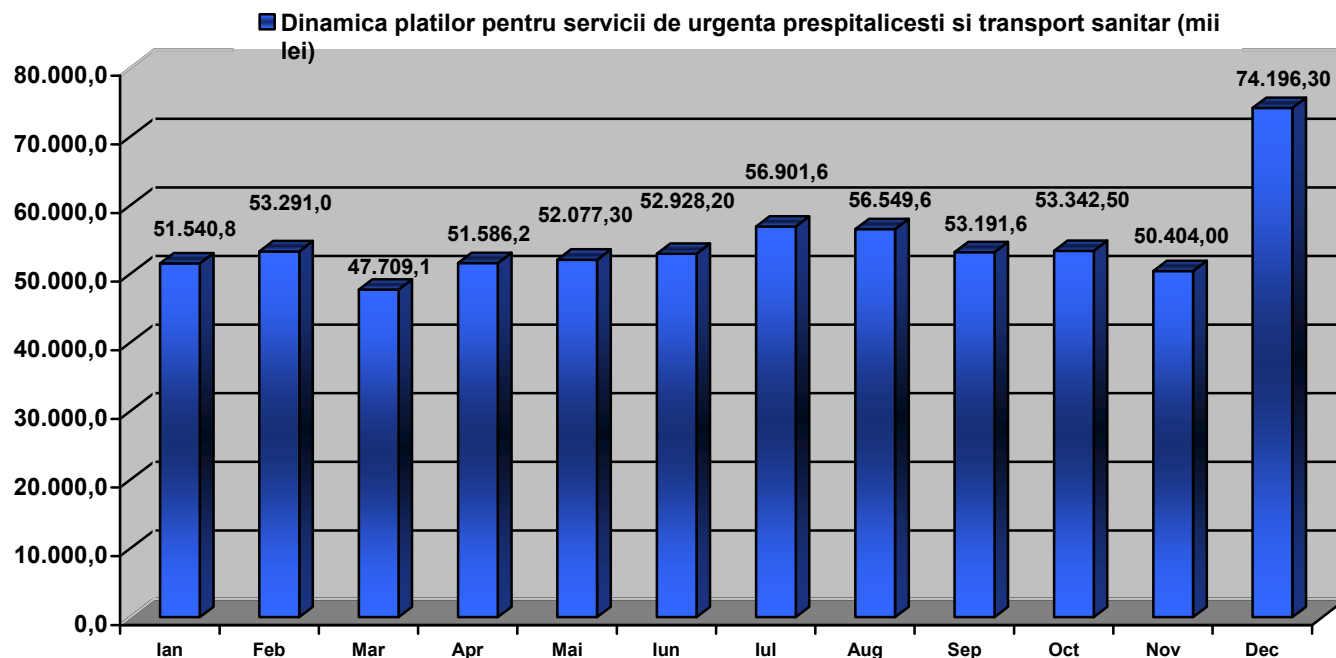
Comparativ cu aceeași perioadă a anului 2009, plățile pentru asistență medicală în centre medicale multifuncționale (servicii medicale de recuperare) **au scăzut** în anul 2010 cu **5,29%**, reprezentând în sume absolute o scădere cu **4.113** mii lei.

Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar

Pentru acest domeniu de asistență medicală a fost alocată, în anul 2010, suma de **653.718** mii lei, din care s-au efectuat plăți în valoare de **653.718** mii lei, reprezentând un procent de realizare de **100 %**.

Din totalul plăților efectuate în anul 2010 pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, acestui domeniu de asistență medicală îi revine o pondere de **4,06%**.

Dinamica plăților lunare pentru acest domeniu de asistență medicală este prezentată grafic astfel:



Serviciile medicale în unități sanitare cu paturi

Creditele bugetare alocate în anul 2010 corespunzătoare acestui domeniu de asistență medicală au fost în sumă de **8.492.007** mii lei, din care:

- activitatea curenta suma de **7.717.033,70** mii lei,
- pentru plata obligațiilor înregistrate peste termenul de scadenta si neachitate la data de 30 iunie 2010 suma de **775.235,31** mii lei

Au fost efectuate plăți în sumă de **8.491.999** mii lei, reprezentând un procent de realizare de **100 %**, din care:

- pentru activitatea curentă au fost efectuate plăți în sumă de **7.717.028,43** lei, reprezentând un procent de **100 %**,
- pentru arierate au fost efectuate plăți în sumă de **775.232,11** mii lei, reprezentând un procent de **100%**

În totalul plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, plățile aferente serviciilor medicale în unitățile sanitare cu paturi dețin o pondere de **52,73%**.

Comparativ cu anul 2009, plățile pentru asistență medicală spitalicească au crescut cu **15,98%**, reprezentând în sume absolute **1.170.238** mii lei.

În anul 2010, în cadrul plăților pentru servicii medicale în unitățile sanitare cu paturi sunt evidențiate separat:

- plățile pentru **spitale generale** – în sumă de **8.427.025** mii lei, cu un procent de realizare față de prevederi de **100 %**; acestea dețin o pondere de **52,33%** în cadrul plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical și o pondere de **99,23%**, în cadrul plăților pentru **serviciile medicale în unitățile sanitare cu paturi**.
- plățile pentru **unitățile de recuperare – reabilitare a sănătății** – în sumă de **64.982** mii lei, cu un procent de realizare față de prevederi de **100%**; acestea dețin o pondere de **0,40%** în cadrul plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical și o pondere de **0,77%**, în cadrul plăților pentru serviciile medicale în unitățile sanitare cu paturi.

*Referitor la plata obligațiilor unităților sanitare publice cu paturi, înregistrate peste termenul de scadenta și neachitate la data de 30 iunie 2010 prin O.G. nr. 18/2010 cu privire la rectificarea bugetului de stat s-a aprobat suma de **859,9** milioane lei, fără a putea fi efectuate angajamente legale noi pe baza acestei sume la nivelul unităților sanitare.*

Condițiile și modalitățile de stingere a obligațiilor de plată ale unităților sanitare cu paturi, înregistrate la data de 30 iunie 2010, au fost aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății și al președintelui CNAS.

Comisiile mixte de analiză și control de la nivelul fiecărui județ, constituite în conformitate cu prevederile actelor normative în vigoare, au efectuat controlul obligațiilor de plată peste termenul de scadenta la 30.06.2010, consemnând constatările în procesele verbale pentru sumele de plată, identificând toate facturile restante ale spitalelor.

Procesele verbale au fost transmise către Comisia centrala de analiza si evaluare a obligațiilor unitarilor sanitare publice cu paturi, numita prin Ordin al ministrului sănătății si al președintelui CNAS, care și-a desfășurat activitatea la sediul Ministerului Sănătății și a analizat procesele verbale de constatare ale comisiilor mixte de analiza si control stabilite la nivel județean si al municipiului București.

Asistența medicală spitalicească este domeniul cu cea mai mare adresabilitate din partea asiguraților, ceea ce a făcut ca o mare parte din resursele sistemului să se consume în acest sector.

Menținerea neschimbată a unor structuri organizatorice a unităților sanitare, a căror întreținere necesita resurse suplimentare, precum si ponderea mare a cheltuielilor de personal, făcând din factorul uman un element de care trebuie să se țină seama în permanență, au condus la creșterea costurilor serviciilor medicale.

În anul 2010, la asistență medicală spitalicească s-a avut în vedere monitorizarea atentă a numărului cazurilor internate în regim de spitalizare continuă și respectiv a spitalizărilor de zi, contractarea de servicii în ambulatoriul spitalului care sa permită accesul crescut al pacienților la asistenta ambulatorie de specialitate precum si o urmărire mai atenta a pacientului externat, realizând astfel accesul populației la servicii de sănătate în timp util si în condiții de eficiență economică.

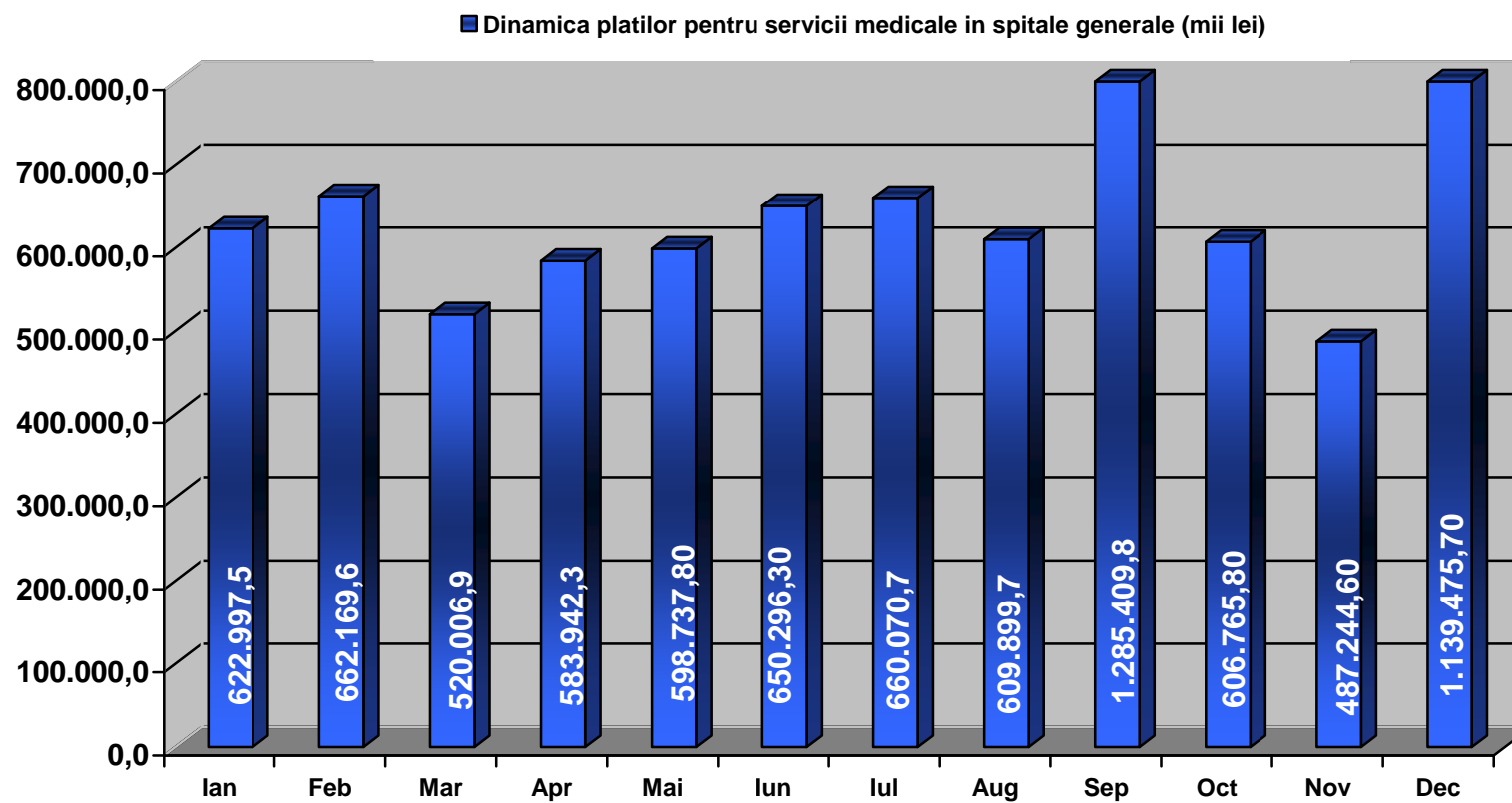
Furnizarea de servicii medicale spitalicești a fost acordată în anul 2010 în baza contractelor și a actelor adiționale încheiate de spitale cu casele de asigurări de sănătate, având în vedere indicatorii specifici ai spitalelor.

Decontarea de către casele de asigurări de sănătate a serviciilor medicale contractate cu spitalele în anul 2010 s-a efectuat astfel :

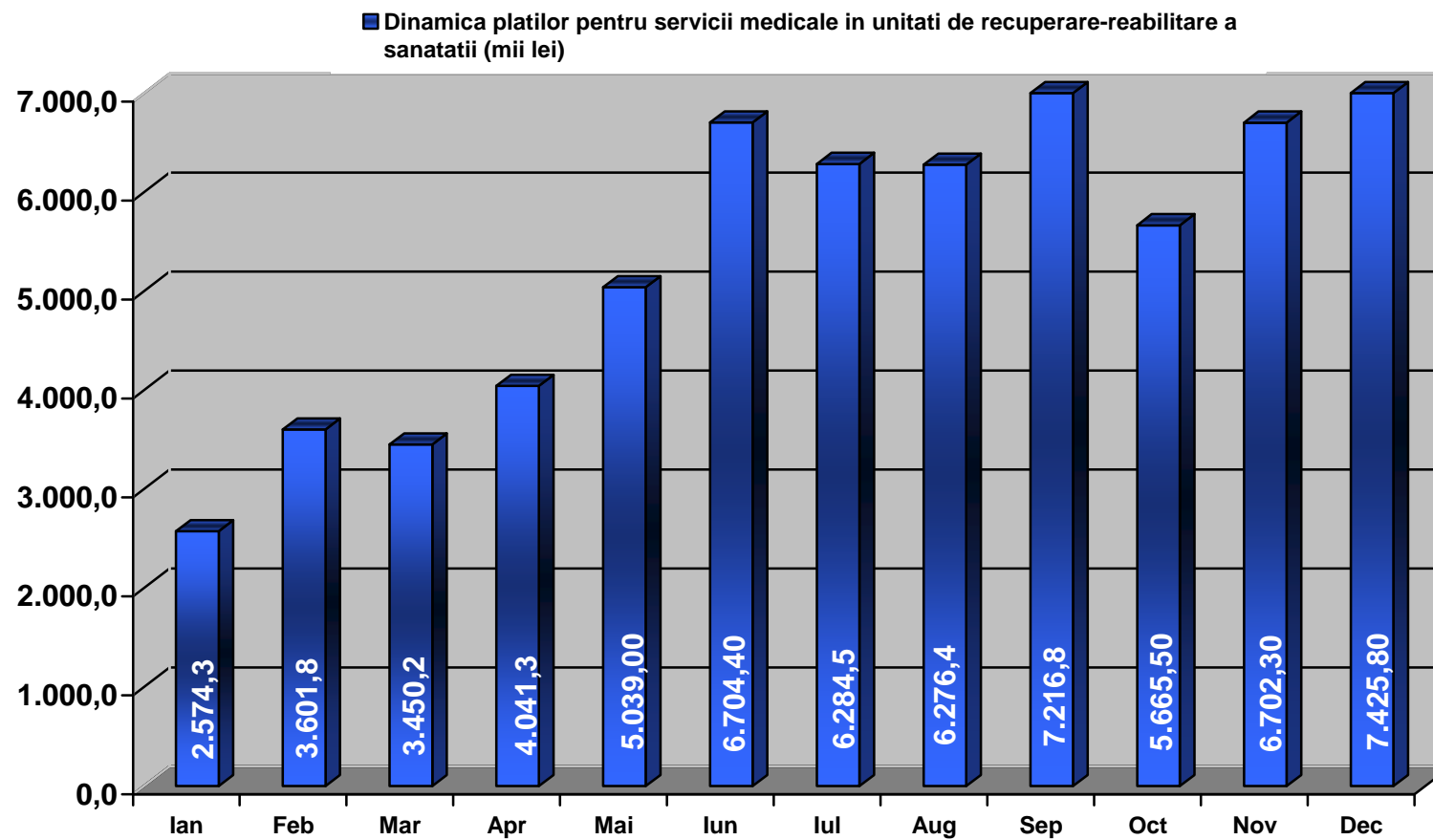
- mii lei-

Denumire indicator	Suma contractata an-2010	Suma decontata an -2010
Pentru servicii medicale spitalicești acordate în spitalele a căror plată se face pe baza indicatorului tarif pe caz rezolvat (D.R.G.)	5.250.579,28	5.101.058,31
Pentru spitalele pentru care plata se face pe tarif de zi de spitalizare (spitalele de cronici și de recuperare, precum și pentru secțiile și compartimentele de cronici, recuperare și neonatologie-prematuri - de sine stătătoare, aprobate prin ordin al ministrului sănătății în structura spitalelor - și din alte spitale)	970.761,89	937.254,86
Pentru serviciile medicale spitalicești, pentru care plata se face prin tarif mediu pe caz rezolvat, acordate pentru afecțiuni acute în spitale, altele decât cele pe D.R.G., precum și pentru servicii medicale spitalicești acordate în secțiile și compartimentele de acuți (de sine stătătoare aprobate prin ordin al ministrului sănătății în structura spitalelor) din spitalele de cronici și de recuperare	790.549,12	761.075,31
Pentru programul național cu scop curativ, pentru medicamente și materiale sanitare specifice decontate în limita sumelor aferente subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ	591.527,08	496.837,70
Pentru serviciile de hemodializa, finanțate din fondul alocat pentru serviciile de hemodializa și dializa peritoneala	103.758,57	97.716,51
Pentru serviciile medicale efectuate în cabinete medicale de specialitate în: oncologie medicală, diabet zaharat, nutriție și boli metabolice, care se afla în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, decontată din fondul alocat asistentei medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice	18.905,05	18.496,89
Pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, decontate din fondul alocat asistentei medicale spitalicești pentru serviciile medicale paraclinice	32.685,96	31.207,19
Pentru serviciile medicale efectuate în regim de spitalizare de zi pentru care plata se face prin tarif pe caz rezolvat/serviciu medical și care se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale spitalicești pe tipuri de servicii medicale, cu tariful negociat aferent acestora	436.624,76	419.321,29

Grafic evoluția în dinamica a plăților lunare în anul 2010 pentru serviciile medicale în spitalele generale se prezintă astfel:



Grafic evoluția în dinamica a plăților lunare în anul 2010 pentru serviciile medicale în unitățile de recuperare - reabilitare se prezintă astfel:



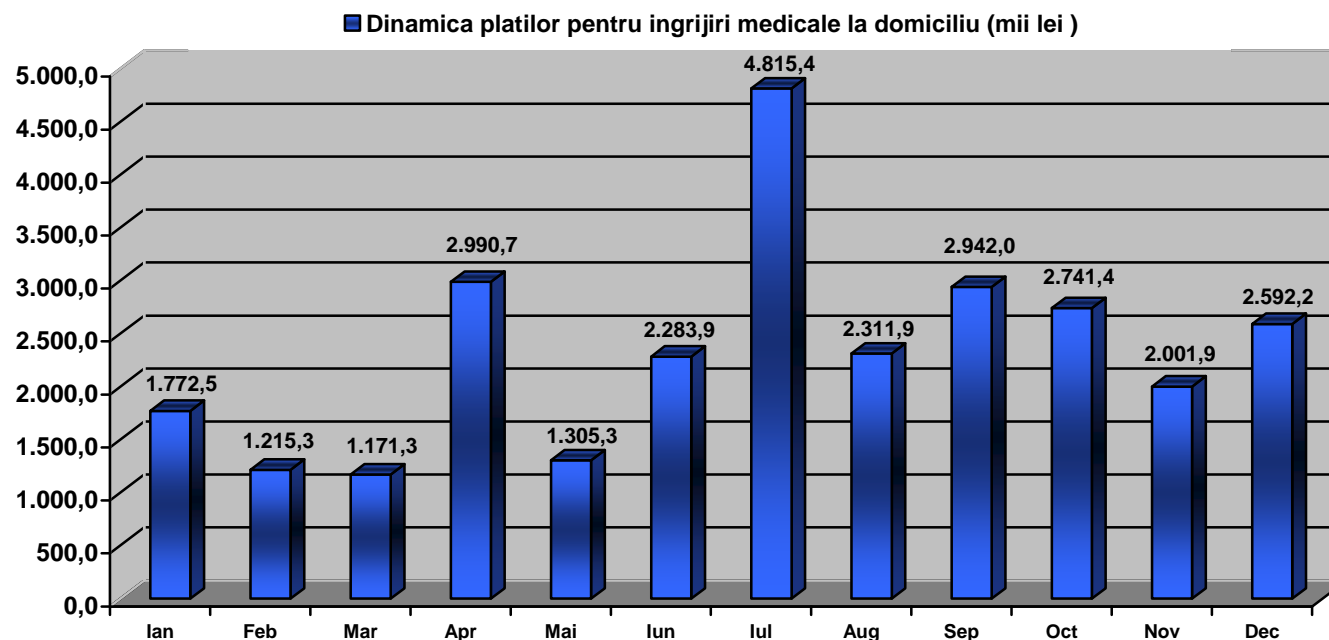
Servicii de îngrijiri medicale la domiciliu

Furnizorii de servicii de îngrijiri la domiciliu acordă servicii în cadrul unui program stabilit în conformitate cu recomandările medicilor de specialitate ținând seama de starea de sănătate a asiguratului și de gradul de dependență al acestuia și cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

Prevederile aferente în anul 2010 pentru acest domeniu de asistență medicală au fost de **28.147** mii lei, din care s-au efectuat plăți în valoare de **28.144** mii lei, reprezentând un procent de realizare de **99,99%**.

Din totalul plăților pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical realizate în anul 2010, serviciile medicale de îngrijiri la domiciliu dețin o pondere de **0,17%**.

Grafic dinamica plăților lunare pentru domeniul de asistență medicală pentru servicii și îngrijiri medicale la domiciliu se prezintă astfel :



Comparativ cu anul 2009, plățile pentru acest domeniu de asistență medicală sunt mai mari cu **9.064** mii lei, respectiv cu **47,51%**.

Prestații medicale acordate într-un stat membru al Uniunii Europene

Prevederile aferente în anul 2010 pentru acest domeniu au fost în sumă de **10.819** mii lei, din care s-au efectuat plăți în valoare de **9.785** mii lei, reprezentând un procent de realizare de **90,44%**.

Cheltuieli pentru Asigurări și Asistență Socială

Cheltuielile pentru Asigurări și Asistență Socială aprobate pentru anul 2010 sunt în suma de **1.038.816** mii lei. Realizările aferente în anul 2010 la acest capitol sunt în sumă de **1.037.723** mii lei.

Cheltuielile pentru plata drepturilor conform Ordonanței de Urgență a Guvernului nr.158/2005 sunt prevăzute, distinct la partea de cheltuieli a Bugetului FNUASS.

Cheltuielile pentru Asigurări și Asistență Socială s-au realizat astfel:

- asistență socială în caz de boli și invalidități - **655.195** mii lei,
- asistență socială pentru familie și copii - **382.626** mii lei.
- plăți efectuate în anii precedenți și recuperate în anul curent – **98** mii lei

La stabilirea fondurilor aferente cheltuielilor de administrare și funcționare s-a avut în vedere măsurile adoptate de guvern prin actele normative aprobate la sfârșitul anului 2009.

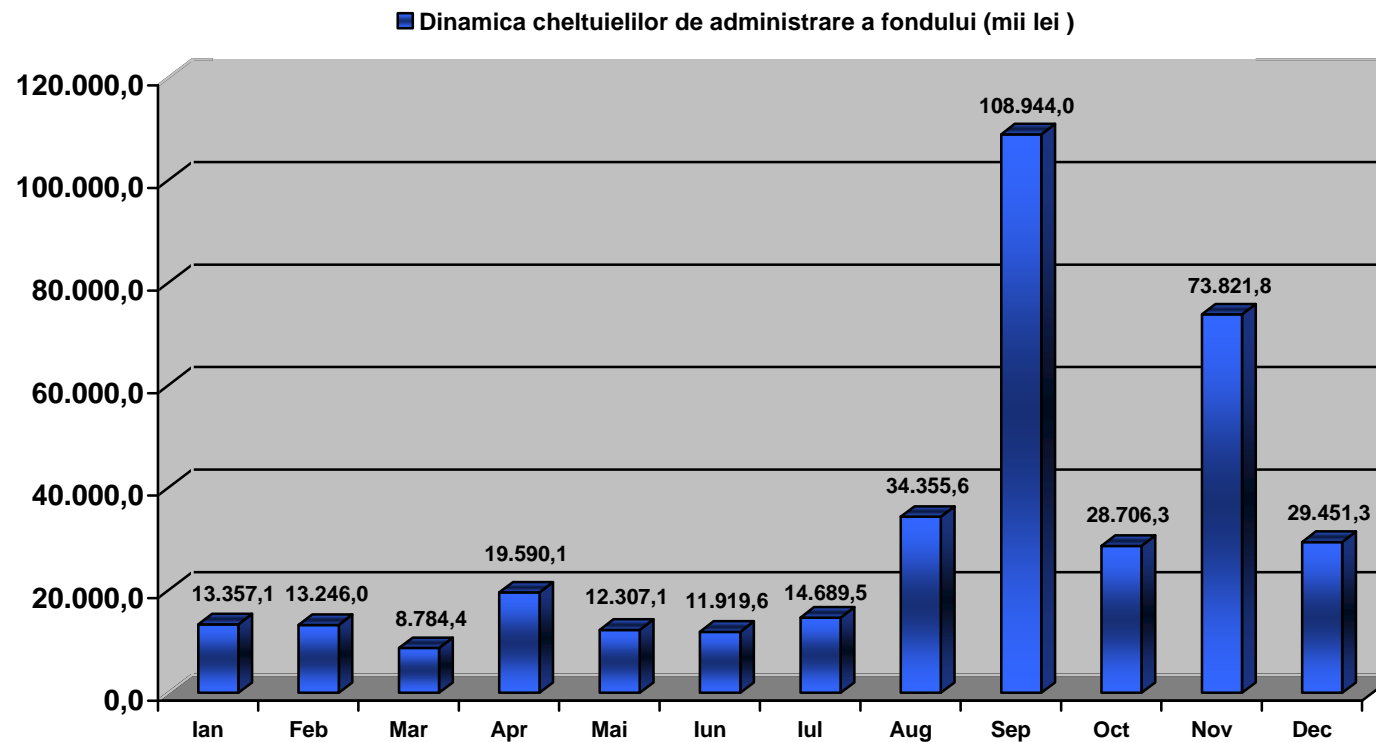
Cheltuieli de administrare și funcționare

Cheltuielile de administrare și funcționare aprobate în anul 2010 sunt în sumă de **376.736** mii lei.

Realizările aferente în anul 2010 la acest capitol sunt în sumă de **374.833** mii lei, reprezentând un procent de realizare **99,49%**.

Din totalul cheltuielilor realizate în anul 2010 cheltuielile de administrare a fondului dețin o pondere de **1,39%**.

Dinamica cheltuielilor de administrare și funcționare în anul 2010 se prezintă astfel:



În cadrul **cheltuielilor de administrare și funcționare**, ponderea fiecărui titlu este ilustrată de următoarele procente:

- **27,93%** - cheltuieli de personal;
- **14,96%** - cheltuieli materiale ;
- **53,76%** - cheltuieli de capital ;
- **3,35%** - dobânzi.

SITUAȚIA

soldului creanțelor FNUASS, reprezentând contribuții de asigurări sociale de sănătate, datorate de persoanele fizice asigurate la casele de asigurări de sănătate pe bază de contract, respectiv de persoanele fizice și juridice care au calitatea de angajatori, pentru care colectarea veniturilor se realizează de către Agenția Națională de Administrare Fiscală, în perioada 01.01.2010 - 31.12.2010

În baza prevederilor *Legii nr. 95 / 2006 privind reforma în domeniul sănătății și a Ordinului președintelui CNAS nr. 617 / 2007*, activitatea de înregistrare și evidența a declarațiilor de asigurare socială de sănătate – persoane fizice, precum și de plată a contribuțiilor de asigurări sociale de sănătate revine în sarcina caselor de asigurări de sănătate care au primit și înregistrat documentele respective.

Conform art. 27 alin.(1) din *O.G nr. 86 / 2003 privind reglementarea unor măsuri în materie financiar-fiscală, cu modificările și completările ulterioare*, începând cu data de 1 Ianuarie 2004, activitatea privind declararea, constatarea, controlul, colectarea și soluționarea contestațiilor pentru contribuția la asigurările sociale de sănătate, datorată de persoanele juridice și persoanele fizice care au calitatea de angajator, se realizează de Ministerul Finanțelor Publice și unitățile sale subordonate, care au și calitatea de creditor bugetar.

1. Evoluția soldului creanțelor datorate de persoanele fizice reprezentând contribuția de asigurări sociale de sănătate

	Soldul creanțelor la data de 01.01.2010	Creanțe noi înregistrate ÎN PERIOADA 01.01.2010 – 31.12.2010	Încasări DIN PERIOADA 01.01.2010 – 31.12.2010	Soldul creanțelor la data de 31.12.2010
Contribuții asigurați	74.424,10 mii lei	420.274,34 mii lei	343.344,78 mii lei	151.353,66 mii lei
Majorări de întârziere	79.316,70 mii lei	106.347,27 mii lei	33.821,67 mii lei	151.842,30 mii lei
TOTAL	153.740,80 mii lei	526.621,61 mii lei	377.166,45 mii lei	303.195,96 mii lei

2. Situația sumelor încasate de la persoanele fizice reprezentând contribuția de asigurări sociale de sănătate

Perioada		Suma
01.01.2010 - 31.12.2010	Contribuții asigurați	343.344,78 mii lei
	Majorări de întârziere	33.821,67 mii lei
	TOTAL	377.166,45 mii lei

3. Situația centralizată a persoanelor fizice cu debite restante și a cazurilor de executare silită demarate de casele de asigurări de sănătate, precum și încasările reprezentând sume încasate din executare silită

Perioada	Numărul mediu al persoanelor cu debite restante înregistrate la nivelul C.A.S.
01.01.2010 - 31.12.2010	192.796 persoane

Perioada		SUMA
01.01.2010 - 31.12.2010	Sume restante:	302.294,81 mii lei
	din care	
	- contribuții asigurați	150.804,83 mii lei
	- majorări de întârziere	151.489,98 mii lei

Perioada	Număr cazuri executare silită demarate
01.01.2010 - 31.12.2010	101.619 cazuri

Perioada	Sumele încasate din executare silită
01.01.2010 - 31.12.2010	53.500,20 mii lei

4. Situația persoanelor fizice asigurate la casele de asigurări de sănătate, altele decât cele pentru care colectarea veniturilor se face de Agenția Națională de Administrare Fiscală

Perioada	Număr mediu asigurați	Suma încasată
01.01.2010 - 31.12.2010	783.844	377.166,45 mii lei

5. Evoluția soldului creanțelor datorate de persoanele fizice și juridice care au calitatea de angajator, conform datelor transmise caselor de asigurări de sănătate de către A.N.A.F.

Soldul creanțelor la data de 01.01.2010	Creanțe noi înregistrate ÎN PERIOADA 01.01.2010 – 31.12.2010	Încasări DIN PERIOADA 01.01.2010 – 31.12.2010	Soldul creanțelor la data de 31.12.2010
4.799.163,57 mii lei	13.003.178,68 mii lei	12.067.941,41 mii lei	5.734.400,84 mii lei

Situația

soldului creanțelor FNUASS, reprezentând contribuția pentru concedii și indemnizații, datorată de persoanele fizice asigurate la casele de asigurări de sănătate pe bază de declarație/contract, respectiv de persoanele fizice și juridice care au calitatea de angajatori, pentru care colectarea veniturilor se realizează de către Agenția Națională de Administrare Fiscală, în perioada 01.01.2010 - 31.12.2010

În baza prevederilor *O.U.G. nr. 158 / 2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări prin Legea nr. 399 / 2006, cu modificările și completările ulterioare, și a Normelor de aplicare a O.U.G. nr. 158 / 2005, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 60 / 32 / 2006*, activitatea de înregistrare și evidența a declarațiilor de asigurare pentru concedii și indemnizații, precum și de plată a contribuțiilor pentru concedii și indemnizații revine în sarcina caselor de asigurări de sănătate care au primit și înregistrat documentele respective.

1. Situația sumelor încasate reprezentând contribuția pentru concedii și indemnizații

Perioada	Contribuabili	Suma
01.01.2010 – 31.12.2010	- persoane fizice	2.895,63 mii lei
	- angajatori	242.029,89 mii lei
	TOTAL	244.925,52 mii lei

2. Situația persoanelor fizice asigurate pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate

Categoriile asigurați	Numărul mediu al persoanelor asigurate
- notari / executori judecătorești	104 asigurați
- cabinete medicale / farmaciști	2.771 asigurați

- cabinete avocatură	373 asigurați
- experți contabili / contabili autorizați	279 asigurați
- asociați / comanditari / acționari	1.375 asigurați
- administratori / manageri	446 asigurați
- asociații familiale	2.761 asigurați
- persoane care desfășoară activități independente	6.146 asigurați
TOTAL	14.254 asigurați

3. Situația angajatorilor care depun declarații privind evidența obligațiilor de plată pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate

Categorii angajatori	Numărul mediu al angajatorilor
- Angajatori	349.844
- Instituția asimilată angajatorului conform art. 3 din Ordinul nr. 60 / 32 / 2006	42
TOTAL	349.886

4. Situația plăților efectuate de casele de asigurări de sănătate pentru concedii și indemnizații

Total sumă plătită pentru asistența socială, din care:	1.037.723 mii lei
- asistență socială în caz de boli și invaliditate	655.195 mii lei
- asistență socială pentru familie și copil	382.626 mii lei

5. Situația certificatelor de concediu medical depuse la casele de asigurări de sănătate și a numărului total de zile prestații suportate din FNUASS

Contribuabili	Număr concedii medicale	Zile prestații suportate din FNUASS
ANGAJATORI	2.925.061	20.185.389 zile
PERSOANE FIZICE	8.760	134.028 zile
TOTAL	2.933.821	20.319.417 zile

6. Situația comparativă a certificatelor de concediu medical depuse la casele de asigurări de sănătate, a zilelor de prestații suportate din FNUASS și a sumelor reprezentând indemnizații de asigurări sociale de sănătate care se suportă din FNUASS

Perioada	Număr certificate de concediu medical	Număr zile de prestații suportate din FNUASS	Total sumă de suportat din FNUASS pentru concedii și indemnizații - mii lei -
01.01.2009 – 31.12.2009	4.009.975	24.678.456	1.422.382,25
01.01.2010 – 31.12.2010	2.933.821	20.319.417	1.183.900,60
Diferență 2010 – 2009	- 1.076.154	- 4.359.039	- 238.481,65

CAPITOLUL III. SITUAȚIA PRIVIND CONTRACTAREA ȘI DECONTAREA SERVICIILOR MEDICALE, MEDICAMENTELOR ȘI A DISPOZITIVELOR MEDICALE

1. Contractarea și decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și a dispozitivelor medicale de către casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz, cu furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, analiza și evaluarea acestei activități inclusiv decontările efectuate în baza cardului european și a formularelor europene precum și activitatea privind evaluarea furnizorilor au avut în vedere următoarele acte normative:

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare
- Hotărârea de Guvern nr. 261/2010 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2010,
- Hotărârea de Guvern nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010.
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 264/2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2010, cu modificările și completările ulterioare,
- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicarea a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010
- Ordinul președintelui CNAS nr. 445/ 28 aprilie 2010 prin care s-au aprobat regulile de validare a cazurilor spitalizate în regim de spitalizare continuă și metodologia de evaluare a cazurilor invalidate pentru care se solicită revalidarea
- Ordinul președintelui CNAS nr. 615 / 30 iunie 2010 prin care s-a aprobat metoda de calcul al prețului de referință pentru medicamentele cu și fără contribuție personală prescrise în tratamentul ambulatoriu,
- Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui CNAS nr. 1.211/325/2006 pentru aprobarea regulamentelor de organizare și funcționare a comisiei naționale, a subcomisiilor naționale și comisiilor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive

medicale, de medicamente și materiale sanitare, a standardelor de evaluare, precum și a normelor metodologice pentru evaluarea furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare

- *Ordinul președintelui CNAS nr. 428/16.04.2010* prin care s-au aprobat documentele justificative privind raportarea activității realizate de către furnizorii de servicii medicale - formulare unice pe țară, fără regim special, respectiv elaborarea *Ordinului președintelui CNAS nr. 475/12.05.2010*, a *Ordinului președintelui CNAS nr. 639/16.07.2010* și a *Ordinului președintelui CNAS nr. 672/03.08.2010* prin care s-au modificat și completat prevederile *Ordinului președintelui CNAS nr. 428/16.04.2010*

2. Activități desfășurate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru susținerea procesului de evaluare, contractare și decontare a serviciilor medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale:

- Elaborarea pentru anul 2010 a formularelor de raportare necesare evaluării activității desfășurate de furnizori pe tipuri de asistență medicală
- Întocmirea documentației privind avizarea listelor de servicii medicale paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, pentru care nu există furnizori în raza administrativ teritorială a unui județ, respectiv din municipiul București, în vederea încheierii contractelor cu furnizori din alte județe, respectiv din municipiul București; Au fost întocmite documentații privind avizarea listelor de servicii medicale paraclinice din pachetul de servicii medicale de bază, pentru următoarele case de asigurări de sănătate: Alba, Arad, Argeș, Bacău, Bihor, Bistrița, Brăila, Botoșani, Buzău, Caraș, Călărași, Covasna, Dâmbovița, Galați, Giurgiu, Gorj, Harghita, Ialomița, Maramureș, Mureș, Olt, Prahova, Suceava, Teleorman, Tulcea, Vaslui, Vrancea
- Calculul valorilor definitive ale punctelor „per capita” și pe serviciu în asistența medicală primară, respectiv a punctului pe serviciu în asistența medicală din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice pentru trimestrul IV 2009, respectiv pentru trimestrele I, II și III 2010

EVALUAREA FURNIZORILOR

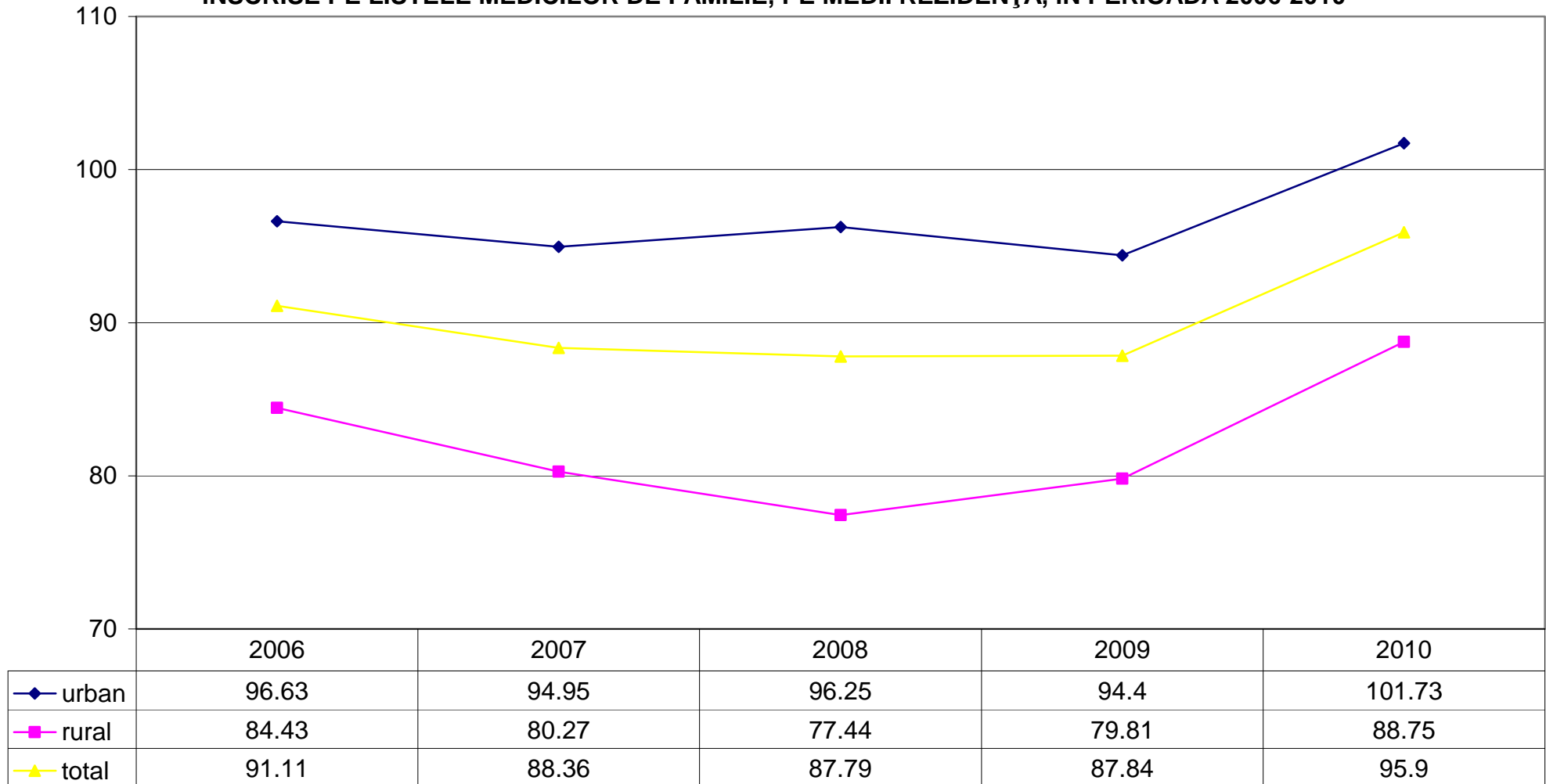
- **La nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate** s-au efectuat:
 - **129** vizite de evaluare a furnizorilor de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale
 - **41** vizite de evaluare a furnizorilor de asistență medicală de urgență prespitalicească și transport sanitar
 - **44** vizite de evaluare a unităților de dializă publice și private

- **La nivelul Subcomisiilor Naționale de Evaluare** s-au desfășurat următoarele activități:
 - Subcomisia Națională de Evaluare a Furnizorilor de Asistență Medicală de Urgență Prespitalicească și Transport Sanitar a răspuns la un număr de **20** petiții și sesizări și a analizat **41** de dosare de evaluare depuse de furnizori;
 - Subcomisia Națională de Evaluare a Unităților de Dializă Publice și Private a răspuns la un număr de **32** petiții și sesizări și a analizat **44** de dosare de evaluare depuse de furnizori;
 - Subcomisia Națională de Evaluare a Furnizorilor de Dispozitive Medicale a răspuns la un număr de **43** petiții și sesizări și a analizat **129** dosare de evaluare depuse de furnizori;
 - Subcomisia Națională de Evaluare a Farmaciilor, Subcomisia Națională de Evaluare a Furnizorilor de Îngrijiri Medicale la Domiciliu, Subcomisia Națională de Evaluare a Cabinetelor Medicale de Medicină de Familie, Cabinetelor Medicale de Specialitate, Centrelor Medicale, Centrelor de Diagnostic și Tratament și Centrelor de Sănătate, Subcomisia Națională de Evaluare a Spitalelor, Subcomisia Națională de Evaluare a Furnizorilor de Servicii Medicale Paraclinice – Analize Medicale de Laborator, Subcomisia Națională de Evaluare a Furnizorilor de Investigații Medicale Paraclinice – Radiologie și Imagistică Medicală, Subcomisia Națională de Evaluare a Cabinetelor de Medicină Dentară a răspuns la petiții și sesizări, precum și îndrumare metodologică a Comisiilor de Evaluare respective, de la nivelul caselor de asigurări de sănătate;

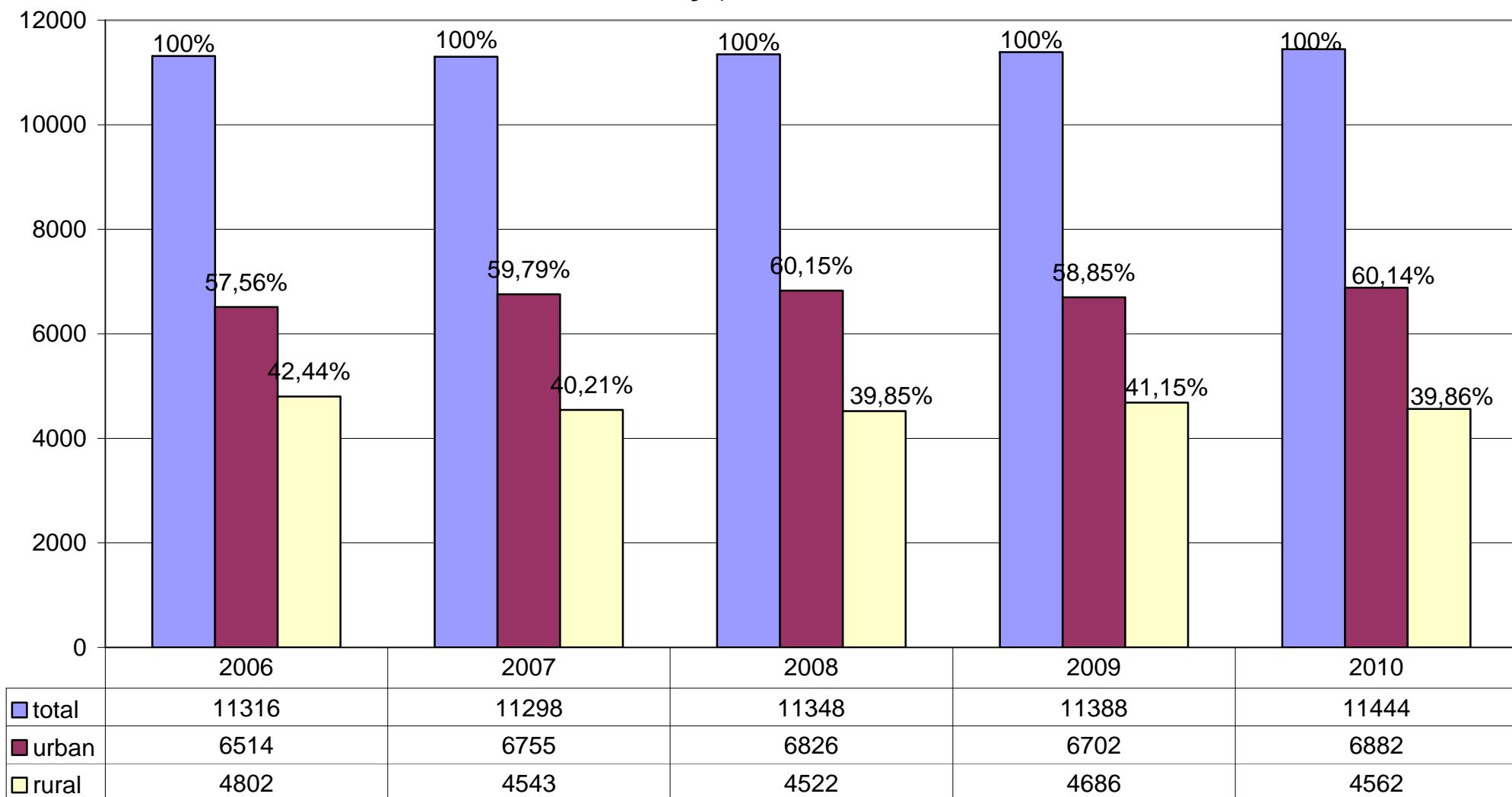
- **Ca urmare a implementării prevederilor Ordinului nr. 1165/691/2010 al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.211/325/2006, pentru aprobarea Regulamentelor de organizare și funcționare a comisiei naționale, a subcomisiilor naționale și comisiilor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, a standardelor de evaluare precum și a normelor metodologice pentru evaluarea furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, încasările în anul 2010, aferente taxelor de evaluare au fost în valoare de 2.015.320 lei.**

FURNIZAREA SERVICIILOR MEDICALE

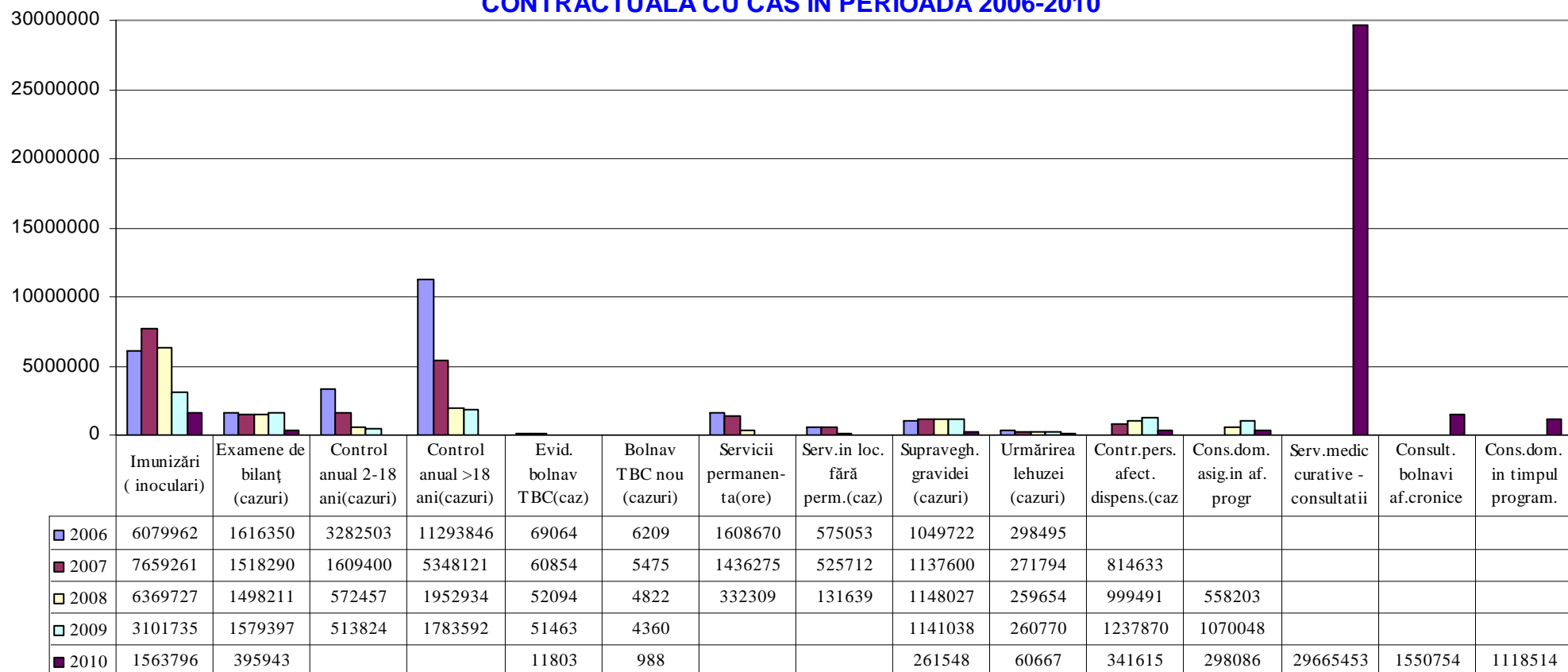
1. EVOLUȚIA PONDERII PERSOANELOR BENEFICIARE ALE PACHETELOR DE SERVICII MEDICALE, ÎNSCRISE PE LISTELE MEDICILOR DE FAMILIE, PE MEDII REZIDENȚĂ, ÎN PERIOADA 2006-2010



**2. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE MEDICI DE FAMILIE AFLATI IN RELATIE CONTRACTUALA CU CAS, PE
MEDII DE REZIDENȚĂ, ÎN PERIOADA 2006-2010**



3. EVOLUȚIA SERVICIILOR DIN PACHETUL DE BAZĂ, ACORDATE DE MEDICII DE FAMILIE ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CAS ÎN PERIOADA 2006-2010



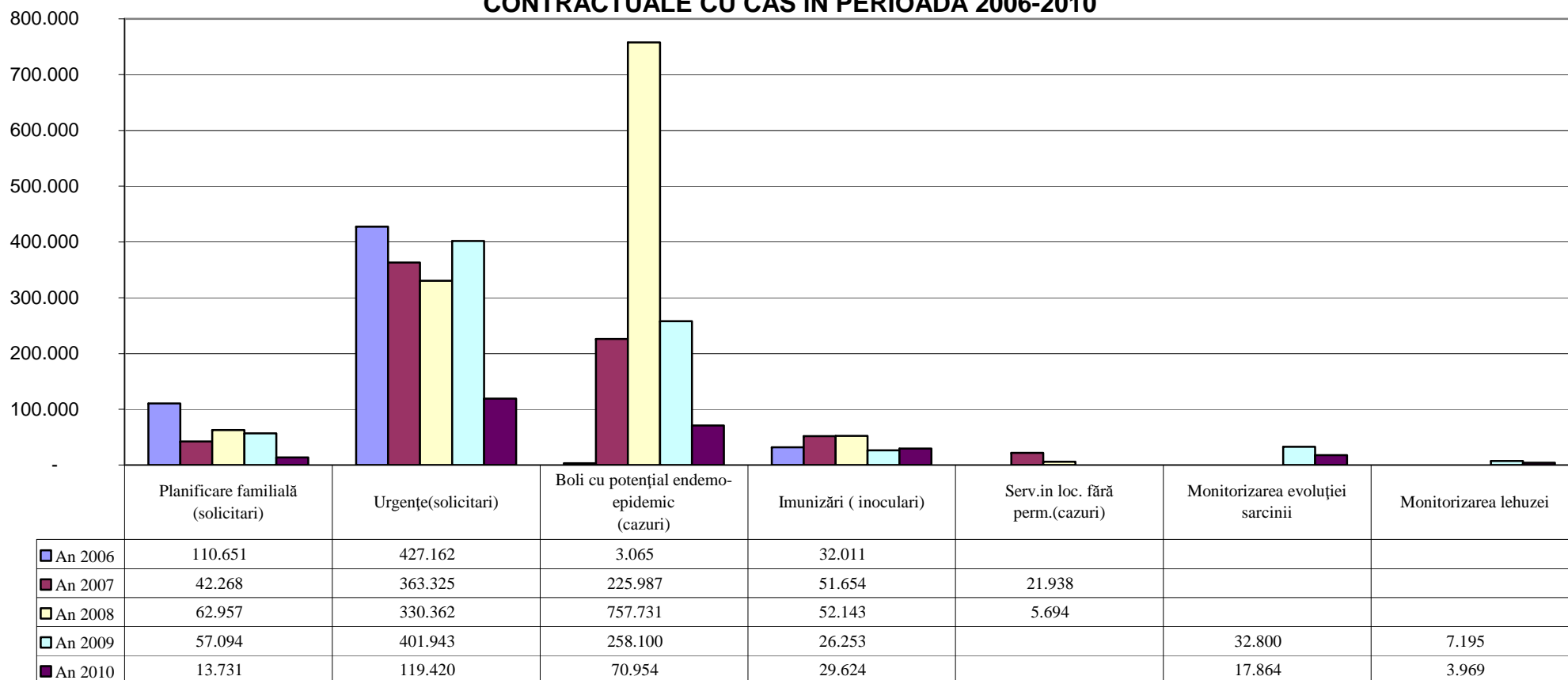
Notă: Începând cu data de 1 aprilie 2010, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările și completările ulterioare, în asistența medicală primară s-a modificat componenta pachetului de servicii medicale de bază;

Prin urmare pentru anul 2010, următoarele servicii medicale:

- sunt aferente trimestrului I 2010: imunizări, examen de bilanț copii, luarea în evidență a bolnavului TBC, bolnav TBC nou, supravegherea gravidei, urmărirea lehuzei, controale periodice - epicriză de etapa pentru unele afecțiuni care necesita dispensarizare, consultații la domiciliul asiguraților în afara programului de lucru

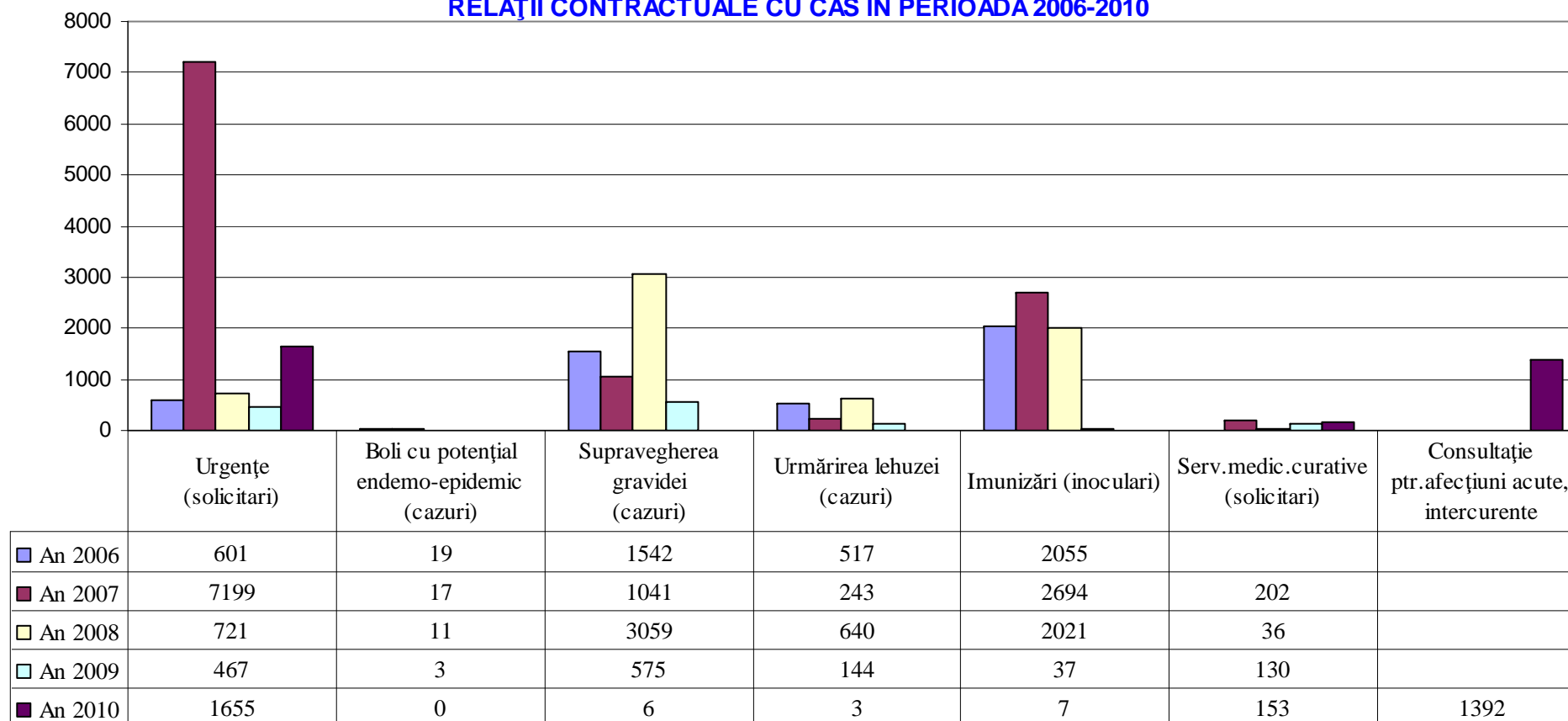
- o sunt aferente trimestrelor II, III și IV 2010: servicii medicale curative - consultație în caz de boala pentru afecțiuni acute, intercurrente sau cronice programabile, consultație pentru monitorizarea stării de sanatate si a tratamentului pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, consultații la domiciliul asiguraților

4. EVOLUȚIA SERVICIILOR DIN PACHETUL MINIMAL ACORDATE DE MEDICII DE FAMILIE ÎN RELAȚII CONTRACTUALE CU CAS ÎN PERIOADA 2006-2010



Notă: Pentru 2010, datele din grafic sunt corespunzătoare trimestrului I 2010. **Începând cu data de 1 aprilie 2010**, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările și completările ulterioare, în asistența medicală primară **serviciile medicale din pachetul minimal de servicii medicale au fost incluse în plata per capita.**

5. EVOLUȚIA SERVICIILOR DIN PACHETUL FACULTATIV ACORDATE DE MEDICII DE FAMILIE ÎN RELAȚII CONTRACTUALE CU CAS ÎN PERIOADA 2006-2010

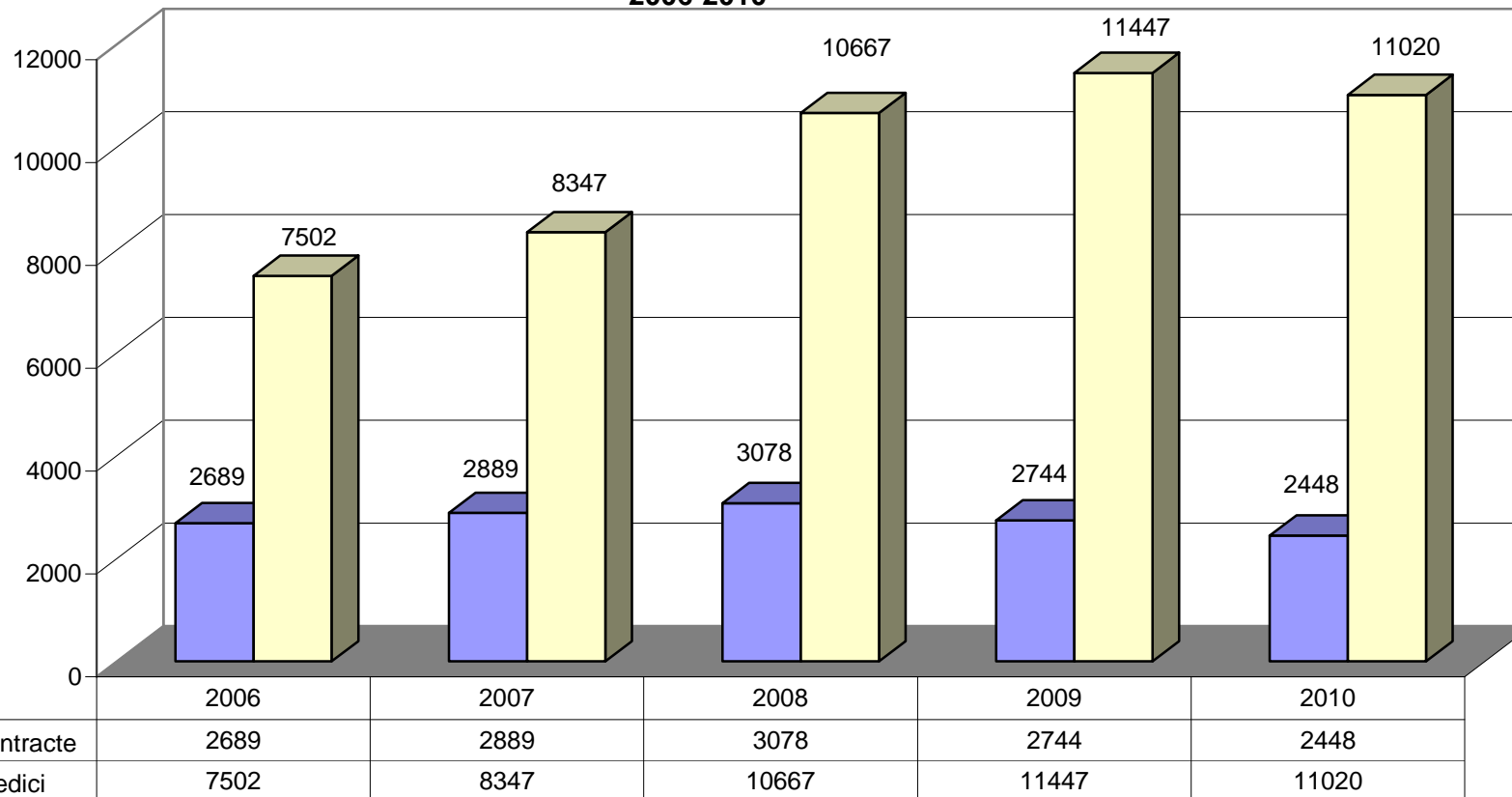


Notă: Începând cu data de 1 aprilie 2010, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările și completările ulterioare, în asistența medicală primară s-a modificat componenta pachetului de servicii medicale pentru persoanele care se asigură facultativ;

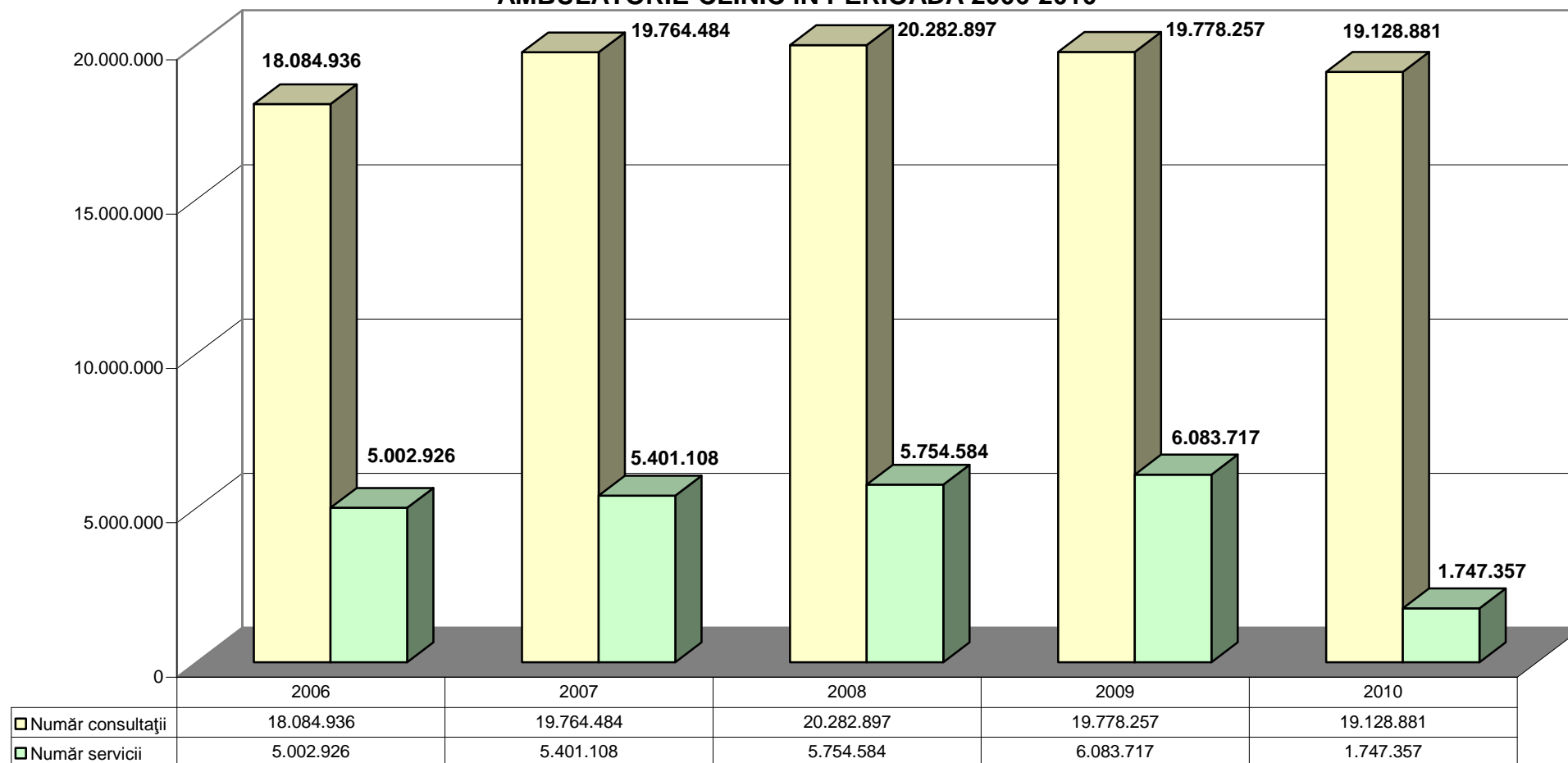
Prin urmare pentru anul 2010, următoarele servicii medicale:

- sunt aferente trimestrului I 2010: urgențe, supraveghere și depistare boli cu potențial endemo-epidemic, supravegherea gravidei, urmărirea leuzei, imunizări, servicii medicale curative
- sunt aferente trimestrelor II, III și IV 2010: servicii medicale curative-consultație pentru afecțiuni intercurente

6. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE CONTRACTE ȘI A NUMĂRULUI MEDICILOR DE SPECIALITATE DIN AMBULATORIUL CLINIC AFLAȚI ÎN RELAȚII CONTRACTUALE CU CAS LA 31 DECEMBRIE ÎN ANII 2006-2010

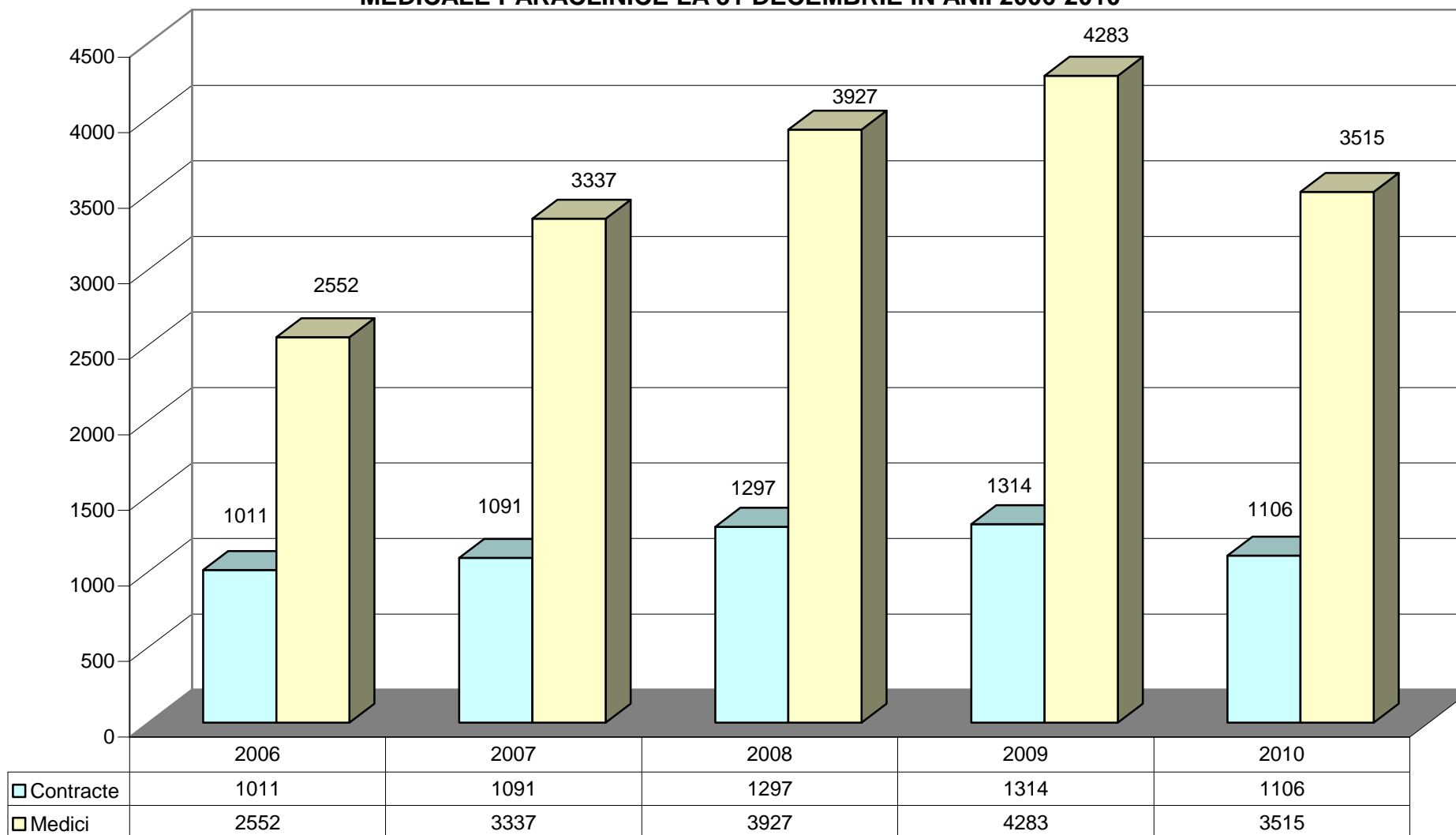


7. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE CONSULTAȚII ȘI SERVICII MEDICALE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ AMBULATORIE-CLINIC ÎN PERIOADA 2006-2010

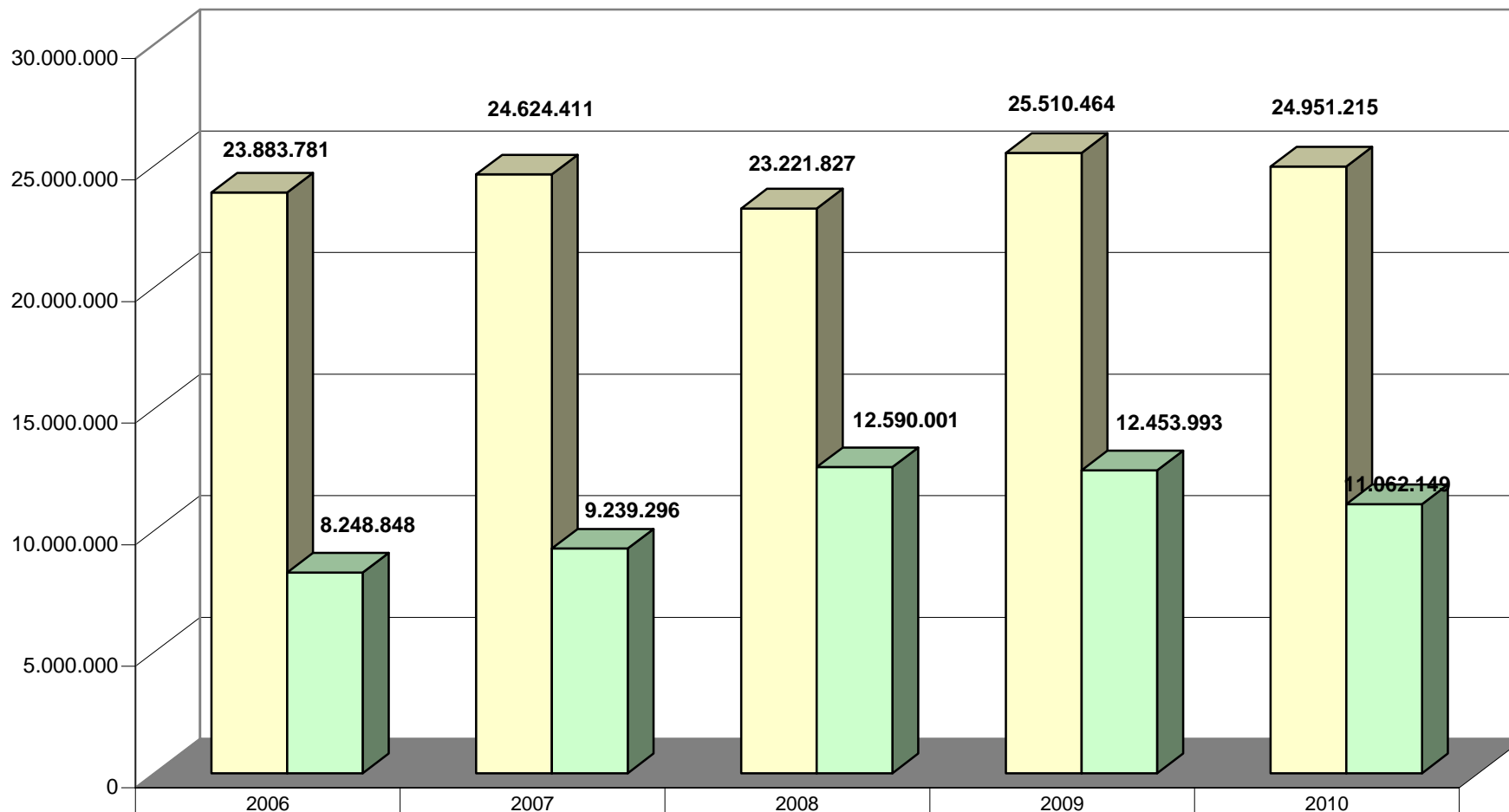


Notă: Începând cu data de 1 aprilie 2010, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările și completările ulterioare, în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, s-a modificat componența pachetelor de servicii medicale; cu excepția consultațiilor și serviciilor conexe actului medical, în componența pachetelor de servicii medicale sunt incluse doar consultații.

**8. SITUAȚIA NUMĂRULUI MEDICILOR ȘI A CONTRACTELOR ÎNCHEIATE CU FURNIZORII DE SERVICII
MEDICALE PARACLINICE LA 31 DECEMBRIE ÎN ANII 2006-2010**

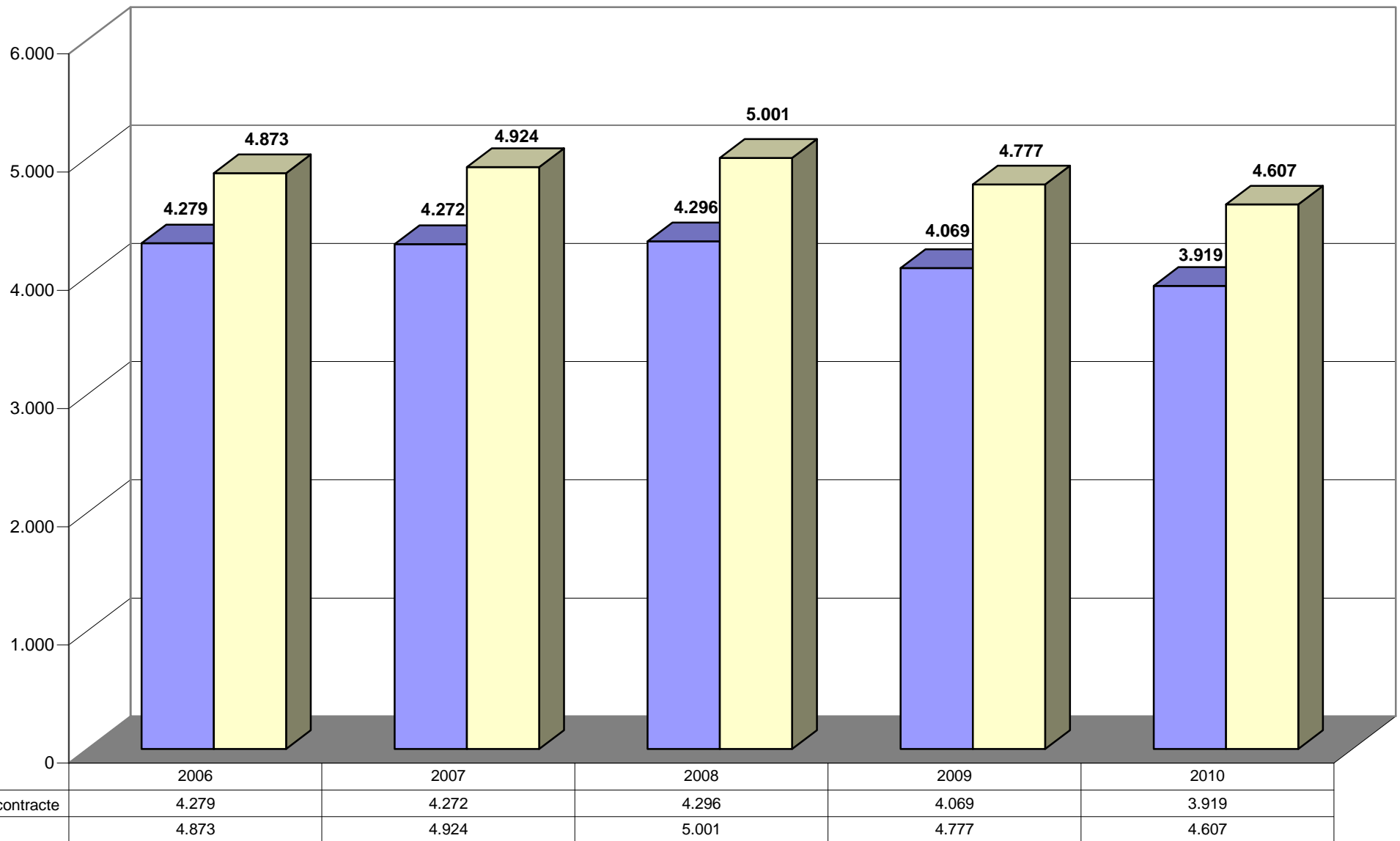


9. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE SERVICII MEDICALE PARACLINICE DECONTATE DE CAS DUPĂ TIPUL RECOMANDĂRII ÎN PERIOADA 2006-2010

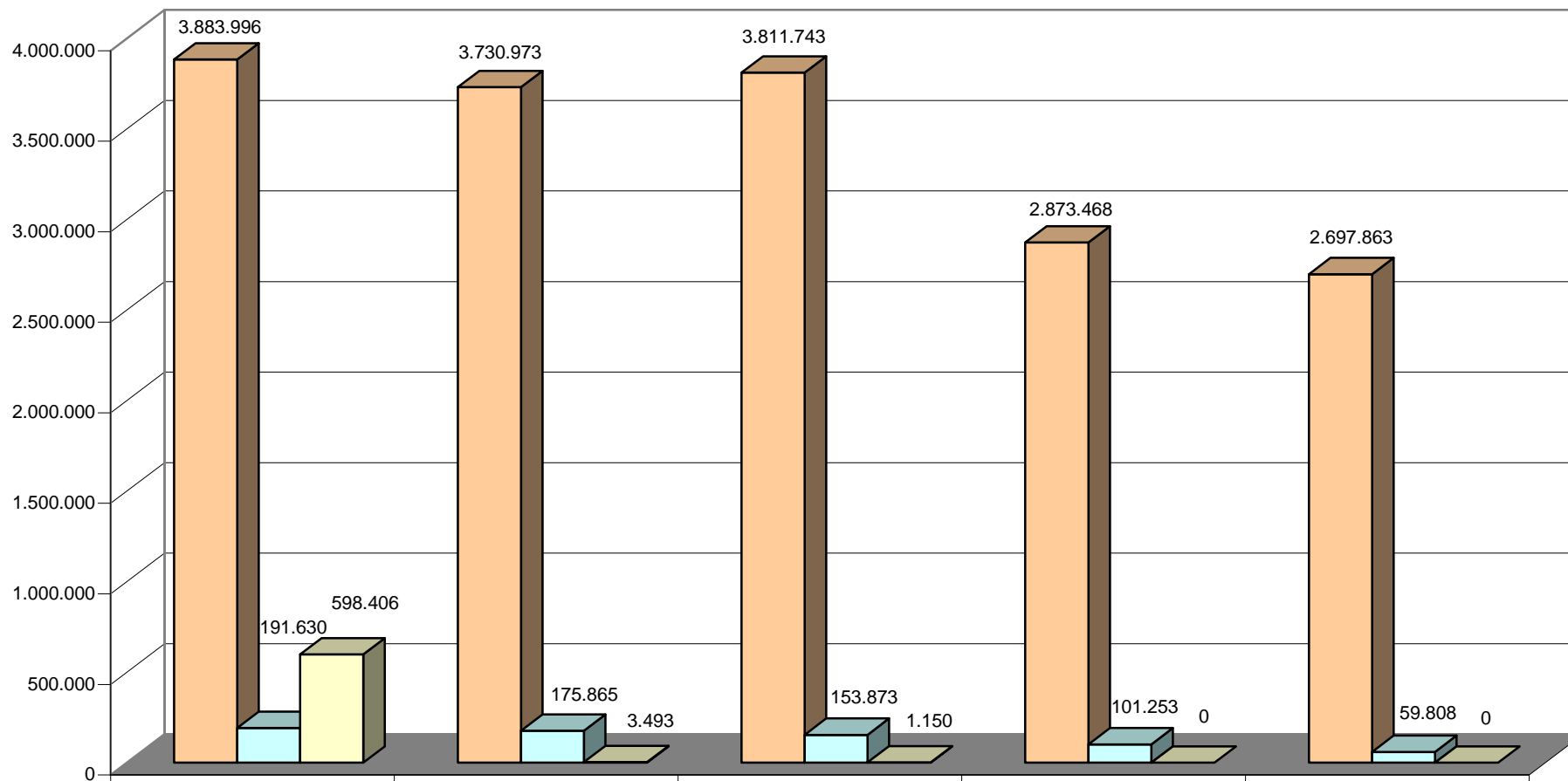


Recomandate de medici de familie	23.883.781	24.624.411	23.221.827	25.510.464	24.951.215
Recomandate de medici de specialitate	8.248.848	9.239.296	12.590.001	12.453.993	11.062.149

10. SITUAȚIA NUMĂRULUI DE CONTRACTE ȘI A NUMĂRULUI MEDICILOR DENTIȘTI AFLAȚI ÎN RELAȚIE CONTRACTUALĂ CU CAS LA 31 DECEMBRIE ÎN ANII 2006-2010

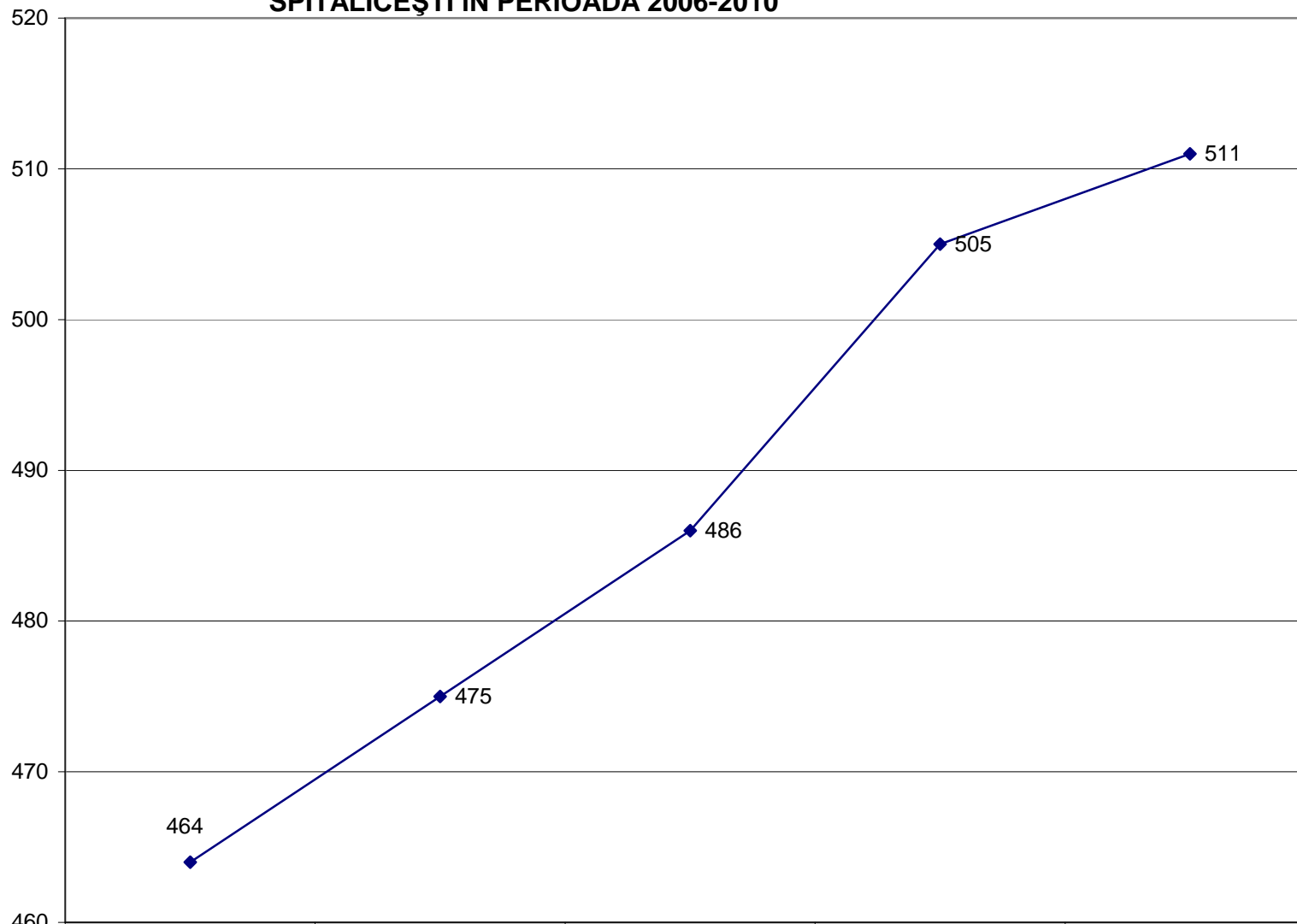


11. EVOLUȚIA SERVICIILOR DE MEDICINĂ DENTARĂ DECONTATE DE CAS ÎN PERIOADA 2006-2010



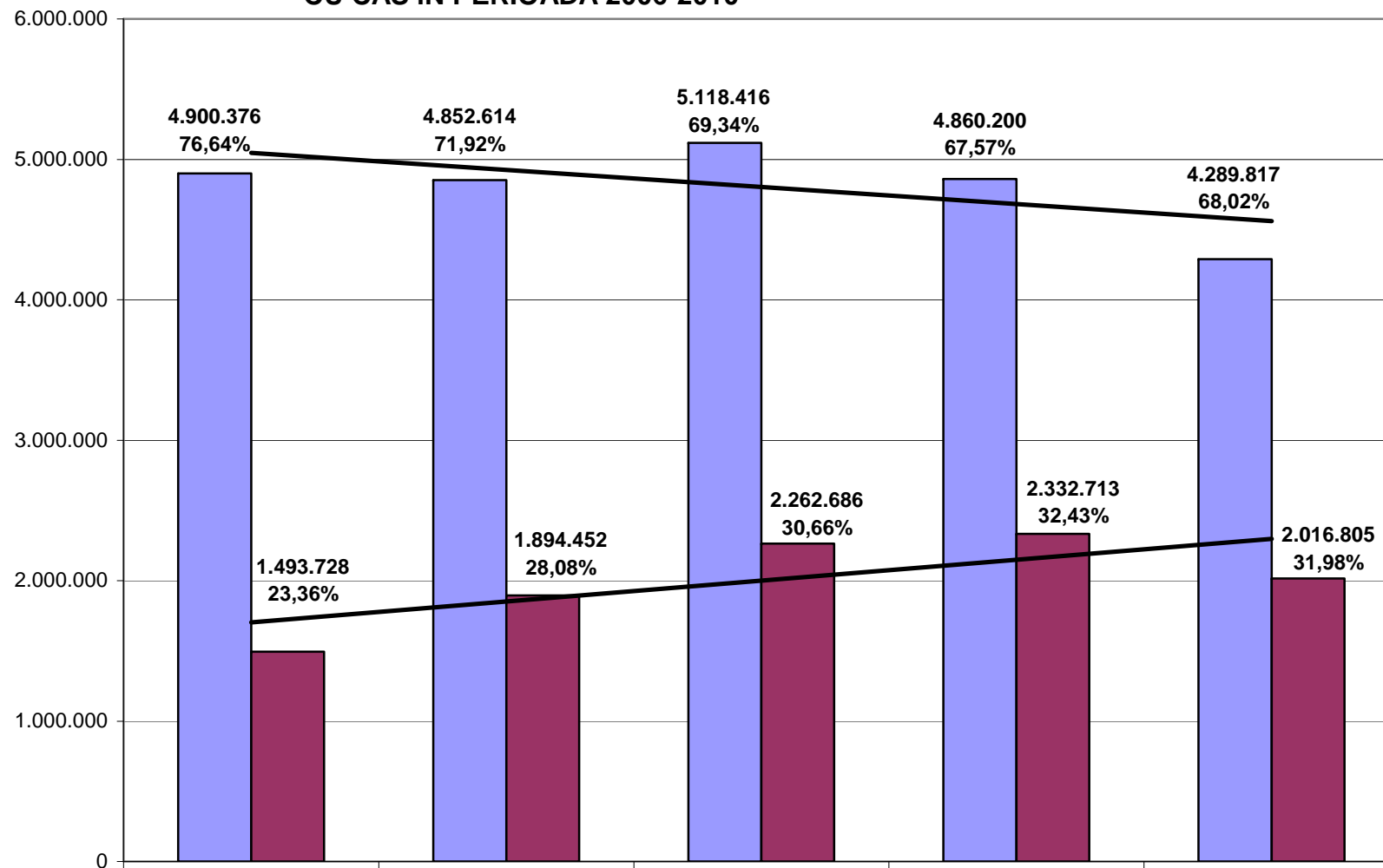
■ PACHET DE BAZĂ	3.883.996	3.730.973	3.811.743	2.873.468	2.697.863
■ PACHET MINIMAL	191.630	175.865	153.873	101.253	59.808
■ PACHET FACULTATIV	598.406	3.493	1.150	0	0

12. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE CONTRACTE DE FURNIZARE DE SERVICII MEDICALE SPITALICEȘTI ÎN PERIOADA 2006-2010



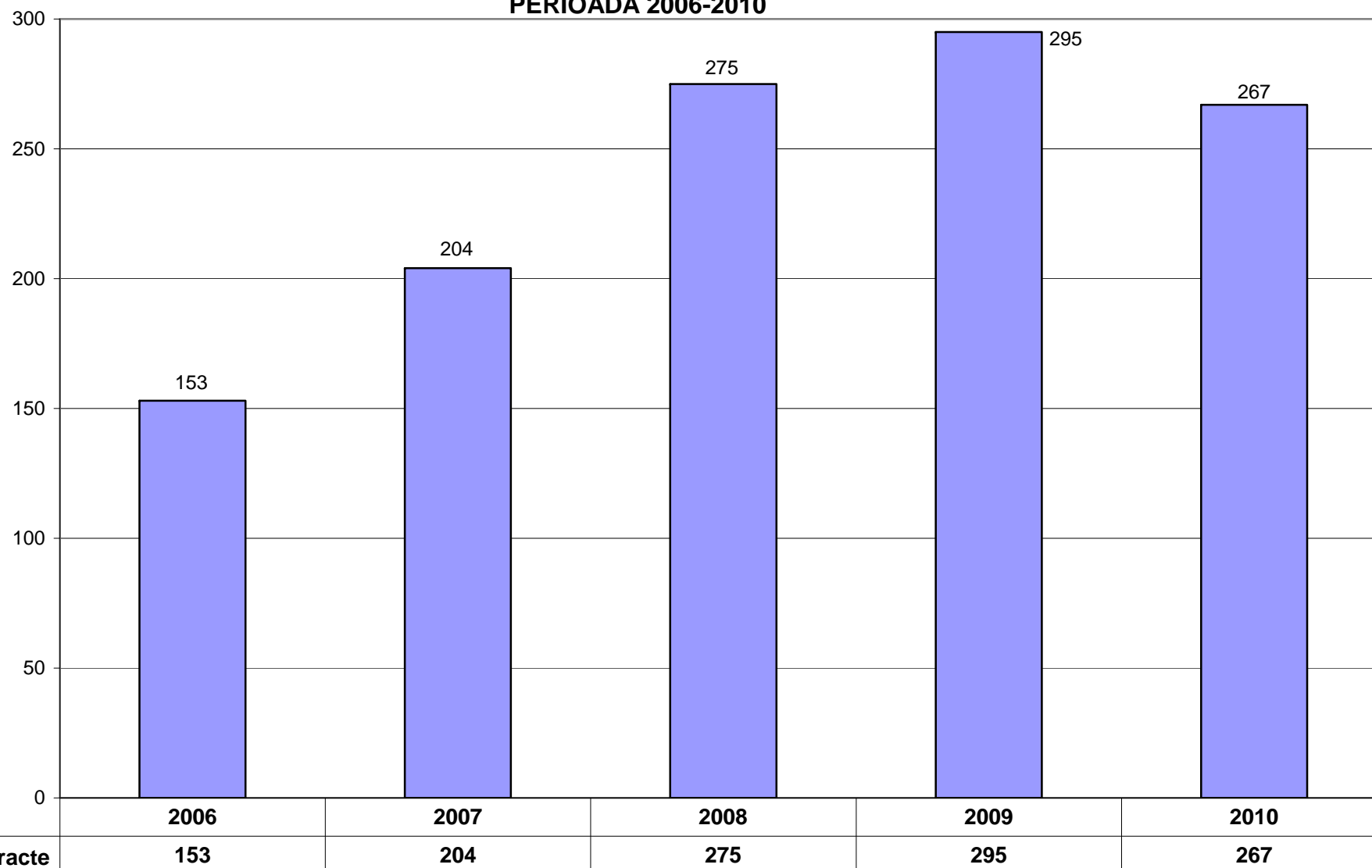
◆ Număr contracte cu spitale	2006	2007	2008	2009	2010
	464	475	486	505	511

13. EVOLUȚIA NUMĂRULUI CAZURILOR REZOLVATE PRIN SPITALIZARE CONTINUĂ ȘI A NUMĂRULUI DE CAZURI REZOLVATE PRIN SPITALIZARE DE ZI ÎN SPITALELE AFLATE ÎN RELAȚII CONTRACTUALE CU CAS ÎN PERIOADA 2006-2010

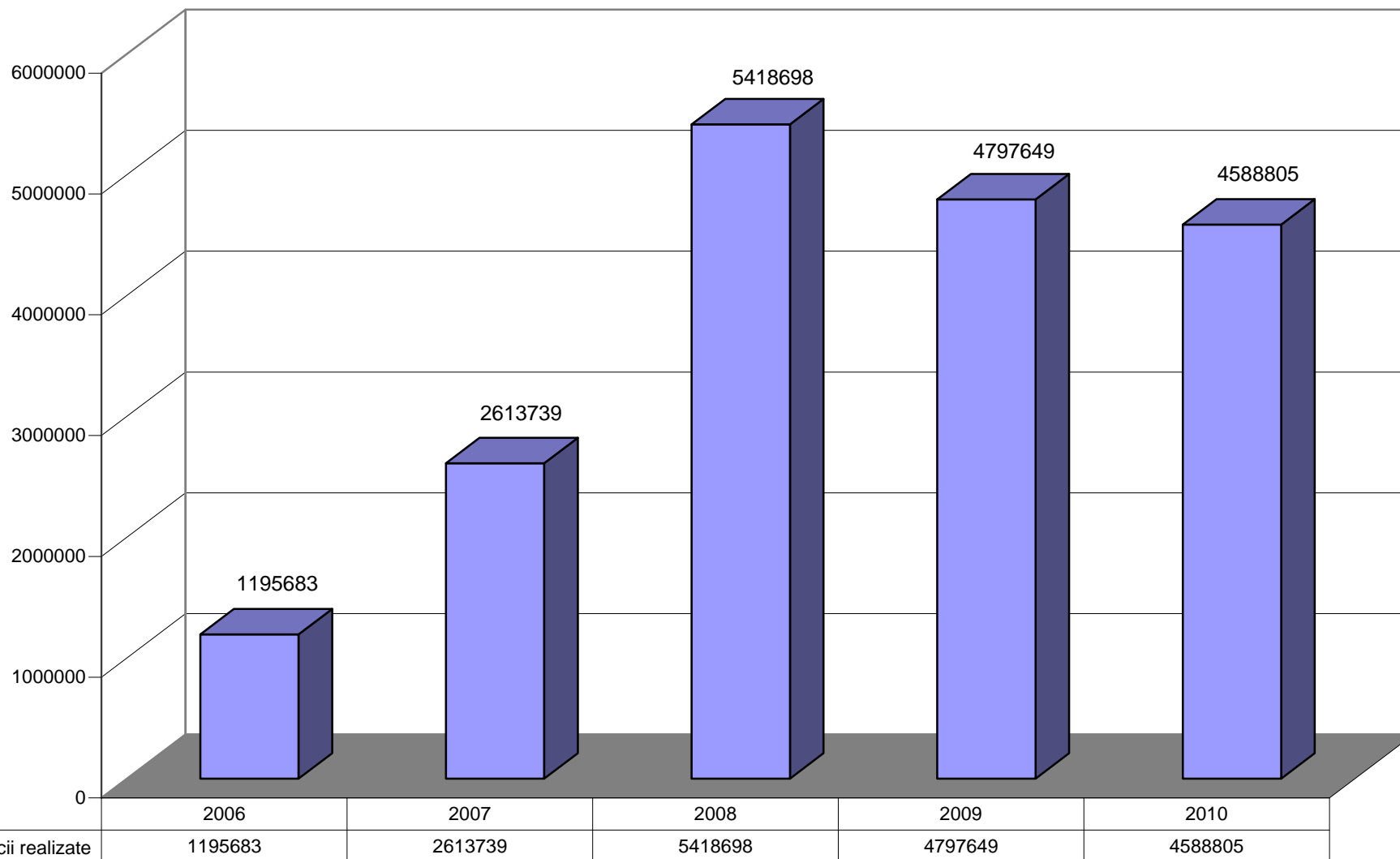


Nr. cazuri externate realizate (prin spitalizare continuă)	4.900.376	4.852.614	5.118.416	4.860.200	4.289.817
Nr. cazuri spitalizare zi realizate	1.493.728	1.894.452	2.262.686	2.332.713	2.016.805

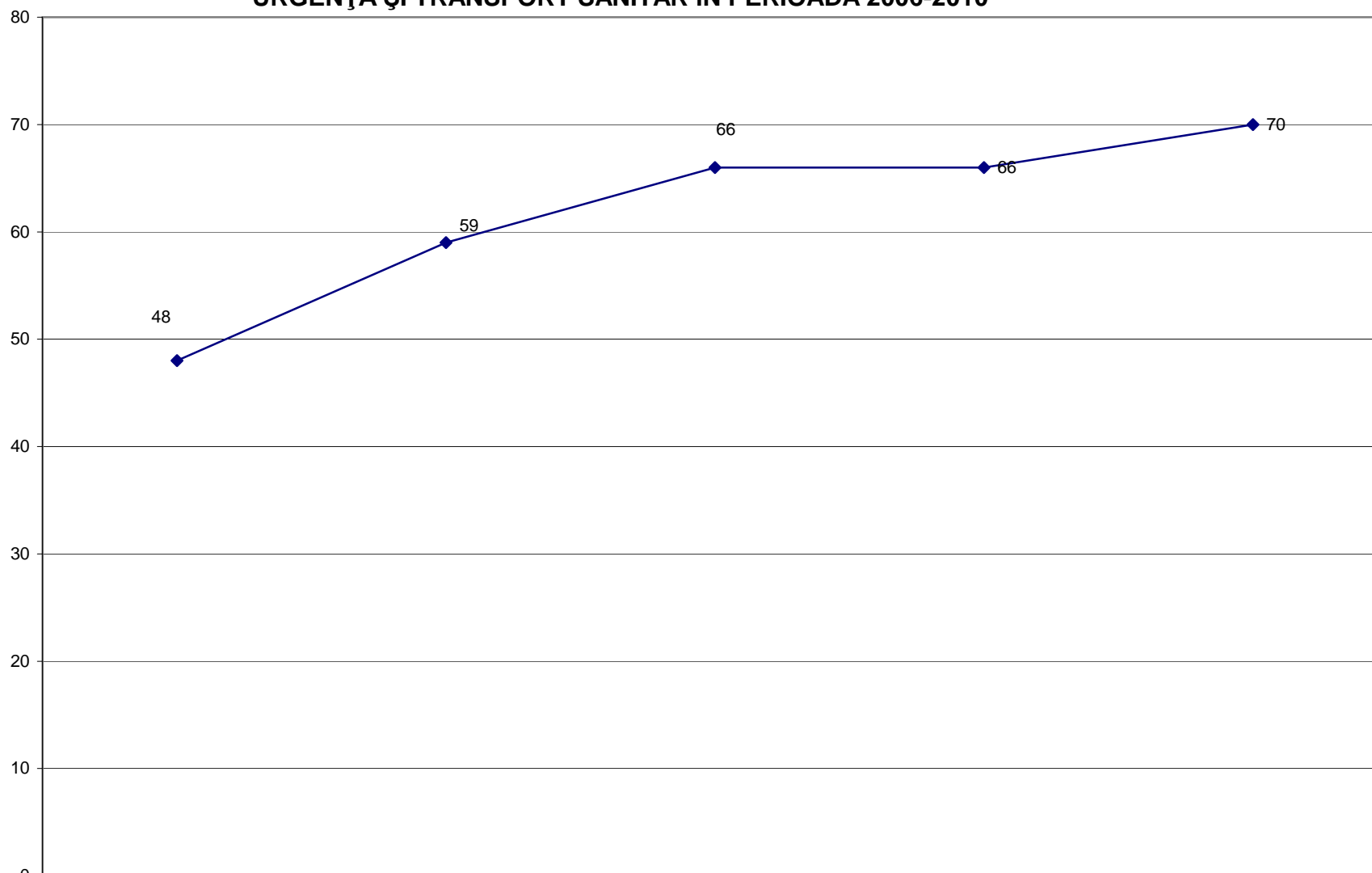
14. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE CONTRACTE CU FURNIZORII DE ÎNGRIJIRI LA DOMICILIU ÎN PERIOADA 2006-2010



15. EVOLUȚIA SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU REALIZATE DE FURNIZORII AFLAȚI ÎN RELAȚII CONTRACTUALE CU CAS ÎN PERIOADA 2006-2010

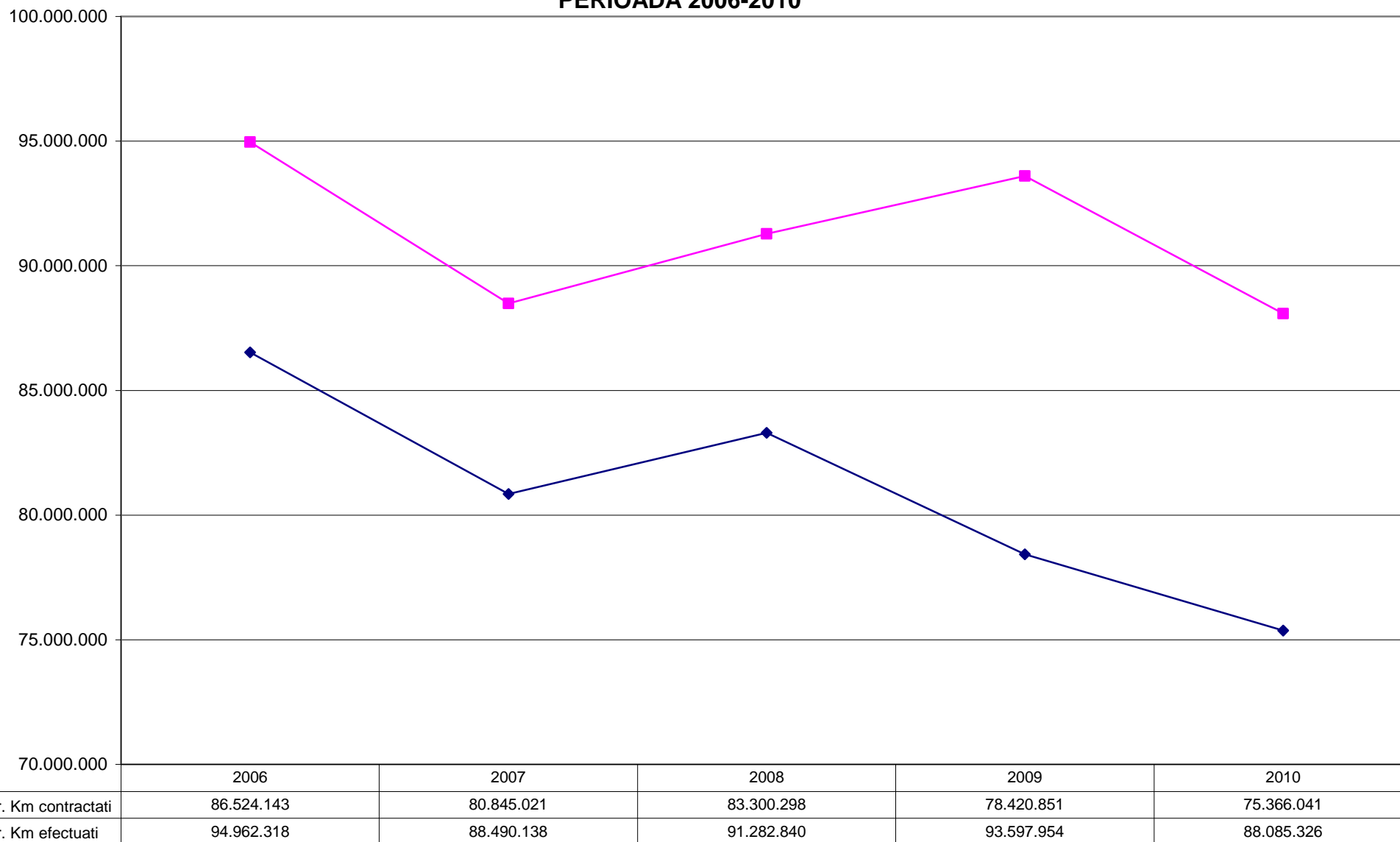


16. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE CONTRACTE ÎNTRE CAS ȘI FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE DE URGENȚĂ ȘI TRANSPORT SANITAR ÎN PERIOADA 2006-2010

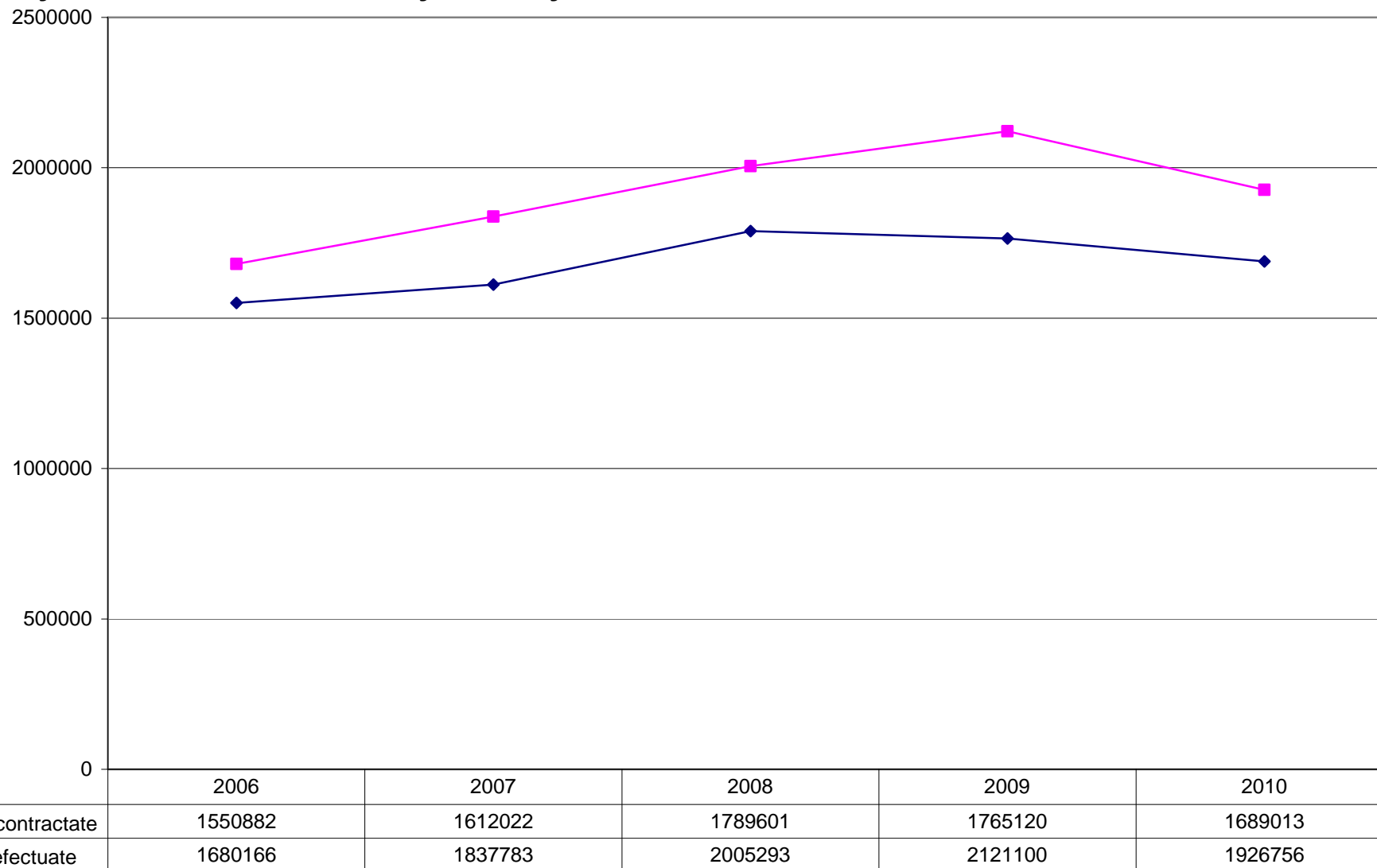


	2006	2007	2008	2009	2010
◆ Număr contracte	48	59	66	66	70

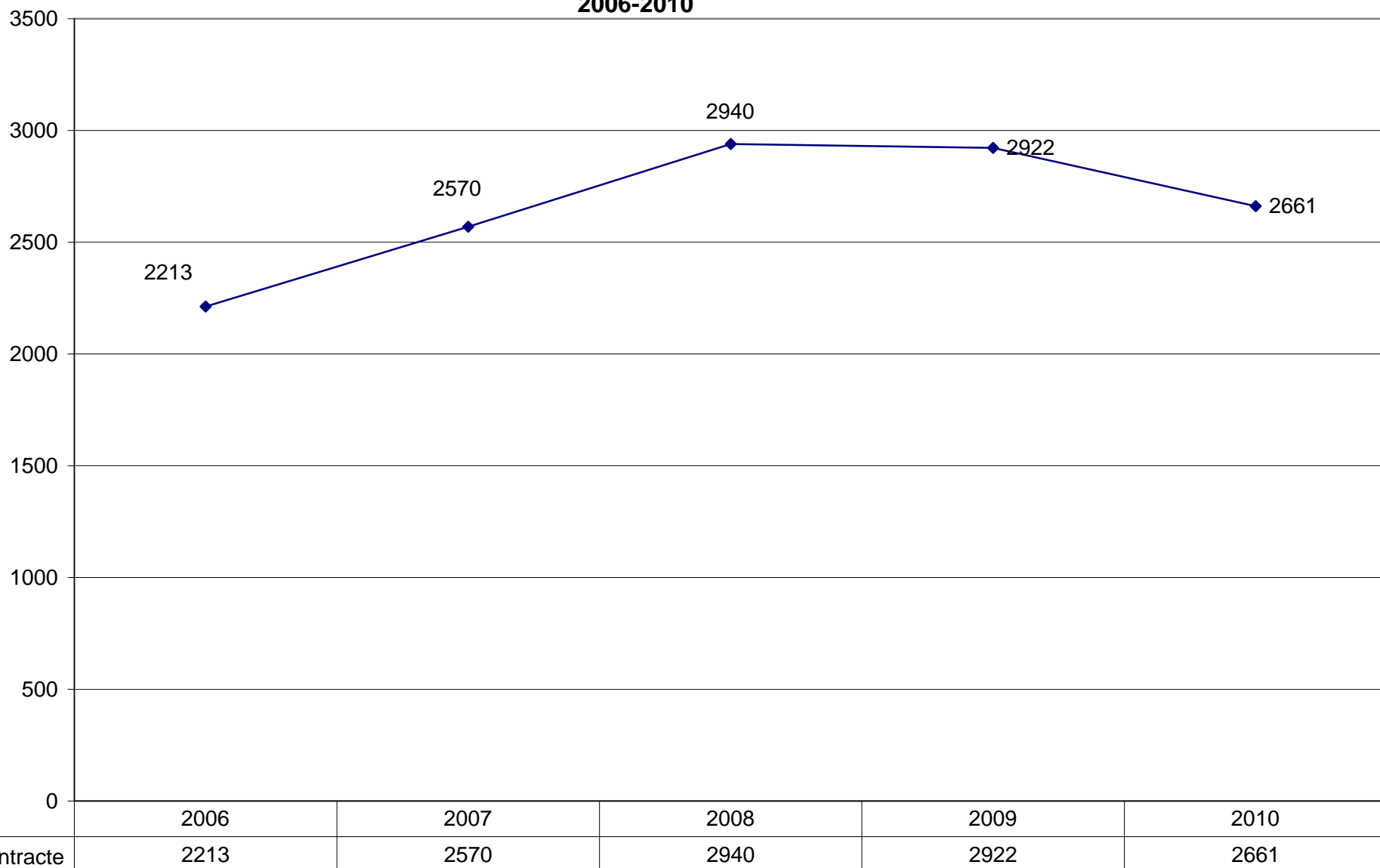
17. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE Km. CONTRACTAȚI ȘI EFECTUAȚI DE FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE DE URGENȚĂ ȘI TRANSPORT SANITAR AFLAȚI ÎN RELAȚII CONTRACTUALE CU CAS ÎN PERIOADA 2006-2010



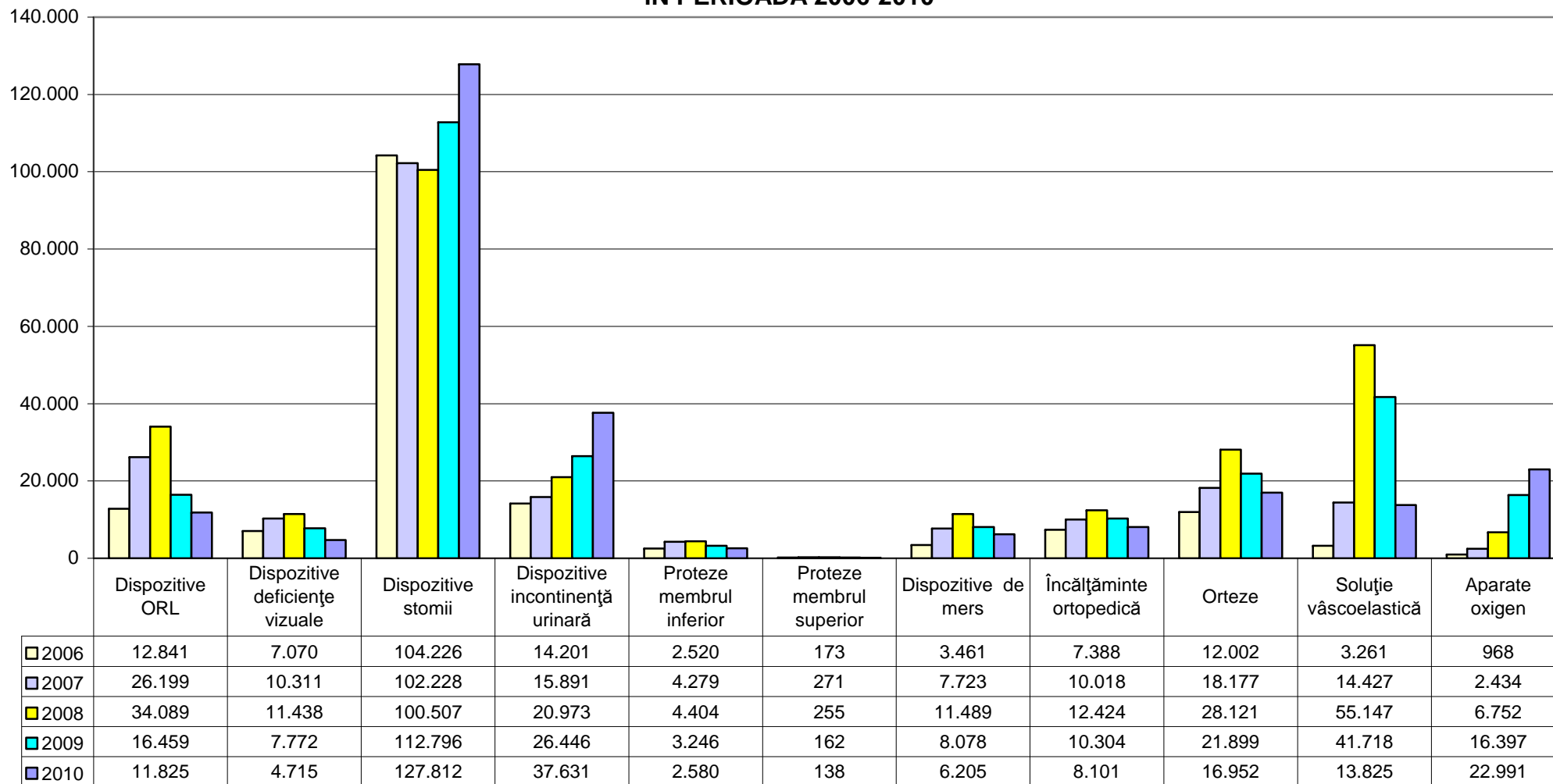
18. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE SOLICITĂRI A FURNIZORILOR DE SERVICII MEDICALE DE URGENȚĂ ȘI TRANSPORT SANITAR AFLAȚI ÎN RELAȚII CONTRACTUALE CU CAS ÎN PERIOADA 2006-2010



**19. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE CONTRACTE CU FURNIZORII DE DISPOZITIVE MEDICALE ÎN PERIOADA
2006-2010**

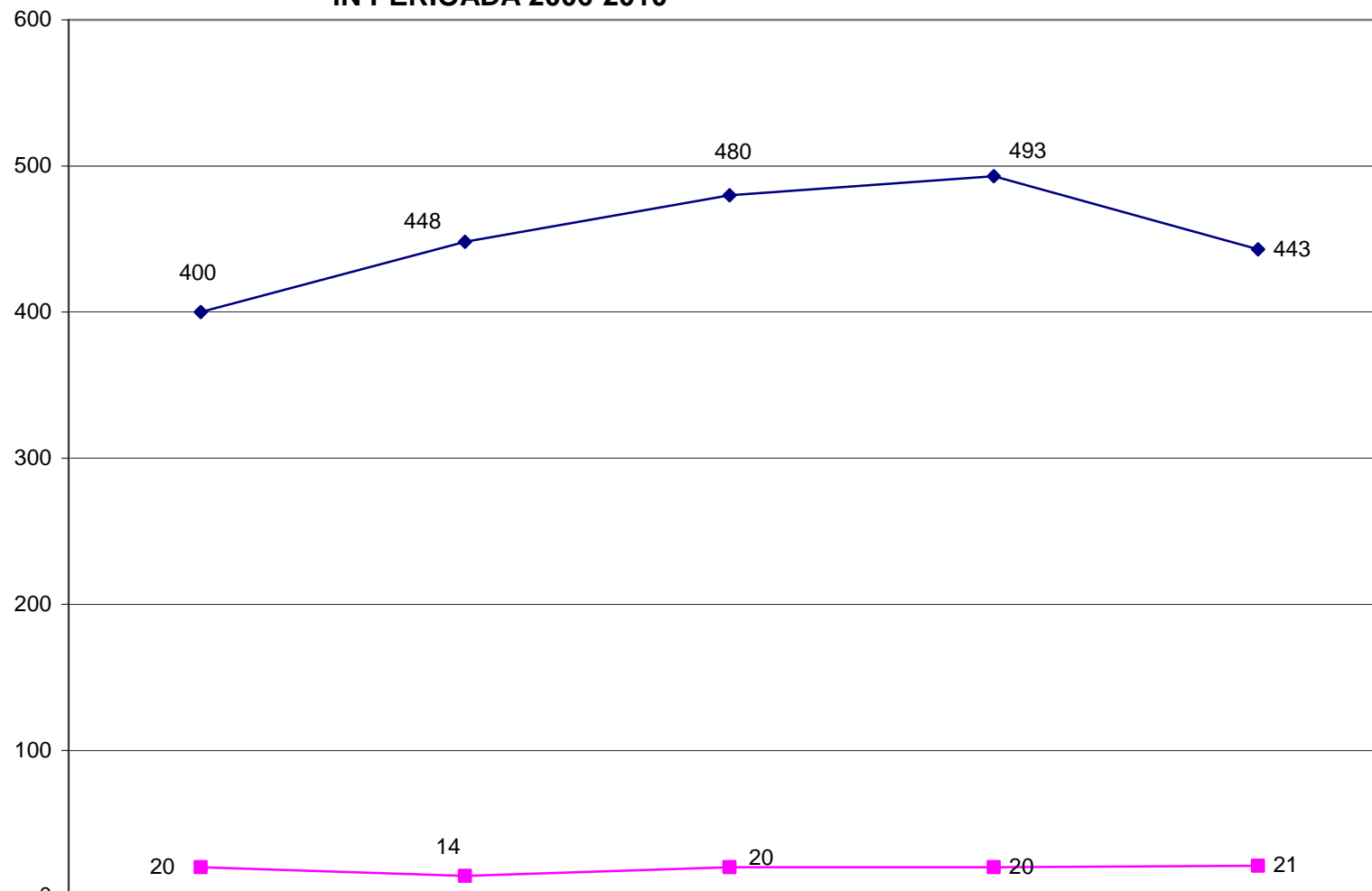


20. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE DISPOZITIVE MEDICALE DECONTATE DE CAS ÎN PERIOADA 2006-2010



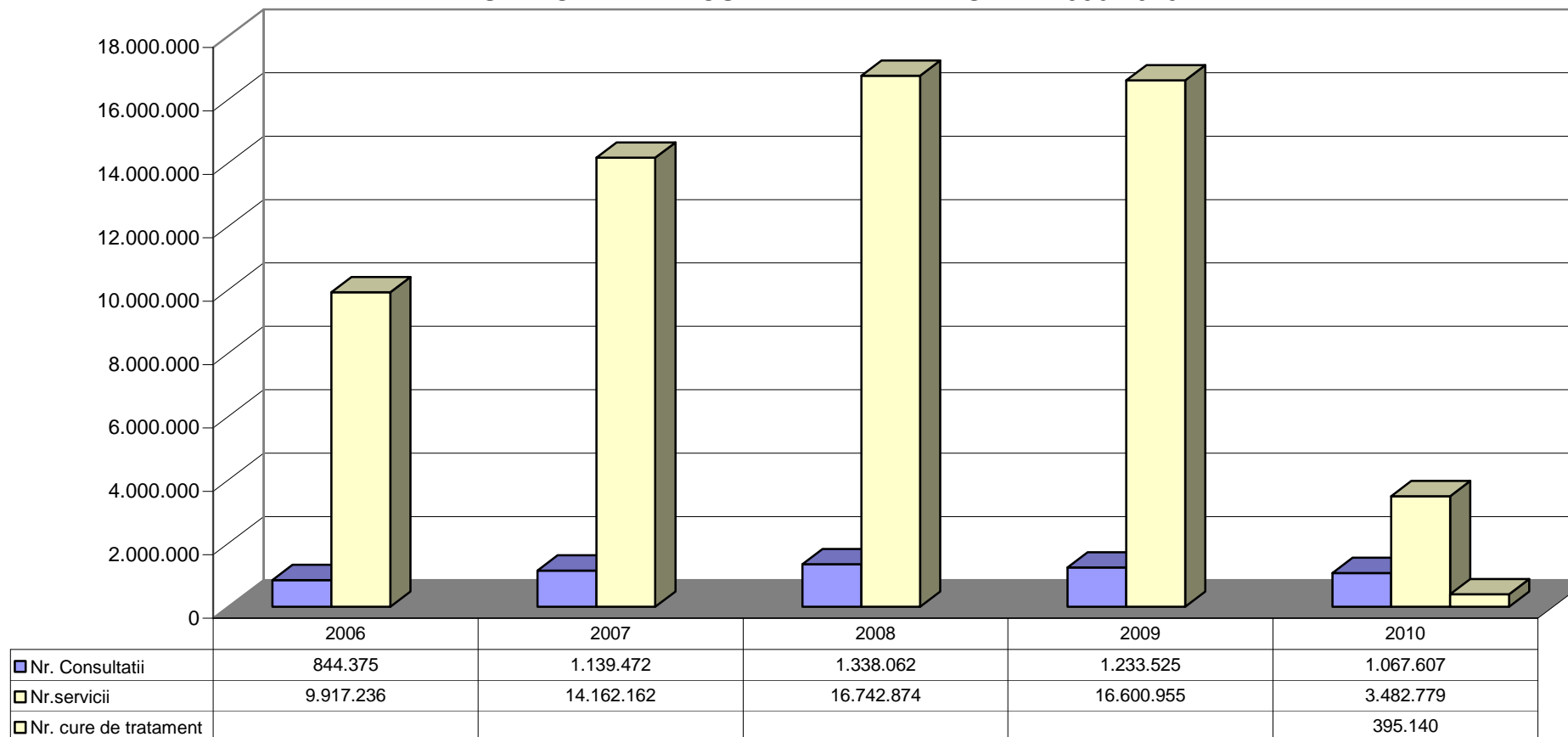
Notă: soluția vâscoelastică s-a acordat până la 31.03.2010

**21. EVOLUȚIA CONTRACTELOR ÎNCHEIATE CU FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE
DE RECUPERARE-REABILITARE A SĂNĂȚĂȚII,
ÎN PERIOADA 2006-2010**



	2006	2007	2008	2009	2010
◆ Nr. contracte ambulatorii de recuperare	400	448	480	493	443
■ Nr. contracte sanatorii, preventori	20	14	20	20	21

22. EVOLUȚIA NUMĂRULUI SERVICIILOR CONTRACTATE CU FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE AMBULATORII DE RECUPERARE ÎN PERIOADA 2006-2010

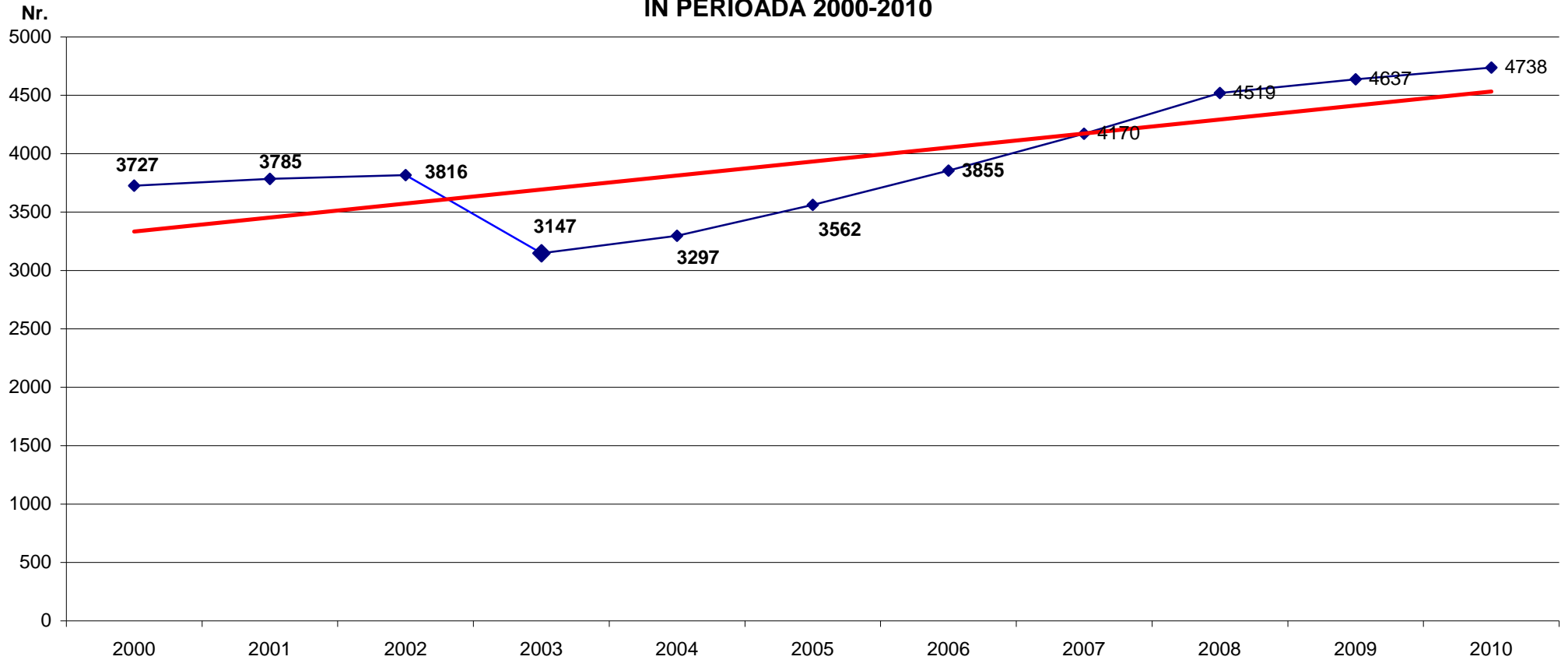


Notă: începând cu data de 1 aprilie 2010, conform prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările și completările ulterioare, în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea recuperare-reabilitare a sănătății, s-a modificat componența pachetului de servicii medicale de bază;

Prin urmare pentru anul 2010, următoarele servicii medicale:

- sunt aferente trimestrului I 2010: consultații, servicii medicale
- sunt aferente trimestrelor II, III și IV 2010: consultații, cure de tratament

**23. EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE FURNIZORI DE MEDICAMENTE
CARE AU INTRAT ÎN RELAȚII CONTRACTUALE
CU CASELE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
ÎN PERIOADA 2000-2010**



Contractele sunt incheiate cu furnizori de medicamente -societăți comerciale farmaceutice ce pot avea în structura una sau mai multe farmacii.

MEDICAMENTE CU ȘI FĂRĂ CONTRIBUȚIE PERSONALĂ ÎN TRATAMENTUL AMBULATORIU

- În anul 2010 s-a asigurat:
 - actualizarea periodică a listei de medicamente (denumiri comerciale) de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu, cu și fără contribuție personală
 - calcularea prețurilor de referință corespunzătoare
- Monitorizarea consumului de medicamente de care au beneficiat asigurații în tratamentul ambulatoriu
- În anul 2010, asigurații au beneficiat de medicamente acordate cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, după cum urmează:

Sublista/lista	H.G. nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare	
	Nr. DCI	Nr. medicamente denumiri comerciale *
A	156	1596
B	216	835
C1	223	1671
C2	461	2613
C3	152	302
TOTAL	1208	7017

*Observație: unele medicamente care sunt încadrate pe diferite grupe de boli cronice au fost numărate pentru fiecare boală în parte

În anul 2010, valoarea medicamentelor compensate și gratuite eliberate prin farmaciile cu circuit deschis a fost de **5.633.009.697,35** lei, pentru un număr de **8.643.608 pacienți**, eliberându-se un număr de **42.347.824** prescripții medicale, cu o medie lunară de **720.301** pacienți/lună și a unui număr mediu de **3.528.985** prescripții medicale eliberate pe lună.

Din analiza datelor rezultă un cost mediu pe pacient de **651,70** lei/an și o valoare a prescripției medicale de **133,02** lei/an.

PROGRAME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE

Programele naționale cu scop curativ derulate în anul 2010 au fost structurate în programe/subprograme de sănătate, după cum urmează:

1. Programul național de boli transmisibile, din care:
 - 1.1 Subprogramul de tratament și monitorizare a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere
 - 1.2 Subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoză
2. Programul național de boli cardiovasculare, din care:
 - 2.1 Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni cardiovasculare
 - 2.2 Subprogramul de tratament invaziv al infarctului miocardic acut
3. Programul național de oncologie, din care:
 - 3.1 Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice
 - 3.2 Subprogramul de monitorizare activă a terapiilor specifice oncologice
4. Programul național de boli neurologice, din care :
 - 4.1 Subprogramul de tratament al sclerozei multiple
(s-a derulat în trimestrul I al anului 2010 din FNUASS)
 - 4.2 Subprogramul de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile
5. Programul național de diabet zaharat
6. Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever, din care:
 - 6.1 Subprogramul de tratament al bolilor rare, din care**):
 - Tratament al bolilor rare
 - Tratament al bolnavilor cu scleroză multiplă
 - 6.2 Subprogramul de tratament al sepsisului sever

(Începând cu trimestrul II al anului 2010 subprogramul s-a derulat în cadrul Subprogramului de tratament al bolilor rare prin transferuri de la Ministerul Sănătății către bugetul FNUASS).

7. Programul național de boli endocrine
8. Programul național de ortopedie.
9. Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană
10. Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.
11. Program național de terapie intensivă a insuficienței hepatice.

Sumele alocate programelor/subprogramelor din structura programului național cu scop curativ s-au utilizat pentru asigurarea în spital și în ambulatoriu a unor medicamente și materiale sanitare specifice unor boli cronice cu risc crescut și pentru asigurarea serviciilor de suplere renală (inclusiv medicamente și materiale sanitare specifice, investigații medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienților hemodializați de la și la domiciliul pacienților, transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților).

Evoluția numărului de bolnavi beneficiari ai fiecărui program/subprogram și a costului mediu/bolnav în anul 2010, comparativ cu anul 2009 a fost următoarea:

INDICATORI REALIZATI 2009/2010					
Denumirea subprogramului de sanatate cu scop curativ	Indicator	Numar bolnavi		Cost mediu (LEI)	
		2009	2010	2009	2010
C0	C1	C2	C3	C4	C5
Subprogramul de tratament si monitorizare a persoanelor cu infectie HIV/SIDA si tratamentul postexpunere	HIV/SIDA	7.656	7.873	21.534,37	23.358,79
	postexpunere	369	412	782,38	678,96
	teste monitorizare	6.567	6.817	274,64	352,15
Subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoza	TBC	42.330	37.413	349,28	386,96
Programul național de boli cardiovasculare	p. dialatare percutana	14.080	9.497	1.516,68	1.470,25

	p. electrofiziologie	848	1.364	2.900,70	1.690,53
	ch. CV	11.295	10.347	2.591,61	2.471,26
	pace-maker	2.628	2.537	2.108,12	2.407,86
	defibrilator	80	128	21.842,78	22.771,12
	resincronizare cardiacă	56	108	10.683,46	9.802,55
	IMA	0	1.590	0	3.509,79
Programul national de oncologie	oncologie	96.951	97.079	9.715,82	10.748,38
	PET CT	0	640	0	3.804,46
Subprogramul de tratament al bolnavilor cu scleroza multipla	scleroza multipla	1.948	2.041	37.730,68	39.197,09
Subprogramul de tratament al surditatii congenitale prin implant cohlear si proteza auditiva BAHA	implant cohlear	73	59	70.820,60	84.898,28
	proteza BAHA	11	8	22.252,70	21.688,28
	VIBRANT	1	5	40.866,30	41.991,14
Programul national de diabet zaharat	insulina	108.159	101.956	1.168,24	1.518,98
	ADO	421.866	466.524	333,08	414,15
	ADO + insulina	69.825	85.855	1.622,95	2.290,37
	Total bolnavi tratați	564.896	610.682	673,00	891,99
	hg. Glicozilata	53.516	48.015	22,21	21,67
	teste automonit. Copii	2.418	2.543	903,43	1.235,87
	teste automonit. Adulti	130.409	149.852	329,07	408,63
Programul national de hemofilie, talasemie si alte boli rare	hemofilie fara interventie	884	903	17.238,55	21.896,93
	hemofilie cu interventie	49	18	26.091,84	55.582,05
	talasemie	160	203	31.753,04	28.812,49
	mucoviscidoza copii	200	240	23.440,27	24.899,60
	mucoviscidoza adulti	33	32	26.079,54	26.356,93
	epidermoliza buloasa	9	10	1.151,73	1.398,49
	SLA	233	253	5.677,54	5.404,97
	boli neuro. Degenerative	0	47	0	28.128,94
	boli neuro. Degen. Puseu acut	0	27	0	21.344,62
	miastenie	0	13	0	17.378,81
	osteogeneză imperfectă	0	22	0	706,94
	Boala Fabry	0	4	0	247.396,68
	Boala Pompe	0	1	0	430.052,12
	tirozinemie	0	1	0	90.060,00

	HTPA	0	138	0	22.742,47
Programul national de endocrinologie	Osteop	10.451	9.407	572,71	511,92
	Gusa carenata iod	10.739	10.180	50,57	36,65
	Gusa prolif. Malign	1.171	1.054	714,06	839,02
Programul national de ortopedie	endoproteze	10.225	8.938	3.139,31	3.558,57
	implant coloana	837	711	1.861,43	1.705,74
	endop. Tumorale	8	28	19.901,77	22.560,78
Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule umane	stare postransplant	1.752	2.303	22.828,55	24.021,64
	recidiva hp. B la bolnavii cu transplant hepatic	0	118	0	73.578,42
Programul national de supleere a functiei renale la bolnavii cu insuficienta renala cronica	bolnavi dializați	10.552	11.235	47.541,88	51.496,78

Activitatea de decontare a serviciilor medicale de dializă – furnizori privați și centre pilot (contracte încheiate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu acești furnizori)

Anul	Contracte și de acte adiționale de furnizare de servicii medicale de dializă încheiate	Plăți efectuate pentru decontarea serviciilor de dializă
	<i>Număr</i>	<i>Mii lei</i>
2009	51	291.210,93
2010	70	471.195,16

ACTIVITĂȚII SPECIFICE CARE SE DESFĂȘOARĂ LA NIVELUL COMISIILOR DE EXPERȚI DE LA NIVELUL CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PENTRU URMĂTOARELE BOLI CRONICE:

- Poliartrita Reumatoidă
- Artropatia Psoriazică
- Spondilita Anchilozantă
- Artrita Juvenilă
- Hepatita cronică
- Ciroza hepatică de etiologie virală
- Boala Inflamatorie Cronică Intestinală
- Psoriazis Cronic Sever
- Tulburări de nutriție și metabolism
- Infertilitate de cauză hormonală
- Tumori hipofizare cu expansiune supraselară
- Tumori neuroendocrine.

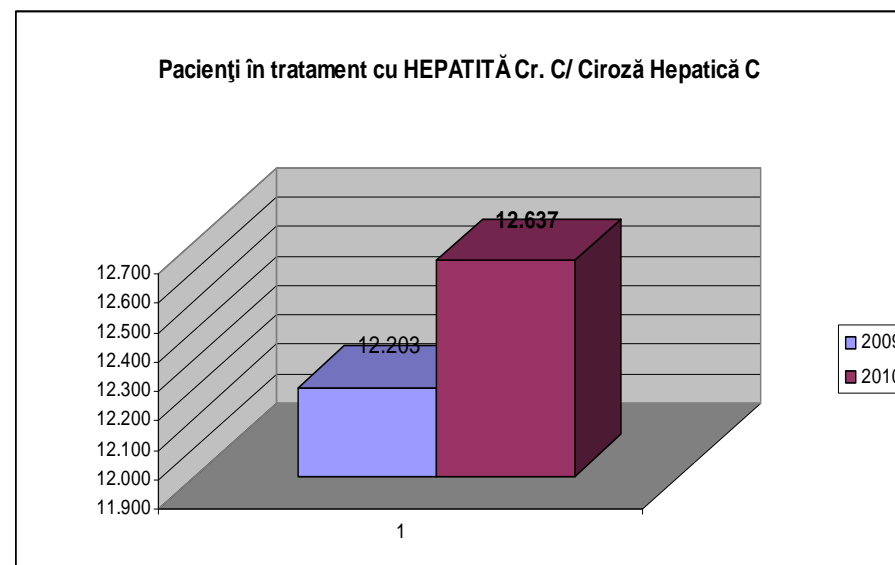
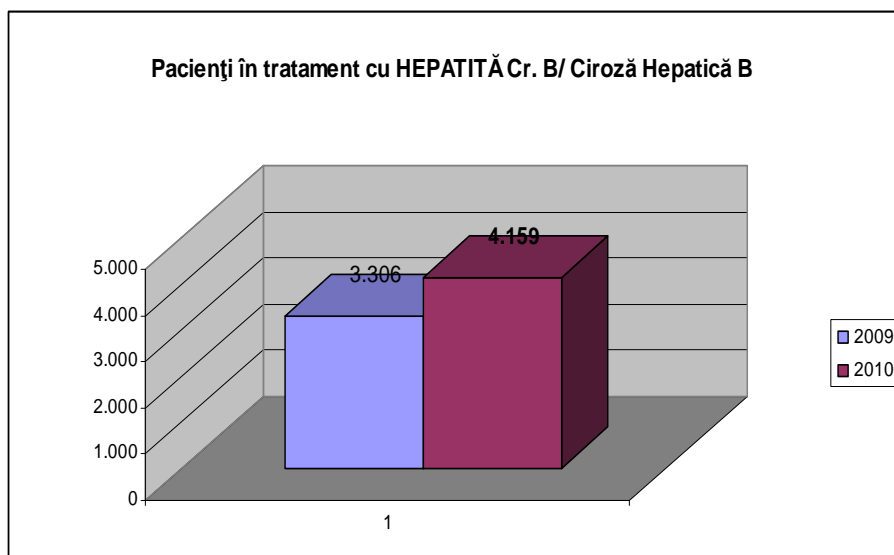
➤ Numărul total de pacienți care au beneficiat de tratament specific la sfârșitul anului 2009, comparativ cu total pacienți la sfârșitul anului 2010:

Comisia de experți de la nivel CNAS	Boli cronice	Anul	Număr de pacienți
- pentru aprobarea tratamentului specific hepatitelor cronice și cirozei hepatice de etiologie virală, precum și pentru boala inflamatorie cronică intestinală	hepatita cronică C / ciroza hepatică C	2009	12.303
		2010	12.637
	hepatita cronică B /	2009	3.306

	ciroza hepatică B	2010	4.159
- pentru monitorizarea activă a terapiilor specifice oncologice în endocrinologie	tumori cu expansiune supraselară (acromegalie)	2009	159
		2010	236
	tumori neuroendocrine	2009	92
		2010	167
- pentru tratamentul tulburărilor de nutriție și metabolism	obezitate	2009	666
		2010	883
- privind tratamentul specific în psoriazisul cronic sever	psoriazisul cronic sever	2009	628
		2010	1.136
- pentru tratamentul cu imunosupresoare în poliartrita reumatoidă, artropatia psoriazică, spondilita anchilozantă și artrita juvenilă	poliartrita reumatoidă	2009	2.451
		2010	2.855
	artropatia psoriazică	2009	418
		2010	504
	spondilita anchilozantă	2009	754
		2010	1.152
	artrita juvenilă	2009	108
		2010	120

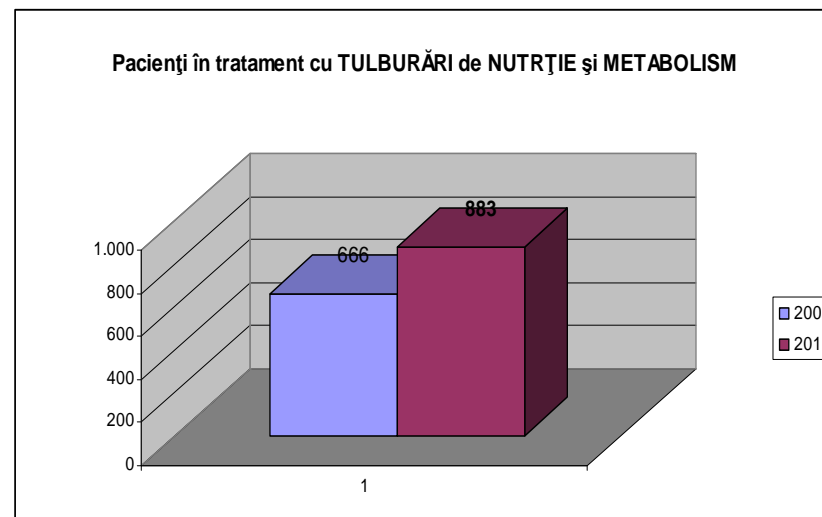
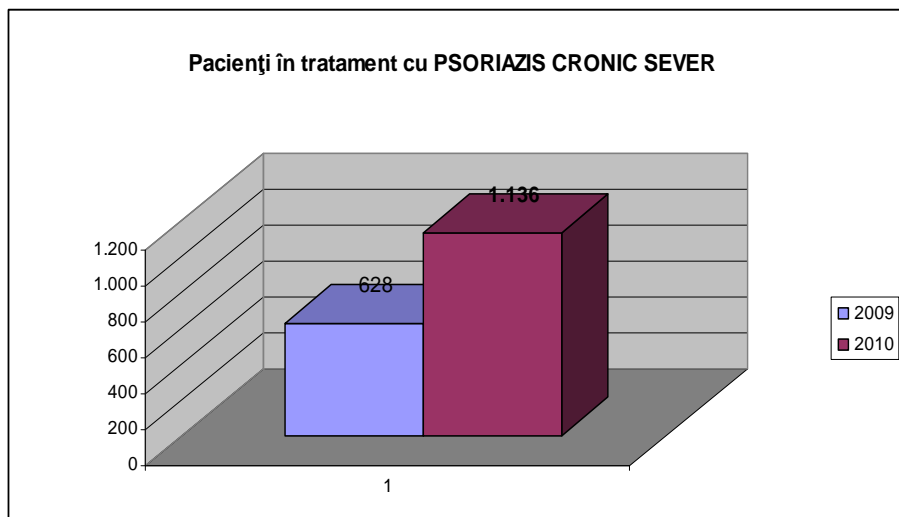
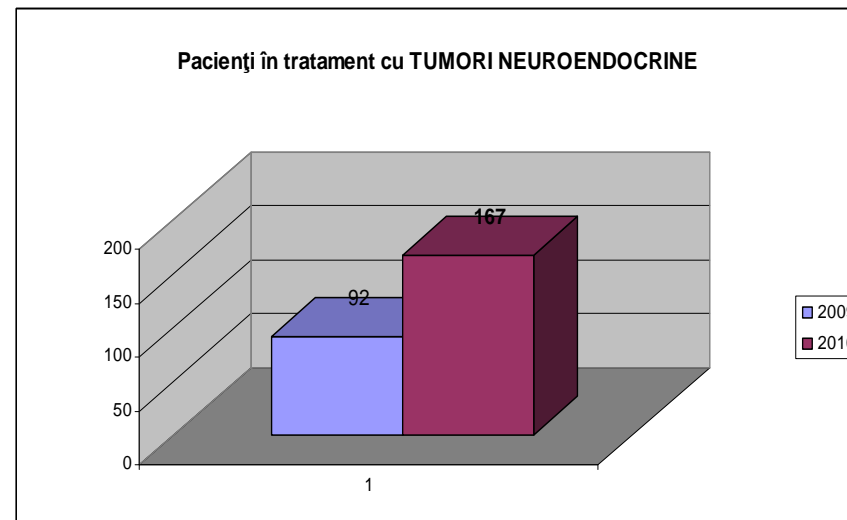
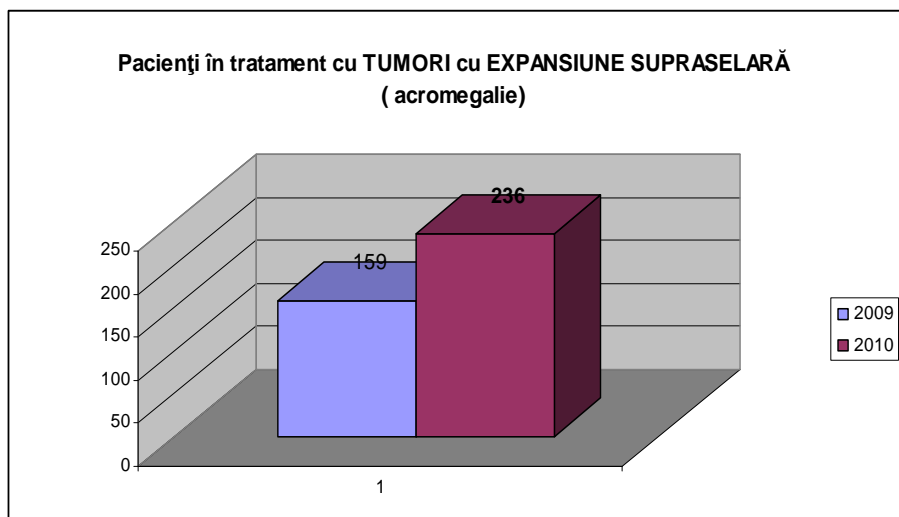
Date privind numărul total de pacienți care au beneficiat de tratament specific la sfârșitul anului 2009, comparativ cu total pacienți la sfârșitul anului 2010

În cadrul comisiei de experți de la nivel CNAS pentru aprobarea tratamentului specific hepatitelor cronice și cirozei hepatice de etiologie virală, precum și pentru boala inflamatorie cronică intestinală, comparativ cu anul 2009 când numărul de pacienți care au beneficiat de tratamentul specific a fost de 12.303 pentru hepatita cronică C/ciroza hepatică C și 3.306 pentru hepatita cronică B/ciroza hepatică B, la sfârșitul anului 2010, numărul de asigurați care au beneficiat de tratament specific a crescut până la 12.637 pentru hepatita cronică C/ciroza hepatică C, respectiv 4159 pentru hepatita cronică B/ciroza hepatică B.



În conformitate cu Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate 409/2009 cu modificările și completările ulterioare, tratamentul acromegaliei (tumori cu expansiune supraselară) și al tumorilor neuroendocrine se realizează în cadrul comisiei de experți de la nivel CNAS pentru monitorizarea activă a terapiilor specifice oncologice în endocrinologie. Dacă în anul 2009, au fost analizate și aprobate un număr de 159 dosare pentru tumorile cu expansiune supraselară, la sfârșitul anului 2010 numărul pacienților care au primit tratament specific

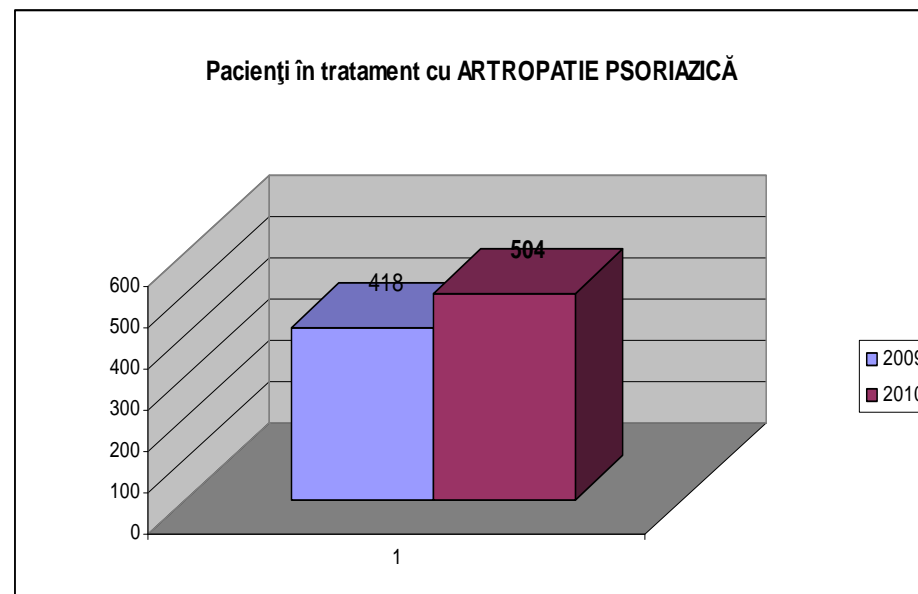
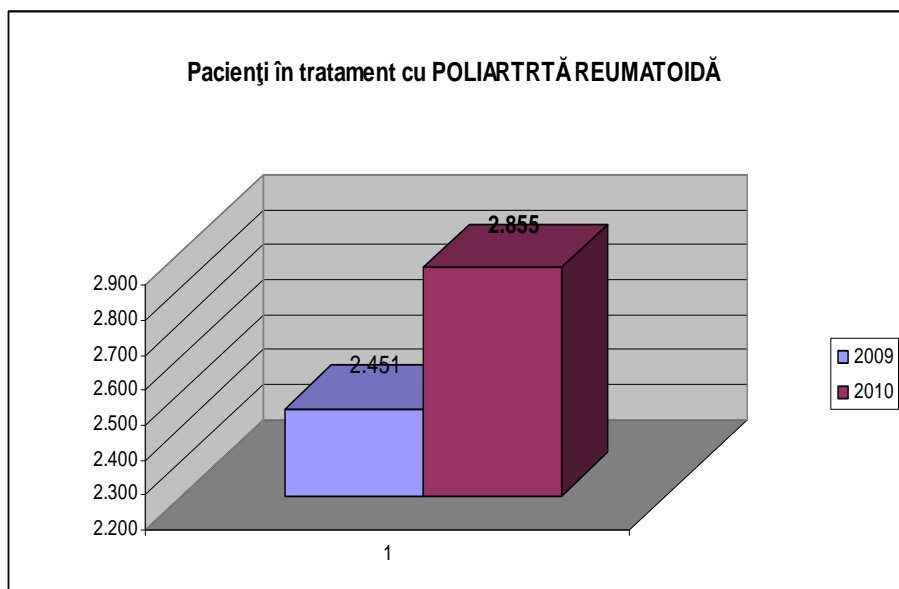
a ajuns la **236**. De asemenea, a crescut numărul pacienților tratați pentru tumori neuroendocrine de la 92 în anul 2009, la **167** până la sfârșitul anului 2010.



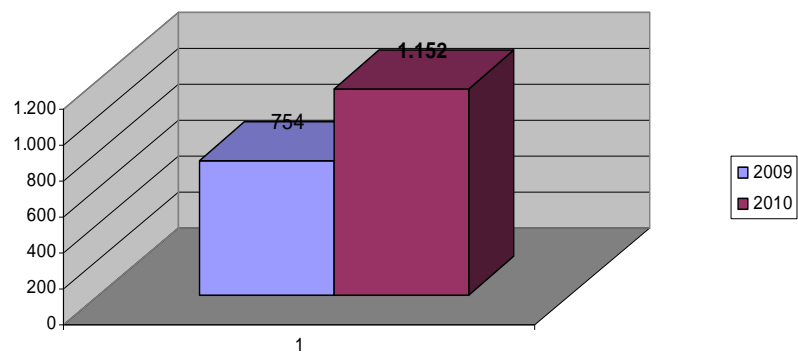
În cadrul *Comisiei de experți de la nivel CNAS pentru tratamentul tulburărilor de nutriție și metabolism* au beneficiat de tratamentul specific un număr de 666 pacienți în anul 2009. Comparativ, numărul asiguraților care au beneficiat de tratamentul specific în obezitate a crescut la **883** asigurați.

Pentru anul 2009, *Comisia de experți de la nivel CNAS privind tratamentul specific în psoriazisul cronic sever* a emis decizii de aprobare a tratamentului specific pentru un număr de 628 de pacienți. Comparativ, la sfârșitul anului 2010, au mai intrat în tratament 508 pacienți, astfel încât numărul de bolnavi care a beneficiat de tratament specific a crescut la **1.136**.

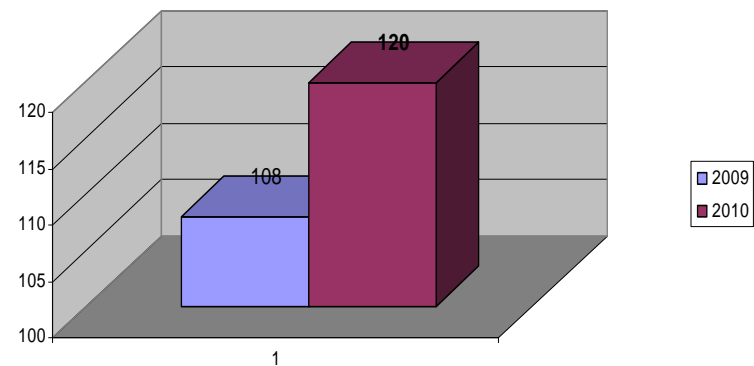
Și în cadrul *Comisiei de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru tratamentul cu imunosupresoare în poliartrita reumatoidă, artropatia psoriazică, spondilita anchilozantă și artrita juvenilă* s-a înregistrat o creștere a numărului de pacienți care au beneficiat de tratament specific, de la 3.731 pacienți în anul 2009 la **4.631** pacienți la sfârșitul anului 2010.



Pacienți în tratament cu SPONDILITĂ ANKILOZANTĂ



Pacienți în tratament cu ARTRITĂ JUVENILĂ



APLICAREA ACORDURILOR INTERNAȚIONALE ȘI DECONTĂRILE EFECTUATE ÎN BAZA CARDULUI EUROPEAN ȘI A FORMULARELOR EUROPENE

La nivelul anului 2010 bugetul alocat caselor de asigurări de sănătate în vederea finalizării procedurii de rambursare către statele membre UE/SEE sau către asigurații români a cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată acestora pe teritoriul altor state membre a fost de **10.819,14 mii lei**.

➤ În cazul **asiguraților români** care au beneficiat de asistență medicală pe teritoriul altui stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European, în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate sau a certificatului provizoriu de înlocuire a cardului ori în baza formularelor E 106, E 112, E 120, în contul caselor de asigurări, instituția de la locul de ședere sau de reședință completează formularul E 125 și îl transmite casei de asigurări de sănătate prin intermediul CNAS.

- În anul 2010 casele de asigurări de sănătate au transmis **un număr de 933 de solicitări pentru acordare de prevedere bugetară** conform Anexei 1 din *Normele metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte*, aprobate prin Ordinul președintelui CNAS nr. 729/2009. Acestea au fost verificate și avizate alocându-se prevederi bugetare în **valoare totală de 7.244,14 mii lei, reprezentând 66,96% din totalul bugetului alocat pentru prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale în anul 2010**.

- Au fost transmise **cereri de plăți externe pentru un număr de 983 formulare europene E 125** „Extras individual privind cheltuielile efective”, pentru care s-au întocmit referate de aprobare în vederea efectuării plăților externe către statele membre UE/SEE. S-au efectuat plăți către statele membre în valoare de aproximativ **1.500.000 euro** (sumă rezultată din conversia celorlalte valute la euro Din valoarea totală achitată:

- **79,90%** reprezintă contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguraților români în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate sau a certificatului provizoriu de înlocuire a cardului,
- **11,32 %** servicii medicale acordate în baza formularului european E 106 și
- **8,78%** servicii medicale acordate în baza formularului european E 112.

- În cazul **asiguraților străini** care au beneficiat de asistență medicală pe teritoriul României, în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate sau a certificatului provizoriu de înlocuire a cardului ori în baza formularelor E 106, E 112, E 120.
- CNAS a transmis în anul 2010 **835 formulare europene E125 în valoare totală de 1.178.495,22 lei** către organismele de legătură din statele membre UE/SEE, în vederea recuperării sumelor echivalente serviciilor medicale de care asigurații străini au beneficiat pe teritoriul României,
 - În anul 2010 s-a recuperat de la statele membre UE/SEE **suma totală de 610.884,32 lei reprezentând contravaloarea a 523 formulare europene E 125** emise de instituțiile competente din România.
- Rambursarea cheltuielilor privind serviciile medicale **suportate de către asigurații români** pe teritoriul altui stat membru UE/SEE.
- *Ordinul președintelui CNAS 729/2009* prevede două tipuri de rambursări:
 - a) *cazul rambursării serviciilor devenite necesare pe teritoriul altui stat membru UE/SEE:*

În condițiile în care unui asigurat român aflat pe teritoriul unui stat membru al Uniunii Europene i se acordă asistență medicală devenită necesară în timpul șederii temporare, fără ca acesta să prezinte cardul european de asigurări sociale de sănătate sau acesta nu este recunoscut de unitatea sanitară de la locul de ședere, asiguratul român suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate, urmând ca, ulterior, în baza unei cereri formulate către casa de asigurări de sănătate, însoțită de documentele justificative, să i se ramburseze costurile acestor servicii în conformitate cu procedura instituită pentru utilizarea formularului european **E 126**, prevăzută de regulamentele europene.
 - b) *cazul rambursării prestațiilor medicale solicitate de asiguratul român într-un alt stat membru UE/SEE, fără obținerea în prealabil a acordului casei de asigurări de sănătate la care este luat în evidență ca persoană asigurată:*

În condițiile în care un asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România se deplasează într-un stat membru al Uniunii Europene cu scopul de a primi tratament medical, fără aprobarea prealabilă a casei de asigurări de sănătate unde este luat în evidență ca persoană asigurată, acesta suportă contravaloarea serviciilor medicale acordate, iar la solicitarea scrisă a asiguratului, însoțită de documente justificative, casa de asigurări de sănătate rambursează contravaloarea serviciilor medicale acordate la nivelul tarifelor din România.

Pentru ambele tipuri de rambursare, în cursul anului 2010 s-au verificat și supus avizării un număr de **1.516 solicitări pentru acordare de prevedere bugetară în valoare totală de 5.418,63 mii lei**, întocmite de către casele de asigurări de sănătate conform *Anexei 3 din Normele metodologice privind rambursarea și recuperarea cheltuielilor reprezentând asistența medicală acordată în baza documentelor*

internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte, aprobate prin Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009.

Din totalul acestora, un număr de **240 de solicitări cu valoarea totală de 762,05 mii lei (aproximativ 14,06 % din total)** au fost cele întocmite în vederea rambursării contravalorii serviciilor medicale devenite necesare atunci când asiguratul român se afla în ședere temporară pe teritoriul altui stat membru UE/SEE, iar diferența de **1.276 solicitări cu valoarea totală de 4.656,58 mii lei (aproximativ 85,94 % din total)** o reprezintă cele întocmite în cazul rambursării prestațiilor medicale solicitate de asiguratul român într-un alt stat membru UE/SEE, fără obținerea în prealabil a acordului casei de asigurări de sănătate la care este luat în evidență.

În anul 2010 au primit avizul favorabil din partea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate un număr **de 1.082 de solicitări pentru acordare de prevedere bugetară, alocându-se pentru acestea un buget total de 3.575,00 mii lei, ceea ce reprezintă 33,04 % din totalul bugetului alocat pentru prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale în anul 2010.** Din acestea, ponderea cea mai mare este reprezentată de solicitările pentru acordare de prevedere bugetară întocmite pentru rambursarea prestațiilor medicale solicitate de asiguratul român într-un alt stat membru UE/SEE, fără obținerea în prealabil a acordului casei de asigurări de sănătate, fiind aprobate un număr de **865 solicitări pentru care s-a alocat un buget total de 3.265,26 mii lei (aproximativ 91,34% din total), diferența de 217 solicitări cu valoarea totală de 309,74 mii lei (aproximativ 8,66 % din total)** reprezentând-o solicitările întocmite în vederea rambursării contravalorii serviciilor medicale devenite necesare atunci când asiguratul român se afla în ședere temporară pe teritoriul altui stat membru UE/SEE.

Situația centralizată a formularelor europene și a cardurilor europene de asigurări sociale de sănătate emise la nivelul caselor de asigurări de sănătate în perioada 1 ianuarie - 31 decembrie 2010

Tipul formularului european emis	Număr de formulare emise în anul 2010
E104	948
E106 sau S1 similar	2.753
E107	519
E108	422
total E109 sau S1 similar	47
total E112 sau S2 similar	953

E115	165
E116	131
E117	5
E118	7
total E121 sau S1 similar	2.837
E125	928
E126	351
E001	339
CEASS	239.644
CIP	11.768

Primele 5 state membre pentru care instituțiile competente din România au eliberat formulare **E112 /S2**:

ȚARA	Număr de formulare eliberate
Germania	405
Austria	192
Ungaria	90
Italia	71
Franța	65

Primele 5 afecțiuni pentru care au fost eliberate formularele **E112 /S2**

Tip afecțiuni	Număr formulare eliberate
Oncologice	363
Boli ale sistemului circulator	197
Neurologice	70
Ortopedice	41
Pediatrice	38

Casele de asigurări de sănătate care au eliberat cele mai multe formulare E112/S2 în anul 2010:

<i>Casa de Asigurări de Sănătate</i>	<i>Număr formulare eliberate</i>
București	122
AOPSNAJ	96
Timiș	74
Constanța	65
Mureș	53

➤ Activități privind aplicarea **regulamentelor europene**

1. reprezentări CNAS:

- **în plan internațional**, la lucrările Comisiei Administrative și la reuniunile Grupurilor de lucru pentru:
 - Comisia Administrativă pentru Securitate Socială a lucrătorilor migranți;
 - Grupul de lucru pe sănătate publică privind Directiva referitoare la serviciile medicale transfrontaliere;
 - Grupul ad-hoc privind fraudă și eroarea în domeniul prestațiilor în natură și bani;
 - Platforma europeană pentru asigurări sociale și
 - Comisia de audit.

- **în plan intern** la întâlnirile organizate în domeniul securității sociale în:
 - Grupul de lucru organizat la nivelul Ministerului Sănătății;
 - Grupul de lucru organizat la nivelul Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale;
 - Grupul de lucru organizat la nivelul Departamentului de Afaceri Europene;
- Reuniunea de coordonare a afacerilor europene la nivelul Departamentului de Afaceri Europene

2. participarea la negocierea, elaborarea, redactarea, interpretarea și aplicarea clauzelor cu incidență în sistemul asigurărilor sociale de sănătate ale documentelor internaționale la care România este parte, participarea la negocierea documentelor bilaterale în domeniul securității sociale (la solicitarea Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale), cât și avizarea proiectelor de documente bilaterale care conțin prevederi legate de acordarea prestațiilor în natură de boală – maternitate.

3. organizarea de întâlniri oficiale și la nivel înalt la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, astfel:

- Întâlnirea cu delegația din Republica Moldova în cadrul „Sprijin pentru consolidarea capacității administrative a autorităților din Republica Moldova pentru transferul prestațiilor de securitate socială”, în cooperare cu OIM
- întâlnirea dintre Președintele CNAS împreună cu reprezentanții Ministerului Sănătății și reprezentanții Comisiei Europene – DG Sanco pentru discutarea poziției naționale pe propunerea de Directivă a PE și CONS privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere.

4. participarea la diferite runde de negociere cu parteneri oficiali internaționali, astfel:

- prima rundă a negocierilor între delegațiile României și Republicii Serbia, în scopul încheierii Acordului privind securitatea socială.
- întâlnirea între autoritățile din România și reprezentanții autorităților din Quebec pentru începerea negocierii Înțelegerii între Guvernul României și Guvernul Provinciei Quebec în domeniul securității sociale
- întâlnirea cu reprezentanții Fondului de Sănătate din Macedonia în vederea finalizării formularelor pentru implementarea prevederilor Acordului între România și Republica Macedonia în domeniul asigurărilor sociale

➤ **Participare la negocierea documentelor internaționale** în baza Memorandumurilor transmise de instituțiile de resort. Au fost întocmite referate supuse aprobării președintelui C.N.A.S. pentru un număr de 13 memorandumuri, astfel:

- Memorandumul cu tema: „Aprobarea inițierii negocierilor Protocolului între Guvernul României și Guvernul Muntenegrului pentru inventarierea cadrului juridic bilateral”;

- Memorandumul cu tema: „Aprobarea negocierii Programului de colaborare în domeniile culturii, educației și științei între Guvernul României și Guvernul Republicii Armenia”;
- Memorandumul cu tema „Aprobarea semnării Programului executiv de cooperare în domeniile culturii, mass – media, educației și științei între Guvernul României și Guvernul Statului Kuwait pentru anii 2010 - 2014”;
- Memorandumul cu tema: „Aprobarea negocierii Protocolului de colaborare între Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului din România și Ministerul Învățământului și Științei din Albania, pentru anii 2010 - 2013”;
- Memorandumul cu tema: „Înțelegerea de colaborare în domeniul învățământului între Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului din România și Ministerul Învățământului Public din Republica Uzbekistan”;
- Memorandumul cu tema: „Aprobarea semnării Programului de cooperare în domeniul educației, științei și culturii între Guvernul României și Organizația pentru eliberarea Palestinei (care acționează pentru Autoritatea Națională Palestiniană) pentru anii 2010 - 2012”;
- Memorandumul cu tema: „Aprobarea semnării Programului de colaborare culturală, educațională și științifică între Guvernul României și Guvernul Statului Israel pentru anii 2010 - 2013”;
- Memorandumul cu tema „Aprobarea negocierii și semnării Programului de colaborare în domeniile științei, culturii, mass – media, tineretului și sportului între Guvernul României și Guvernul Republicii Islamice Pakistan”;
- Memorandumul cu tema: „Aprobarea negocierii Programului de cooperare între Guvernul României și Guvernul Republicii Albania, în domeniile culturii, artei, mass – media, tineretului și sportului în perioada 2010 - 2014”;
- Memorandumul cu tema „ Aprobarea negocierii și semnării celui de-al X-lea Program executiv de cooperare culturală între Guvernul României și Guvernul Republicii Cipru, pentru anii 2011 - 2015”;
- Memorandumul cu tema „Aprobarea modificării Programului de colaborare în domeniul învățământului din Turkmenistan pentru anii 2008-2012,,;
- Memorandumul pentru Aprobarea înțelegerii între Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului din România și Ministerul Tineretului și Sportului din Republica Moldova privind cooperarea în domeniile tineretului și sportului;

- Memorandumul cu tema: aprobarea prelungirii Protocolului între Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului din România și Ministerul Învățământului din Republica Populară Chineză cu privire la aplicarea Înțelegerii între Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului din România și Ministerul Învățământului din Republica Populară Chineză privind colaborarea în domeniul învățământului în perioada 2007 – 2009, pentru anul universitar 2010 – 2011.

- Formulare **puncte de vedere** asupra a **7 proiecte de acte normative** privind cooperarea între guvernul României și alte state, transmise de instituțiile inițiatoare, după cum urmează:
 - Programul de aplicare a Acordului de cooperare culturală între Guvernul României și Guvernul Republicii Islamice Pakistan;
 - Acord de colaborare între Ministerul Culturii și Patrimoniul Național al României și Ministerul Culturii al Republicii Moldova;
 - Program de cooperare culturală, educațională și științifică încheiat între Guvernul României și Guvernul Statului Israel pentru anii 2009 - 2012;
 - Programul de schimburi în domeniile culturii, artei, științei și educației între Guvernul României și Guvernul Republicii Islamice Iran pentru anii 2010 – 2013;
 - Proiectul Acordului de cooperare între Ministerul Sănătății al României în domeniul sănătății și științelor medicale;
 - Programul de cooperare în domeniul educației, științei și culturii între Guvernul României și Organizația pentru liberarea Palestinei (care acționează pentru Autoritatea Națională Palestiniană) pentru anii 2010 – 2012;
 - Proiectul de Program de colaborare în domeniile culturii, educației, mass-media, tineretului, sportului și turismului între Guvernul României și Guvernul Federației Ruse pentru anii 2010 – 2013.

CAPITOLUL IV. ALTE ACTIVITĂȚI

ÎN DOMENIUL JURIDIC, CONTENCIOS ȘI REGLEMENTĂRI

- **Reprezentarea intereselor CNAS** în litigiile în care aceasta este parte într-un număr de **184** de dosare, în fața instanțelor de drept civil, contencios administrativ, dreptul muncii, asigurând promovarea și susținerea acțiunilor în instanțele de judecată, precum și apărarea drepturilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în dosarele în care aceasta este parte, astfel: 74% litigii în curs de derulare, 14% litigii câștigate și 12% litigii pierdute (privind drepturile funcționarilor publici), după cum urmează:
 - 55 litigii privind drepturile funcționarilor publici
 - 7 litigii privind acordarea drepturilor salariale
 - 31 litigii privind anularea/suspendarea unor acte normative
 - 6 excepții de nelegalitate
 - 11 contestații la executare
 - 13 pretenții
 - 18 litigii privind acordarea contravalorii tratamentelor acordate în țară sau străinătate
 - 9 plângeri contravenționale împotriva amenzilor privind concediile medicale
 - 4 litigii privind acordarea indemnizației de concediu medical
 - 30 litigii având ca obiect alte cereri

- Formulare **puncte de vedere** pentru:
 - **29** proiecte de acte normative înaintate de Ministerul Sănătății
 - **39** propuneri legislative și proiecte de acte normative pentru Departamentul pentru Relația cu Parlamentul

- Verificarea documentației necesară contractării și derulării contractelor de dializă pentru anul 2010 depuse de furnizorii de dializă, elaborare și acordare aviz de legalitate pentru un număr de **70 de Contracte de dializă** pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu de către furnizorii de servicii medicale de dializă, centre pilot și privați, în vederea intrării acestora în relații contractuale cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate și un număr de **280 acte adiționale** la acestea
- S-a acordat un număr de **1541 avize de legalitate** pentru proiecte de hotărâri și hotărâri ale Consiliului de Administrație al CNAS, ordine ale președintelui CNAS, proiecte de ordine ale CNAS și Ministerului Sănătății, precum și pentru contractele și actele adiționale încheiate de CNAS;
- Membrii Comisiei Centrale de Arbitraj au participat în calitate de arbitri, asistenți arbitrali și secretar la litigiile arbitrale dintre casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii medicale (un număr total de 31 dosare)

ÎN DOMENIUL AUDITULUI PUBLIC INTERN

- **În realizarea Cadrului metodologic și procedural**, au fost elaborate/actualizate următoarele:
 - Sinteza rapoartelor de activitate întocmite de structurile de audit public intern de la nivelul caselor de asigurări de sănătate și de compartimentul de audit public intern al CNAS în anul 2009, în trimestrul I și II 2010, în semestrul I 2010, în primele 3 trimestre ale anului 2010;
 - Procedura „Identificarea riscurilor” și Ghidul misiunii de audit intern privind „Analiza și evaluarea activității de inventariere a patrimoniului”, în conformitate cu prevederile OMFP nr. 2861/2009 pentru aprobarea Normelor privind organizarea și efectuarea inventarierii elementelor de natura activelor, datoriilor și capitalurilor proprii;
 - Ghidul misiunii de audit privind evaluarea modului de prescriere și eliberare a medicamentelor necesare tratamentului unor boli cronice care necesită aprobarea comisiilor de experți de la nivelul CNAS și CAS aprobat prin Ordinul Președintelui CNAS nr. 430/2010;

- Sinteza Rapoartelor de audit privind Evaluarea modului de prescriere și eliberare a medicamentelor necesare tratamentului unor boli cronice care necesită aprobarea comisiilor de experți de la nivelul CNAS și CAS;
- Ghidul misiunii de audit privind evaluarea modului de monitorizare și controlul derulării PNS, aprobat prin Ordinul Președintelui CNAS nr. 709/2010;
- Sinteza Rapoartelor de audit privind Evaluarea activității de contractare a serviciilor medicale și farmaceutice pentru anul 2010, la nivelul caselor de asigurări de sănătate;
- Ghidul misiunii de audit privind evaluarea modului de realizare a veniturilor bugetului FNUASS de la persoanele fizice, altele decât cele pentru care colectarea se face de către ANAF, aprobat prin Ordinul Președintelui CNAS nr. 719/2010;

➤ **Evaluări interne, externe sau autoevaluări ale structurilor de audit public intern:**

- **Evaluările interne** s-au realizat prin exercitarea funcției de supervizare în cazul structurilor de audit public intern care au prevăzute și încadrate cel puțin 2 posturi de auditori;
- **Evaluările externe** pentru structurile de audit public intern ale CAS au fost efectuate de către SAPI – CNAS în cadrul misiunilor planificate la nivelul CAS: Bihor, Giurgiu, Prahova, Brăila, Mehedinți, Galați, Tulcea, Suceava, Caraș Severin, Dolj, București, MTCT și AOPSNAJ.

➤ **Planificarea activității structurilor de audit public intern:**

La nivelul SAPI – CNAS și a structurilor de audit public intern ale CAS au fost identificate activitățile auditabile, au fost elaborate planuri strategice, iar planurile anuale de audit au fost fundamentate pe baza analizei riscurilor.

Referitor la activitatea de planificare, s-au constatat următoarele:

- au fost identificate structuri de audit public intern care, deși au actualizat planul anual de audit public intern, nu au transmis spre informare acest document la CAPI – CNAS, așa cum este prevăzut la art. 5.1. b) din Ordinul Președintelui CNAS nr. 410/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind exercitarea auditului public intern în cadrul Casei Naționale de Asigurări de

Sănătate și al caselor de asigurări de sănătate, care stipulează “ (...) după care se înaintează și structuri de audit public intern a CNAS, însoțit de referatul de justificare;”.

➤ În anul 2010 la nivelul **SAPI – CNAS**, au fost analizate și centralizate datele privind misiunile de audit public intern realizate, rezultând următoarele:

- misiuni planificate în perioada raportată - **20**
- misiuni realizate - **21**
- gradul de realizare - **100%**;

➤ În anul 2010 la nivelul **CAS**, gradul de realizare al misiunilor de audit planificate este de **98,96%**, situația prezentându-se astfel:

- misiuni planificate - **383**;
- misiuni realizate - **379**;
- misiuni realizate în afara planului (în plus față de numărul de **379**) - **15** (**11** misiuni dispuse de Președinții – Director General ai CAS și **4** dispuse de CAPI - CNAS).

➤ Principalele domenii auditate au fost:

A. La nivelul CNAS:

- procesul bugetar - **5 misiuni**;
- funcții specifice - **3 misiuni**;
- evaluarea sistemului de management și a structurilor de audit public intern - **13 misiuni**;

Au fost centralizate recomandările formulate de către echipele de audit ale SAPI - CNAS în timpul misiunilor, rezultând următoarele:

- număr recomandări formulate – **447**, din care:
 - număr recomandări implementate - **314**;
 - număr recomandări parțial implementate - **34**;
 - număr recomandări cu termen de implementare în anul următor - **99**.

B. La nivelul CAS:

- procesul bugetar - **252** misiuni;
- achiziții publice - **7** misiuni;
- resurse umane si salarizare - **11** misiuni;
- sistem informatic - **5** misiuni;
- funcții specifice - **119** misiuni

În cadrul misiunilor realizate, auditorii **de la nivelul CAS** au formulat un număr de **1.522** recomandări situația prezentându-se astfel:

- număr recomandări formulate **1.522**;
- număr recomandări implementate **-1.138**;
- număr recomandări parțial implementate **98**;
- număr recomandări cu termen de implementare în anul următor - **286**.

➤ **Misiuni care au necesitat extinderea la furnizori**, după cum urmează:

- CAS Bistrița la furnizorii de specialități clinice, asistență primară și recuperare;
- CAS Buzău la Spitalul Municipal Rm. Sărat;
- CAS Gorj la furnizorii de servicii medicale paraclinice;
- CAS Ilfov la serviciul de ambulanță;
- CAS Timiș la furnizorii de dispozitive medicale și de îngrijiri medicale la domiciliu;
- CAS Vrancea la furnizorii de servicii medicale din asistență primară;
- CAS Hunedoara la furnizorii de servicii medicale din asistență primară;
- CAS Brașov la Spitalul de pediatrie;
- CAS Maramureș la serviciul județean de ambulanță;
- CAS Dâmbovița la Spitalul Județean de Urgență Târgoviște

Urmare a acestor verificări, au fost constatate ca utilizate nelegal și recuperate integral în perioada de raportare, fonduri în valoare de **17.089,62 lei**.

➤ Cele mai **frecvente recomandări** formulate de auditori sunt cele referitoare la:

- actualizarea:
 - atribuțiilor prevăzute în ROF și fișele de post;
 - procedurilor operaționale;
 - graficului de circulație a documentelor;
- înregistrarea facturilor la intrarea în instituție și în contabilitate;
- neînregistrarea în contabilitate a tuturor debitorilor;
- îmbunătățirea activității structurii care are ca atribuție executarea silită;
- recuperarea debitelor;
- realizarea veniturilor.
- au fost formulate recomandări pentru remedierea unor deficiențe, printre care: baze de date neactualizate, neconformitatea în ceea ce privește întocmirea și eliberarea unor documente (decizii, procese verbale, referate), verificări cu întârziere a unor documente privind serviciile raportate de furnizori ca efectuate

➤ **Implementarea** ansamblului de recomandări formulate în timpul misiunilor de audit **conduce la:**

- îmbunătățirea activității și implicit a modului de îndeplinire a obiectivelor structurilor funcționale atât din cadrul CAS cât și CNAS;
- diminuarea riscurilor identificate și/sau constatate;
- prevenirii apariției riscurilor de natură financiară urmare a posibilității decontării unor sume fără bază legală;
- asigurarea unui sistem de management coerent, bazat pe gestiunea riscurilor;
- creșterea calității și eficacității controlului intern;
- îmbunătățirea eficienței și eficacității operațiilor;
- asigurarea unei mai bune administrări și gestionări a patrimoniului.

- În anul 2010 a fost întocmit un număr de 2 FCRI (Fișă de Constatate și Raportare a Iregularităților), astfel:
 - la CAS Vrancea
 - la CAS Cluj
- În anul 2010 nu au fost raportate cazuri de neînsușire de către Președinții – Directori Generali ai CAS/Președintele CNAS, după caz, a recomandărilor formulate în rapoartele de audit public intern.

ÎN DOMENIUL CONTROLULUI

A. La nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

- în anul 2010 au fost efectuate **45 de acțiuni de control** la:
 - **68** furnizori de servicii medicale și medicamente
 - **28** de case de asigurări de sănătate,

Măsurile dispuse au vizat:

- Asigurarea conformității activității prin dispoziții administrative menite să întărească sistemul de control intern.
- Identificarea și recuperarea sumelor plătite necuvenit de către casele de asigurări de sănătate către furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale.
- Rezilierea unor contracte de furnizare de servicii medicale în cadrul sistemului de asigurări de sănătate, în cazul în care au fost constatate abateri grave de la legislația în vigoare.
- Disponerea efectuării de către structurile de control teritoriale a unor acțiuni de control operativ la furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale.
- Sesizarea organelor de cercetare penală competente, întrucât au fost identificate fapte care prezintă caracteristicile unor fapte de natură penală.

- Cercetarea abaterilor unor funcționari publici în conformitate cu prevederile legale în vigoare și, acolo unde a fost cazul, aplicarea sancțiunilor corespunzătoare.

Sumele identificate în rapoartele de control sau în urma aplicării măsurilor dispuse în acestea ca fiind plătite necuvenit din F.N.U.A.S.S. se ridică la un **total de 1.220.157 lei**, din care:

- **958.433** lei au fost recuperați;
- **38.789** lei sunt în curs de recuperare;
- **222.935** lei sunt în litigiu la Comisia centrală de arbitraj.

În plus, au fost dispuse măsuri de diminuare a valorii minime garantate a punctului per capita, respectiv de diminuare a valorii de contract pentru luna/lunile în care s-a constatat nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizorii controlați.

➤ S-au derulat o **serie de activități** care au avut în vedere obiectivele specifice, respectiv identificarea iregularităților și disfuncționalităților privind utilizarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate și sancționarea abaterilor, respectiv propunerea de măsuri corective, precum și îndrumarea metodologică și coordonarea activității specifice desfășurată de structurile teritoriale de control, după cum urmează:

- **controale operative, la furnizori de servicii medicale și medicamente, cu obiective strict determinate**, la nivelul a **5 județe** (Suceava, Constanța, Iași, Brașov și Timiș). Urmare a acestor controale au fost identificate sume plătite necuvenit din F.N.U.A.S.S. în valoare totală de **907.665,15 lei**, fiind dispusă recuperarea acestora.
- acțiuni de **control operativ la nivelul furnizorilor de medicamente în ambulatoriu și a medicilor** care au eliberat prescripțiile medicale pentru medicamentele cu și fără contribuție personală, precum și unele materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ. Urmare a acestor controale au fost identificate sume plătite necuvenit din F.N.U.A.S.S. în valoare totală de **567.656,59 lei**, fiind dispusă recuperarea acestora.
- efectuarea unor acțiuni **de control la nivelul tuturor caselor de asigurări de sănătate**, în urma modificărilor legislative survenite în domeniul concediilor și indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate. Urmare a acestor controale au fost aplicate **750**

de sancțiuni contravenționale, din care **443** amenzi în valoare totală de **1.925.500 lei** și **307** avertismente, precum și diminuarea cu **10% a valorii garantate** a punctului pentru **62** medici și diminuarea valorii de contract cu **1% pentru 8 spitale** și cu **3% pentru 1 spital**.

Disfuncționalități și iregularități identificate

▪ La nivelul caselor de asigurări de sănătate

1. Angajarea caselor de asigurări de sănătate în relații contractuale cu furnizorii de servicii medicale, fără respectarea legislației în vigoare
2. Funcționarea defectuoasă a controlului intern
3. Existența unor stări conflictuale

▪ La nivelul furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale

1. Nerespectarea obligațiilor contractuale
2. Nerespectarea actelor normative adiacente celor care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate

B. La nivelul structurilor teritoriale de control

În anul 2010, structurile teritoriale de control au acționat pentru realizarea atât a obiectivelor prevăzute în „Planurile anuale de control”, aprobate de președinții - directori generali ai caselor de asigurări de sănătate și avizate la nivelul CNAS cât și a controalelor dispuse de președintele CNAS **efectuând un număr total de 12.588 acțiuni de control (controale tematice ,operative si inopinate)**

Domeniu controlat		Controale efectuate			
		Tema-tice	Opera-tive	Inopi-nate	Total
A	Controale la furnizorii de servicii medicale	7.963	1.016	748	9.727
1	Asistența medicală primară	3.142	427	273	3.842
2	Ambulatoriu de specialitate clinic	809	240	178	1.227
3	Ambulatoriu de specialitate paraclinic	470	44	50	564
4	Ambulatoriu de specialitate stomatologic	1.199	2	10	1.211
5	Asistența medicală spitalicească	173	120	161	454
6	Asistența medicală de urgență și transport sanitar	50	2	0	52
7	Îngrijiri medicale la domiciliu	185	6	2	193
8	Asistența medicală de recuperare-reabilitare	199	3	15	217
9	Furnizori de medicamente	1.455	166	42	1.663
10	Dispozitive medicale	267	0	5	272
11	Programe naționale de sănătate	14	6	12	32
B	Controale la persoane fizice care au obligația să vireze contribuția de asigurări de sănătate la F.N.U.A.S.S.	1.486	456	26	1.968
C	Controale la persoane juridice sau fizice ai căror salariați beneficiază de CM cf. O.U.G. 158/2005	339	80	158	577
D	Controale la persoane fizice care beneficiază de CM cf. O.U.G. 158/2005	211	69	36	316
TOTAL GENERAL		9.999	1.621	968	12.588

- În derularea acțiunilor de control, s-a urmărit protejarea intereselor asiguraților și buna gestiune financiară a fondului național de asigurări de sănătate prin:
- evidențierea și aducerea la cunoștința entității controlate a abaterilor și faptelor care au generat încălcarea reglementărilor legale în domeniul asigurărilor sociale de sănătate și a consecințelor produse de această încălcare;
 - determinarea entităților controlate să își însușească și să respecte normele legale în domeniul asigurărilor sociale de sănătate;

- c) cunoașterea dinamicii și a gradului de repetabilitate al aceluiași fapt care contravin normelor legale, în vederea stabilirii periodicității intervențiilor pentru înlăturarea deficiențelor și limitarea efectelor patrimoniale negative;
- d) dispunerea măsurilor adecvate în vederea restabilirii legalității și evaluarea impactului și a eficienței măsurilor luate anterior;
- e) conștientizarea entității controlate prin prezentarea riscurilor induse de nerespectarea prevederilor care decurg din reglementările aplicabile propriei activități și a avantajelor posibile determinate de conformitatea cu legislația din domeniul asigurărilor sociale de sănătate.

➤ **Măsurile** dispuse au vizat:

- Asigurarea conformității activității entității controlate prin dispoziții vizând direct corectarea abaterilor constatate.
- Identificarea și recuperarea sumelor plătite necuvenit de către casele de asigurări de sănătate către furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale.
- Identificarea și recuperarea debitelor datorate la F.N.U.A.S.S. de către categorii de contribuabili pentru care casele de asigurări de sănătate colectează contribuția.

Controale tematice planificate – **total 10.663**, din care:

- realizate - **9.999**,
- grad de realizare - **93,77%**

Gradul de realizare a controalelor tematice pe categorii controlate

Categoria controlată	Obiective vizate în efectuarea controlului	Controale tematice planificate	Controale tematice realizate	Grad de realizare %
Furnizori de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale	a. verificarea modului de respectare de către furnizor a condițiilor existente la momentul evaluării ; b. verificarea modului de respectare	8.410	7.963	94,68%

	a clauzelor contractuale ; c. verificarea concordantei între serviciile medicale contractate, raportate și decontate de către casele de asigurări și serviciile consemnate în evidențele specifice existente la nivelul furnizorului.			
Persoane fizice care au obligația să vireze contribuția de asigurări de sănătate la FNUASS	a. respectarea legislației în vigoare cu privire la obligațiile de constituire și plata la F.N.U.A.S.S.; b. verificarea declarării veniturilor estimate și realizate; c. verificarea achitării contribuției în calitate de asigurat; d. stabilirea sumelor datorate la fondul național unic al asigurărilor de sănătate.	1.585	1.486	93,75%
Persoane juridice sau fizice ai căror salariați beneficiază de concedii medicale conform O.U.G. nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare	respectarea legislației în vigoare	451	339	75,17%
Persoane fizice care beneficiază de concedii medicale conform O.U.G. nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare	respectarea legislației în vigoare	217	211	97,24%
TOTAL		10.663	9.999	-

În urma controalelor **tematice** efectuate în anul 2010 la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale a fost imputată suma de **10.199 mii lei**, din care au fost **recuperați 8.425,21 mii lei, reprezentând 82,61%**. Gradul scăzut de recuperare se datorează faptului că în valoarea totală a sumelor imputate la data de 31.12.2010 sunt cuprinse și sumele imputate furnizorilor de servicii în luna decembrie 2010 și care, urmează a fi recuperate în luna ianuarie 2011, odată cu decontarea serviciilor aferente lunii decembrie.

Situația sumelor imputate și recuperate la 31.12.2010, pe domenii de asistență medicală, este următoarea :

Controale la furnizorii de servicii medicale	Sume imputate	Sume recuperate	Grad de recuperare
Asistența medicală primară	1.596.022,73	1.275.978,23	79.9%
Ambulatoriu de specialitate clinic	457.447,63	250.242,29	54.7%
Ambulatoriu de specialitate paraclinic	397.336,70	331.528,33	83.4%
Ambulatoriu de specialitate stomatologic	35.527,63	29.560,97	83.2%
Asistența medicală spitalicească	6.006.905,57	5.024.219,11	83.6%
Asistența medicală de urgență și transport sanitar	521.081,35	515.459,05	98.9%
Îngrijiri medicale la domiciliu	107.728,84	107.654,91	99.9%
Asistența medicală de recuperare-reabilitare	109.263,80	41.130,51	37.6%
Furnizori de medicamente	967.221,85	848.973,58	87.8%
Dispozitive medicale	459,55	459,55	100.0%
Programe naționale de sănătate	0,00	0,00	-
TOTAL	10.198.995,65	8.425.206,53	82.6%

C. Controale inopinate si operative – atât la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cât și la nivelul structurilor teritoriale de control.

C.1 Controale inopinate

- Acțiuni de control operativ la nivelul furnizorilor de medicamente în ambulatoriu și a medicilor care au eliberat prescripțiile medicale pentru medicamentele cu și fără contribuție personală, precum și unele materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ

Urmare a acestor controale au fost identificate sume plătite necuvenit din FNUASS în valoare totală de **567.656,59 lei**, acestea fiind imputate furnizorilor. De asemenea s-a procedat la:

- diminuarea valorii de contract cu 20% la 1 medic prescriptor,
- diminuarea valorii de contract cu 10% la 97 de furnizori (77 medici prescriptori și 20 de farmacii),
- diminuarea valorii de contract cu 1% la 3 spitale și rezilierea contractelor încheiate cu 3 farmacii.

C.2 Controale operative

Ca urmare a modificării actelor normative care reglementează concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, au fost efectuate acțiuni de control operativ la nivel național, astfel:

- **5.342 acțiuni de control la medici** care au eliberat **certIFICATE DE CONCEDIU MEDICAL**, identificându-se abateri de la legislația în vigoare în cazul a **792** dintre aceștia, iar **17** medici nu au fost găsiți la program.

➤ - fost controlată **prezența la domiciliu** pentru un număr de **1.487 beneficiari de concedii medicale**, nefiind găsiți de către echipele de control la adresele din declarații un număr de **136** de beneficiari.

În acest sens, au fost dispuse **următoarele măsuri**:

- **750** de sancțiuni contravenționale, din care **443** amenzi în valoare totală de **1.925.500** lei și **307** avertismente;

- diminuarea cu **10%** a valorii garantate a punctului pentru **62** medici;

- diminuarea valorii de contract cu **1%** pentru 8 spitale și cu **3%** pentru 1 spital;

- rezilierea unui număr de **92** convenții pentru acordarea și eliberarea certificatelor de concediu medical;

- sesizarea comisiilor de disciplină ale Colegiului medicilor pentru un număr de **82** medici;

- amânarea/refuzul justificat la plată a unui număr de **213** certificate medicale (**92** dintre acestea ca o consecință a abaterilor de la legislația în vigoare a medicilor care le-au eliberat).

➤ **Disfuncționalități și iregularități identificate**

- Nerespectarea obligațiilor contractuale

- Nerespectarea actelor normative adiacente celor care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

ÎN DOMENIUL SISTEMELOR INFORMATICE

- Activități permanente pentru asigurarea bunei funcționări din punct de vedere al tehnologiei informației
- Activități implicate de Sistemul Informatic Unic Integrat (SIUI) și sistemul informatic ERP - gestiunea resurselor
- Activități suport pentru preluarea, prelucrarea și centralizarea raportărilor cerute de la CJAS
- Gestionarea emiterii Cardului European
- Gestionarea obligațiilor ce revin României cu privire la drepturile muncitorilor migranți în spațiul UE
- Alte activități:
 - gestionarea arhivei electronice istorice a CNAS, a arhivei de documente cuvenite și a aplicației de management a documentelor.
 - participarea la activități de achiziție produse și servicii.
 - participarea la activitățile specifice activității de achiziție produse și servicii din domeniul IT și Comunicații sau conexe acestora.
 - participare în echipa de analiză tehnică pentru implementarea declarației unice D112

ÎN DOMENIUL RESURSELOR UMANE

1. Activități de planificare a resurselor umane în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, de evidență și monitorizare a acestora:

- Elaborarea structurii de funcții și statului de personal al CNAS, analiza structurii de funcții ale CAS
- Elaborarea lunară a rapoartelor privind numărul și structura de funcții a caselor de asigurări de sănătate, pe specialități, domenii de activitate;
- Aplicarea măsurilor prevăzute de Legea nr. 330/2009 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice și OUG nr. 1/2010 privind unele măsuri de reîncadrare în funcții a unor categorii de personal din sectorul bugetar și stabilirea salariilor acestora, precum și unele măsuri în domeniul bugetar;
- Elaborarea proiectelor de ordin privind modificarea de număr și/sau structură a funcțiilor CNAS și C.A.S., ca măsură de alocare echilibrată a resurselor în sistem, pe baza rezultatelor analizei cantitative și calitative a necesarului de resurse umane
- Coordonarea procesului de întocmire și actualizare a fișelor de post pentru aparatul propriu al CNAS în raport cu modificările legislative și organizatorice din sistem.
- Completarea informațiilor referitoare la structura funcțiilor publice și a funcționarilor publici în cadrul proiectului „ Human Resource Management Information Sistem for National Agency of Civil Servant (HRMIS) derulat de ANFP.

2. Activități de recrutare, selecție și promovare a resurselor umane

- Modificarea, completarea și publicarea metodologiei privind organizarea concursului pentru ocupare a postului de director general al CNAS și a posturilor de președinți-directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, în vederea îndeplinirii indicatorilor de performanță, încheierea contractelor de management și evaluarea activității acestora, respectiv de modificare a indicatorilor de performanță
- Organizarea concursului pentru ocuparea în luna mai, iulie, respectiv august 2010 a posturilor vacante de președinți – directori generali de la nivelul caselor de asigurări de sănătate conform metodologiei aprobate
- Încheierea contractelor de management între CNAS și președinții – directori generali care au promovat concursul (*40 contracte*).
- Emiterea ordinelor pentru asigurarea continuității activității manageriale la nivelul caselor de asigurări de sănătate prin numirea președinților – directori generali, cu delegație la nivelul caselor de asigurări de sănătate (după caz) ;

- Organizarea concursurilor, împreună cu ANFP, pentru ocuparea funcțiilor publice de conducere vacante de directori executivi și directori executivi adjuncți ai CAS, în contextul procesului general de reorganizare la nivelul sistemului de asigurări sociale de sănătate.
- Organizarea concursurilor pentru ocuparea posturilor - funcții publice de execuție și conducere vacante și temporar vacante, din cadrul CNAS, respectiv organizarea concursurilor pentru ocuparea posturilor – funcții contractuale de execuție și conducere vacante și temporar vacante.
- Promovarea temporară, cu avizul ANFP a funcționarilor publici de execuție pe funcții publice de conducere vacante, promovare în clasă superioară a salariaților CNAS și CAS și emiterea ordinelor subsecvente, în urma reorganizării ;

3. Activități de evaluare a resurselor umane:

- Gestionarea procesului de evaluare a performanțelor profesionale individuale a funcționarilor publici și personalului contractual din aparatul propriu al CNAS (întocmirea, verificarea și centralizarea rapoartelor de evaluare pentru *247 de salariați*),
- Evaluarea președinților directori generali ai caselor de asigurări de sănătate la expirarea perioadei de probă de 90 de zile : elaborare instrucțiuni, machete/rapoarte, centralizatoare și respectiv raportul final al comisiei, înaintat Președintelui CNAS, spre aprobare
- Întocmirea ordinelor (40) privind rezultatele evaluării și stabilirea salariului de bază individual la expirarea perioadei de probă, pe baza punctajului obținut la realizarea planului de management, a obiectivelor și indicatorilor stabiliți prin contractul de management încheiat cu CNAS.
- Integrarea organizațională a noilor angajați CNAS, conform procedurilor de lucru specifice.

4. Activități de formare profesională:

- Întocmirea Raportului final de evaluare a programului de formare profesională pe anul 2009, respectiv propuneri cu privire la planul de activități pentru anul 2010;
- Elaborarea chestionarelor de evaluare a nevoilor de formare la nivelul caselor de asigurări de sănătate în scopul identificării nevoilor de formare și realizării programului pentru anul 2010

- Prelucrarea și centralizarea chestionarelor de evaluare a nevoilor de formare și selectarea domeniilor rezultate ca prioritare nivelul sistemului (CNAS și case de asigurări de sănătate); au fost prelucrate 2652 chestionare primite de la CAS
- Întocmirea planului de formare profesională a angajaților din sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, în sensul prezentării conducerii CNAS a nevoilor de formare din sistem, în conformitate cu prevederile HG nr. 1066/2008 pentru aprobarea normelor privind formarea profesională a funcționarilor publici; stabilirea necesarului de fonduri la nivelul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru susținerea nevoilor de formare profesionale a funcționarilor publici, în condițiile constrângerilor bugetare ale anului 2010.
- Transmiterea la ANFP a datelor conform modelului și machetelor de raportare prevăzute de Ordinul Președintelui ANFP nr.13601 /2008 pentru aprobarea termenelor și a formatului standard de transmitere a datelor și informațiilor privind planul anual de formare profesională și fondurile alocate în scopul instruirii funcționarilor publici, avizul comisiei paritare și necesarul de fonduri;
- Elaborarea propunerii finale privind domeniile, temele, obiectivele de curs, trainerii precum și centrele de instruire utilizate pentru a fi supusă spre aprobare Președintelui CNAS (pentru anul 2010 personalul CNAS, respectiv caselor de asigurări de sănătate nu a beneficiat de programe de formare profesională datorită insuficienței fondurilor).

5. Activități în plan organizațional:

- Reorganizarea activității CNAS și caselor de asigurări de sănătate conform Hotărârilor Consiliului de Administrație al CNAS:
 - elaborarea proiectului de organigramă a CNAS;
 - elaborarea proiectului de organigramă-cadru a caselor de asigurări de sănătate.
 - modificarea și completarea Regulamentului de Organizare și Funcționare al CNAS în scopul actualizării cu modificările legislative intervenite și organigrama aprobată.
 - mutarea definitivă a personalului, în noile structuri organizatorice, și /sau noile funcții, urmare a reorganizării CNAS și a caselor de asigurări de sănătate conform Legii nr. 188/1999 privind Statutul funcționarilor publici, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
 - actualizarea fișelor de post pentru personalul CNAS (funcționari publici și personal contractual) în concordanță cu modificările organizaționale intervenite la nivelul CNAS (modificarea organigramei CNAS)

- elaborarea documentației pentru avizarea ANFP a funcțiilor publice din CNAS în urma reorganizării, precum și pentru funcțiile publice din fiecare casă de asigurări de sănătate
 - elaborarea statului de personal, în funcție de modificările intervenite în numărul și structura de posturi a CNAS.
- Emiterea proiectelor de ordine pentru suspendarea raporturilor de serviciu/ muncă, încetarea raporturilor de serviciu / muncă și orice altă modificare ale raportului de serviciu / muncă (*57 proiecte ordine*)
- Asigurarea relațiilor funcționale și de colaborare cu structurile de specialitate de la nivelul CNAS, respectiv caselor de asigurări de sănătate pentru :
- acordarea drepturilor salariale stabilite de legislația specifică
 - alocarea eficientă a resurselor umane în scopul maximizării rezultatelor obținute (întocmirea referatelor de aprobare pentru redistribuirea posturilor pe baza necesităților obiective ale direcțiilor CNAS și proiectelor de ordin aferente)
- Alte activități, lucrări și documentații specifice :
- întocmirea și actualizarea dosarelor profesionale ale funcționarilor publici, într-o dinamică corespunzătoare modificării numărului și/sau datelor tuturor funcționarilor publici din cadrul CNAS,
 - gestionarea dosarelor personale ale președinților - directori generali;
 - înscrierea în carnetele de muncă a modificărilor intervenite pentru salariații CNAS
 - gestionarea registrului declarațiilor de avere și a registrului declarațiilor de interese, conform Legii nr. 144/2007 privind înființarea, organizarea și funcționarea Agenției Naționale de Integritate, cu modificările și completările ulterioare;
 - comunicarea declarațiilor de avere și de interese ale salariaților CNAS, în fotocopii certificate la Agenția Națională de Integritate precum și la Direcția Tehnologia Informației în vederea publicării acestora pe pagina de web. a CNAS
 - eliberarea de adeverințe pentru personalul propriu și președinții – directori generali urmare a solicitărilor acestora.

În realizarea activităților sus – menționate s-au elaborat un număr de *561 proiecte de ordine* aprobate de președintele CNAS

IN DOMENIUL ACHIZIȚIILOR PUBLICE, CONTRACTELOR ȘI INVESTIȚIILOR

- s-a întocmit Programul anual al achizițiilor publice pe anul 2010 al CNAS,
- s-au publicat în SEAP:
 - **2 anunțuri** de atribuire contracte/acorduri cadru atribuite /încheiate ca urmare a finalizării procedurii **licitație deschisă** inițiate în anul 2009 :
 - Acord cadru servicii de comunicații de date dedicate furnizorilor de servicii medicale
 - Contract furnizare stații de lucru;
 - **16 anunțuri** de atribuire contracte/acorduri cadru atribuite /încheiate ca urmare a finalizării procedurii **cerere de oferte** inițiate în anul 2009 :
 - Contract furnizare consumabile birotica,
 - Contract furnizare produse de papetărie,
 - Contract servicii de traduceri autorizate de documente,
 - Contract servicii de paza,
 - Contract servicii de curățenie,
 - Contract service echipamente birotica,
 - Contract servicii salubritate,
 - Contract service auto,
 - Contract service telefonie interioara,
 - Contract service sisteme climatizare,
 - Contract service ascensoare,
 - Contract service sisteme control acces si antiefracție,
 - Contract service sisteme avertizare incendii,
 - Contract lucrări reparații si modernizare ascensoare,
 - Contract furnizare programe informatice pentru auditare si securitate rețea
 - Acord cadru servicii medicina muncii;
- s-au inițiat si derulat **12 proceduri de achiziție publica prin cumpărare directă în anul 2010** pentru:
 - furnizare produse igienico-sanitare,
 - furnizare produse de folosinta comuna,
 - furnizare obiecte de inventar,
 - servicii de difuzare a presei pe baza de abonament,

- servicii de asigurari auto RCA si asigurari CASCO,
- service ascensoare,
- servicii de monitorizare presa scrisa si video, locală si națională,
- servicii mentenanță site CNAS,
- servicii de consultanta,
- furnizare accesorii echipamente birotica,
- furnizare stații de lucru portabile,
- servicii bilete avion transport aerian internațional;

pentru care s-au încheiat 6 contracte si 6 acte aditionale

- s-au inițiat si derulat **9 proceduri de achiziții publice cerere de oferte** privind atribuirea de contracte de furnizare si de contracte de servicii: *in anul 2010*
 - furnizare consumabile birotica,
 - furnizare produse de papetărie,
 - servicii de paza,
 - servicii de curățenie,
 - service echipamente birotica,
 - servicii salubritate,
 - service auto,
 - service sisteme climatizare,
 - service sisteme control acces, antiefracție si avertizare incendii;

pentru care s-au incheiat 15 contracte (avand in vedere ca unele dintre proceduri au presupus mai multe loturi) si 32 acte aditionale (datorita suplimentarii valorii de contract prin cresterea TVA si prelungirea duratei initiale a contractului)

- s-au inițiat si derulat **2 proceduri de achiziții publice prin licitație deschisa in anul 2010** privind atribuirea de contracte de servicii:
 - servicii de expertiza independenta pentru analiza stadiului de implementare a SIUI
 - servicii de comunicații de videoconferință;

care s-au anulat in SEAP prin anunturi de tip erată a procedurilor

- s-au inițiat și derulat **2 proceduri de achiziții publice prin negociere fără publicarea prealabilă** în anul 2010 a unui anunț de participare privind atribuirea de contracte de servicii:
 - servicii de mentenanță sistem ERP
 - servicii de colectare date, elaborare rapoarte în vederea decontării serviciilor medicale spitalicești;

pentru care s-au încheiat: 1 acord cadru ,1 contract subsecvent și 1 contract de achiziție publică

ÎN DOMENIUL PROMOVĂRII IMAGINII CASEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE ȘI A RELAȚIILOR PUBLICE

1. Relația cu Mass-Media:

- Redactarea și transmiterea comunicatelor de presă -**10 comunicate**
- Redactarea răspunsurilor la solicitările jurnaliștilor - **86 răspunsuri**
- Redactarea și transmiterea răspunsurilor la solicitările formulate în baza Legii 544/2001, privind liberul acces la informațiile de interes public - **32 răspunsuri**;

Tabel comparativ ani 2009-2010 pe solicitări - Legea 544 la nivel CNAS

An Nr. solicitări	2009 CNAS	2010 CNAS
Solicitări scrise primite	32	32
Solicitări scrise rezolvate	31	22
Solicitări scrise care fac obiectul altor instituții	1	7
Solicitări exceptate	0	3
Nr. estimativ de vizitatori ai punctului de informare documentare	4339	3906

Scăderea evidentă a numărului solicitărilor conform Legii nr.544/2001 este urmare a măsurilor concertate de informare, la nivelul CNAS și al caselor de asigurări de sănătate - linia TelVerde, site-uri personalizate și actualizate, utilizarea sistemului electronic de informare etc.

- Organizarea conferințelor de presă (3) și a dezbaterilor publice (2).

2. Relația cu Asigurații

- În anul 2010 au fost înregistrate și rezolvate:
 - **5.070** apeluri telefonice Tel Verde
 - **3.906** solicitări de audiențe din partea asiguraților
 - **4.167** de petiții (scrisori, e-mail-uri, faxuri)

Solicitări	2009	2010
Apeluri telefonice Tel Verde	4.253	5.070
Petiții	12.000	6.265
Audiențe	4.359	3.906

În urma analizei solicitărilor asiguraților, se desprind ca fiind frecvente următoarele :

1. Modalități de obținere și de prelungire a valabilității cardului european de asigurări sociale de sănătate - CEASS;
2. Care este modalitatea prin care se pot obține Formularele Europene (E 106, E 110, E 112, E 121, etc) și modalitatea de decontare a tratamentelor medicale acordate în baza formularelor;
3. Modalitatea de obținere a adeverinței de asigurat de sănătate;
4. Modalitatea obținerii tratamentului obezității și infertilității;
5. Informații privind dobândirea calității de asigurat de sănătate;
6. Obligativitatea persoanelor fizice autorizate de a vira retroactiv contribuția de asigurări sociale de sănătate pe 5 ani.

CAPITOLUL V. ACTIVITATEA CONSILIULUI DE ADMINISTRAȚIE AL CNAS

➤ În anul 2010 au avut loc un număr de 14 ședințe ale Consiliului de Administrație al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și au fost emise de către Consiliul de Administrație al CNAS, un număr de 35 hotărâri, astfel:

- HOTĂRÂREA numărul 1/16.02.2010 pentru avizarea repartizării pe case de asigurări de sănătate a bugetului Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pe anul 2010;
- HOTĂRÂREA numărul 2/16.02.2010 privind avizarea modificării organigramei CNAS;
- HOTĂRÂREA numărul 3/16.02.2010 privind avizarea modificărilor organigramei cadru a caselor de asigurări de sănătate;
- HOTĂRÂREA numărul 4/16.02.2010 pentru aprobarea auditării, consultanței și asistenței în operarea proiectului SIUI și extinderea funcționalității acestuia;
- HOTĂRÂREA numărul 5/16.02.2010 pentru avizarea asistenței și consultanței pentru implementarea cardului național de asigurat în vederea integrării acestuia în strategia e - sănătate a Ministerului Sănătății;
- HOTĂRÂREA numărul 6/16.02.2010 pentru avizarea modificărilor indicatorilor de performanță specifici din contractul de management al Directorului General al CNAS;
- HOTĂRÂREA numărul 7/16.02.2010 privind aprobarea punctelor din ordinea de zi ce vor fi prezentate la fiecare ședință a Consiliului de Administrație;
- HOTĂRÂREA numărul 8/01.03.2010 pentru avizarea modificărilor și completărilor proiectului Contractului – Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010;
- HOTĂRÂREA numărul 9/01.03.2010 pentru aprobarea principiilor care vor sta la baza întocmirii Caietului de sarcini pentru achiziția serviciului de analiză, asistență și consultanță în operarea proiectului SIUI și extinderea funcționalității acestuia și a serviciului de asistență și consultanță pentru implementarea cardului național de asigurat în vederea integrării acestuia în strategia e - sănătate a Ministerului Sănătății;

- HOTĂRÂREA numărul 10/01.03.2010 pentru aprobarea atribuțiilor Comitetului Director al CNAS și aprobarea Regulamentului de Organizare și Funcționare al Comitetului Director al CNAS;
- HOTĂRÂREA numărul 11/01.03.2010 pentru aprobarea atribuțiilor Vicepreședinților CNAS;
- HOTĂRÂREA numărul 12/09.04.2010 pentru avizarea Normelor metodologice modificate, pentru aplicarea în anul 2010 a Contractului – Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;
- HOTĂRÂREA numărul 13/27.05.2010 pentru avizarea raportului anual de activitate al CNAS pe anul 2009;
- HOTĂRÂREA numărul 14/29.06.2010 pentru aprobarea optimizării Sistemului Informatic Unic Integrat prin actualizare tehnologică în anul 2010;
- HOTĂRÂREA numărul 15/29.06.2010 privind avizarea modificărilor și completărilor Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările și completările ulterioare, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și a președintelui CNAS nr. 265/408/2010;
- HOTĂRÂREA numărul 16/29.06.2010 pentru aprobarea campaniei de informare a asiguraților despre strategia CNAS și implementarea acesteia;
- HOTĂRÂREA numărul 17/29.06.2010 pentru avizarea repartizării pe case de asigurări de sănătate a creditelor de angajament suplimentare aprobate potrivit OUG nr. 46/2010 privind unele măsuri financiare în domeniul sănătății;
- HOTĂRÂREA numărul 18/27.07.2010 pentru aprobarea modelului conceptual al strategiei naționale în domeniul asigurărilor sociale de sănătate;
- HOTĂRÂREA numărul 19/27.07.2010 privind avizarea organigramei CNAS și a organigramei cadru a caselor de asigurări de sănătate;
- HOTĂRÂREA numărul 20/27.07.2010 pentru acordarea avizului conform proiectului de modificare și completare a Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniului sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- HOTĂRÂREA numărul 21/03.08.2010 pentru aprobarea modificărilor și completărilor la regulamentele de organizare și funcționare a comisiei naționale, a subcomisiilor naționale și comisiilor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de

dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, a standardelor de evaluare, precum și a normelor metodologice pentru evaluarea furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1211/325/2006, cu modificările și completările ulterioare;

- HOTĂRÂREA numărul 22/03.08.2010 privind avizarea modificărilor și completărilor la Statutul CNAS, aprobat prin HG nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- HOTĂRÂREA numărul 23/03.08.2010 privind avizarea modificărilor și completărilor la Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin HG nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare;
- HOTĂRÂREA numărul 24/03.08.2010 pentru efectuarea obligatorie a plăților prin intermediul cardurilor, membrilor consiliului de administrație ai caselor de asigurări de sănătate, a indemnizației lunare, în condițiile prezenței efective la ședințele consiliului de administrație;
- HOTĂRÂREA numărul 25/03.08.2010 pentru inițierea operațiunii de factoring cu o societate bancară sau instituție financiară specializată;
- HOTĂRÂREA numărul 26/21.09.2010 pentru avizarea proiectului Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011;
- HOTĂRÂREA numărul 27/21.09.2010 pentru avizarea repartizării influențelor ce decurg din OG nr. 18/2010 cu privire la rectificarea bugetului de stat pe anul 2010;
- HOTĂRÂREA numărul 28/21.09.2010 privind avizarea metodei de calcul a prețului de referință pentru medicamentele prevăzute în sublista C secțiunile C1 și C3 prescrise în tratamentul ambulatoriu, precum și a documentelor subsecvente;
- HOTĂRÂREA numărul 29/04.10.2010 pentru avizarea proiectului Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011 - care va face obiectul unor noi consultări cu partenerii de dialog prevăzuți de art. 217 alin.(2) din Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, precum și cu reprezentanții Ministerului Sănătății;

- HOTĂRÂREA numărul 30/04.10.2010 pentru aprobarea proiectului bugetului FNUASS pe anul 2011 și estimarea acestuia pentru anii 2012 – 2014;
- HOTĂRÂREA numărul 31/15.10.2010 privind aprobarea acordării stimulentei pentru personalul CNAS și caselor de asigurări de sănătate, pe baza criteriilor aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1418/534/ 2006, cu modificările și completările ulterioare, în limita sumelor aflate în bugetul CNAS cu această destinație pentru lunile august și septembrie 2010;
- HOTĂRÂREA numărul 32/02.11.2010 pentru avizarea proiectului Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011;
- HOTĂRÂREA numărul 33/15.11.2010 pentru avizarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2011;
- HOTĂRÂREA numărul 34/15.11.2010 pentru avizarea organigramei CNAS;
- HOTĂRÂREA numărul 35/15.11.2010 pentru avizarea organigramei cadru a caselor de asigurări de sănătate.

CAPITOLUL VI. OBIECTIVE 2011

Pentru anul 2011, principalele obiective propuse sunt:

- Eficiență și eficacitate în sistemul de asigurări sociale de sănătate
- Eficientizarea activității de îndrumare metodologică la nivelul caselor de asigurări de sănătate din teritoriu
- Informarea asiguraților - creșterea gradului de informare
- Optimizarea imaginii CNAS și a caselor de asigurări de sănătate
- Implementarea proiectelor informatice:
 - SIUI actualizat (on-line),
 - cardul național de asigurări sociale de sănătate,
 - e-Prescriere
 - dosarul electronic medical.