

I. RAPORT DE ACTIVITATE PENTRU ANUL 2011 AL CASEI DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE BOTOȘANI

Cap. I. PREZENTAREA GENERALĂ (*context general, direcții de acțiune, măsuri întreprinse pentru realizarea direcțiilor de acțiune*)

I CONTEXT GENERAL

Prin *Programul de guvernare 2009-2012*, Guvernul României își asumă și promovează democrația și valorile europene în scopul dezvoltării economice durabile a României, creșterii bunăstării cetățenilor și redobândirii demnității naționale.

În domeniul sănătății, Guvernul României își propune ca **obiective** prioritare:

- Îmbunătățirea stării de sănătate a populației, creșterea calității vieții în condițiile compatibilizării sistemului sanitar românesc cu cel din Uniunea Europeană.

- Aprobarea strategiei naționale de dezvoltare a serviciilor sanitare pe o perioadă de minimum opt ani.

- Dezvoltarea programelor de prevenție și de depistare precoce a bolilor.

- Redresarea și dezvoltarea asistenței medicale din mediul rural.

- Participarea personalului sanitar și un program de educație continuă garantat de către stat.

- Asigurarea transparenței în cheltuirea banilor publici.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate principalele direcții de acțiune din Programul de guvernare sunt:

1. Susținerea asistenței medicale primare.

Dezvoltarea medicinei de familie prin creșterea alocațiilor din fondul de asigurări de sănătate, care va permite medicilor de familie să participe la programe de sănătate.

Asigurarea unei asistențe medicale primare, accesibilă în egală măsură pentru locuitorii tuturor județelor țării, pornind de la medicina de familie, prin asistența medicală ambulatorie și până la cea spitalicească.

2. Dezvoltarea ambulatoriului de specialitate.

3. Eficientizarea și modernizarea serviciilor spitalicești.

Îmbunătățirea sistemului de internări de scurtă durată și a îngrijirilor la domiciliu.

Dezvoltarea sistemului de finanțare pe bază de caz rezolvat.

4. Dezvoltarea sistemului de urgență prespitalicesc

5. Asistența cu medicamente a populației și politica medicamentului

- Garantarea susținerii financiare de către stat a programelor naționale de sănătate (tuberculoză, cancer, HIV/SIDA, dializă etc).

- Garantarea accesibilității la medicamente compensate și gratuite pentru toată perioada anului.

- Compensarea, în funcție de posibilitățile bugetare, în proporție de 90% din prețul de referință, al medicamentelor pentru pensionari și persoane cu venituri mici.

- Asigurarea, conform posibilităților bugetare, de medicamente gratuite pentru copii, elevi, studenți, gravide și lăuze.

- Stimularea deschiderii de farmacii și puncte farmaceutice în mediul rural sau zone izolate.

6. Asistența sanitară în mediul rural

- Organizarea centrelor de permanență pentru asigurarea asistenței medicale permanente în mediul rural.

7. Dezvoltarea sănătății publice

- Extinderea programului național de imunizări prin introducerea gratuită a unor noi vaccinuri conform practicilor din UE.

- Vaccinarea antigripală gratuită a copiilor, pensionarilor și a persoanelor cu risc.

8. Dezvoltarea și susținerea sectorului privat

Măsuri întreprinse de către Casa de Asigurări de Sănătate pentru realizarea direcțiilor de acțiune mai sus menționate

1. Susținerea asistenței medicale primare.

În anul 2011 au fost încheiate 164 contracte de servicii medicale în asistența medicală primară, față de 163 contracte în anul 2010.

Prin comisia paritară au fost aprobate înființarea de cabinete medicale în zone rurale defavorizate crescând astfel accesibilitatea pacienților la servicii medicale.

În mediul rural au fost acordate sporuri pentru desfășurarea activității medicilor în condiții dificile pentru a asigura stabilitatea acestora în zonele respective.

2. Dezvoltarea ambulatoriului de specialitate .

În anul 2011, consultațiile și serviciile medicale ambulatorii de specialitate au fost acordate prin ambulatoriile integrate ale spitalelor din județ, în număr de 7 spitale și prin 3 cabinete private de neurologie, oftalmologie și nefrologie care funcționează în Botoșani.

3. Eficientizarea și modernizarea serviciilor spitalicești.

În vederea creșterea calității actului medical, pentru încheierea contractelor de servicii medicale spitalicești în anul 2011 CAS Botoșani a solicitat spitalelor din județ lista cu afecțiuni medicale care nu pot fi tratate în ambulatoriu și impun internarea .

De asemenea pe parcursul derulării contractelor au fost monitorizate condițiile în care se desfășoară activitatea și menținerea condițiilor care au stat la baza evaluării spitalelor din județ.

Îmbunătățirea sistemului de internări de scurtă durată și a îngrijirilor la domiciliu.

În anul 2011 în spitalele din județ au fost tratați un număr de 99.497 pacienți, din care 84.669 pacienți prin spitalizare continuă și 14.828 de pacienți prin spitalizare de zi.

4. Dezvoltarea sistemului de urgență prespitalicești

Pentru asigurarea funcționării optime a SJA Botoșani, unicul furnizor de servicii medicale prespitalicești din județ, au fost asigurate fonduri, astfel în anul 2011 fondurile cu destinație servicii de urgență prespitalicească și transport sanitar au crescut de la 10.638 mii lei, în anul 2010, la 11.177,68 mii lei.

5. Asistența cu medicamente a populației și politica medicamentului

Garantarea susținerii financiare de către stat a programelor naționale de sănătate (tuberculoză, cancer, HIV-SIDA, dializă etc).

În anul 2011 prin farmaciile cu circuit deschis din județ au fost eliberate medicamente și materiale sanitare pentru persoanele beneficiare de programe naționale de sănătate în valoare de 11.865,98 mii lei astfel:

-Program național de hemofilie talasemie și boli rare	– bolnavi cu SLA	- 10 mii lei
	-copii cu mucoviscidoza	- 148 mii lei
-Program național de diabet zaharat		- 5.550 mii lei
-Programul național de oncologie		- 5.018,36 mii lei
-Programul național de transplant – bolnavi tratați pentru stare posttransplant		- 678,64 mii lei

Prin farmaciile cu circuit închis (din spitale) pacienții au beneficiat de medicamente aferente programelor de sănătate în valoare de 10.279,00 mii lei astfel:

-Subprogramul de tratament al bolnavilor cu tuberculoză	- 200 mii lei
-Subprogramul de tratament și monitorizare a persoanelor cu infecție HIV /SIDA	- 3.980 mii lei
-Programul național de oncologie	- 5.725 mii lei
-Programul național de hemofilie	- 99,15 mii lei
-Program național diabet zaharat	- 48,35 mii lei
-Program național de boli endocrine	- 78,41 mii lei
-Program național de ortopedie	- 147,30 mii lei

Garantarea accesibilității la medicamente compensate și gratuite pentru toată perioada anului.

În anul 2011 prin farmaciile cu circuit deschis au fost eliberate medicamente gratuite și compensate pe toată perioada anului, fără întreruperi sau limitări de consumuri lunare, altele decât cele impuse de regulile de prescripție și eliberare.

Compensarea, în funcție de posibilitățile bugetare, în proporție de 90% din prețul de referință, al medicamentelor pentru pensionari și persoane cu venituri mici.

În anul 2011 au fost eliberate medicamente compensate în proporție de 90% din valoarea de referință a medicamentelor, pentru pensionari cu venituri mici, în valoare de 4.550,62 mii lei.

Numărul persoanelor care au beneficiat de aceste medicamente a fost de 14.198 pacienți pentru care s-au eliberat 56.249 prescripții medicale.

Asigurarea, conform posibilităților bugetare, de medicamente gratuite pentru copii, elevi, studenți, gravide și lăuze.

Pentru aceste categorii de asigurați au fost asigurate medicamentele necesare în proporție de 100%.

6. Asistența sanitară în mediul rural

În anul 2011 au fost înființate 10 noi centre de permanență, în anul 2010 functionand doar 2 centre de permanenta (centru de permanenta fix BUCECEA si centrul de permanenta mobil CONICORB), astfel:

- centrul de permanenta fix TRUSESTI care asigura continuitatea asistentei medicale primare pentru zonele Trușești, Albești, Răuseni, Dîngeni, Durnești, Dobarceni;
- centrul de permanenta fix DARABANI care asigura continuitatea asistentei medicale primare pentru zonele Darabani, Hudești, Concești, Suharău;
- centrul de permanenta fix MEDFARM care asigura continuitatea asistentei medicale primare pentru zonele Sulița, Stăuceni, Blîndești, Lunca, Zlătunoaia, Todireni, Hlipiceni
- centrul de permanenta fix SAVENI care asigura continuitatea asistentei medicale primare pentru zonele Saveni, Hanești, Vlăsinești, Coțușca, Ungureni
- centrul de permanenta fix PRUTMED AVRĂMENI care asigura continuitatea asistentei medicale primare pentru zonele Avrămeni, Mihălășeni, Ripiceni, Manoleasa, Mitoc
- centrul de permanenta fix PRIMA LINIE FLĂMANZI care asigura continuitatea asistentei medicale primare pentru zonele Flămanzi, Frumușica
- centrul de permanenta fix NORD EST care asigura continuitatea asistentei medicale primare pentru zonele Havarna, Paltinis, Viisoara, Darabani, Radauti Prut, Mileanca
- centrul de permanenta fix DOR-MED care asigura continuitatea asistentei medicale primare pentru zonele Dorohoi, Cobala, Ghilea, Pascari, Sendriceni
- centrul de permanenta fix CEMED care asigura continuitatea asistentei medicale primare pentru zonele Cristesti, Bălușeni, Coșula, Copălău
- centrul de permanenta fix MAGDA MED care asigura continuitatea asistentei medicale primare pentru zonele

În toate cabinetele medicale de medicină de familie din mediul rural funcționează medici specialiști care asigură asistență medicală pentru toate zonele județului.

7. Dezvoltarea sănătății publice

Extinderea programului național de imunizări prin introducerea gratuită a unor noi vaccinuri conform practicilor din UE.

În anul 2011 au fost efectuate, prin cabinetele medicilor de familie aflați în contract cu CAS Botoșani, un număr de 23.844 inoculări din care 23.338 pentru persoane care beneficiază de pachetul de servicii medicale de bază și 506 inoculări pentru persoane care beneficiază de pachetul minimal de servicii medicale.

8. Dezvoltarea și susținerea sectorului privat

Din cei 385 de furnizori de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, aflați în contract cu CAS Botoșani, în anul 2011, în județul Botoșani și-au desfășurat activitatea un număr de 356 furnizori de servicii medicale privați astfel:

- 164 cabinete de medicină de familie
 - 45 stomatologi
 - 69 farmacii
 - 60 furnizori de dispozitive medicale
 - 10 furnizori de servicii medicale paraclinice
 - 3 cabinete ambulatorii de specialități clinice
 - 1 cabinete de recuperare (BFT)
 - 2 furnizori de servicii de îngrijiri la domiciliu.
- TOTAL 356 furnizori privați

Cap. II. REALIZAREA OBIECTIVELOR PROPUSE PENTRU ANUL 2011

1. REALIZAREA VENITURILOR ȘI A CHELTUIELILOR

Denumire indicatori	Prevederi aprobate pe anul 2011 - mii lei -	Realizări an 2011 - mii lei -	Diferențe	Realizări an 2011 față de prevederi an 2011 (%)
1	2	3	4=2-3	5=3/2
VENITURI – TOTAL	146252,71	115919,53	30233,18	79,26
TOTAL CHELTUIELI din care:	235039,18	233547,47	1491,71	99,36
A. CHELTUIELI PENTRU SĂNĂTATE	226864,18	225372,48	1471,70	99,34
Cheltuieli pentru materiale și prestări de servicii cu caracter medical	224290,60	222853,82	1436,78	99,36
Cheltuieli de administrare a fondului:	2573,58	2518,66	54,92	97,87
- cheltuieli de personal	2077,58	2023,67	53,91	97,40
- cheltuieli materiale	496,00	494,99	1,01	99,80
- cheltuieli de capital	0	0	0	
B. CHELTUIELI PENTRU ASIGURĂRI ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ	8175,00	8174,99	0,01	99,99

Situația execuției bugetului fondului național unic de asigurări sociale de sănătate în anul 2011 comparativ cu anul 2010, astfel:

Denumire indicatori	Realizări an 2011 - mii lei -	Realizări an 2010 - mii lei -	Creștere an 2011 față de an 2010 (%)
1	2	3	4=2/3
I.VENITURI SĂNĂTATE	115919,53	104196,82	111,25
II.CHELTUIELI TOTALE din care:	233574,47	244951,59	95,40
- Materiale prestări servicii cu caracter medical	222853,82	232677,68	95,80
- Cheltuieli de administrare a fondului:	2518,66	2247,94	112,10
- cheltuieli de personal	2023,67	1779,64	113,8
- cheltuieli materiale	494,99	468,3	105,70
- cheltuieli de capital	0	0	0

Veniturile realizate față de prevederi în anul 2011:

Denumire indicatori	Prevederi an 2011 - mii lei -	Venituri realizate în anul 2011 - mii lei -	Realizări an 2011 față de prevederi an 2011 (%)
1	2	3	4=3/2
TOTAL VENITURI, din care:	146252,71	115919,53	79,30
I. CONTRIBUȚII DE ASIGURĂRI:	108622,00	112865,99	103,90
1. CONTRIBUȚIILE ANGAJATORILOR:	50802,00	48001,98	94,50
1.1 Contribuții de asigurări sociale de sănătate datorate de angajatori :	50802,00	48001,98	94,50
- Contribuții de la persoane juridice sau fizice care angajează personal salarial;	42952,00	41245,53	96,10
- Contribuții pentru asigurări sociale de sănătate datorate de persoanele aflate în somaj;	1123,00	886,21	78,91
- Venituri încasate în urma valorificării creanțelor de către AVAS;	0	0	0
- Contribuții pentru concedii și indemnizații de la persoane juridice sau	6727,00	5870,51	87,30

fizice;			
- Contribuții pentru concedii sau indemnizații datorate de persoanele aflate în șomaj;	0	0	0
- Contribuția suportată de angajator pentru concedii indemnizații datorată de persoanele aflate în incapacitate temporară de muncă din cauză de accidente de muncă sau boală profesională	0	0,27	
2. CONTRIBUȚIILE ASIGURAȚILOR:	57820,00	64864,01	112,20
2.1 Contribuții de asigurări sociale de sănătate datorate de asigurați:	54778,00	59516,49	108,7
- Contribuția datorată de persoane asigurate care au calitatea de angajat;	45306,00	43780,63	96,70
- Contribuția datorată de alte persoane asigurate;	0	0	0
- Contribuția pentru concedii și indemnizații datorate de asigurați;	8,00	6,47	80,90
- Contribuția datorată de pensionari;	9464,00	15729,38	166,20
- Contribuții facultative ale asiguraților;	0	0	0
- Contribuția datorată de persoane care realizează venituri de natură profesională cu caracter ocazional	0	0	0
- Alte contribuții pentru asigurări sociale datorate de asigurați	3042,00	5347,52	175,80
3. VENITURI NEFISCALE	627,58	114,4	18,20
3.1. VENITURI DIN PROPRIETATE	0	0	
- Alte venituri din proprietate	0	0	
3.2. Venituri din dobânzi	0	0	
- Alte venituri din dobânzi	0	0	
3.3 VÂNZĂRI DE BUNURI SERVICII	627,58	114,14	18,20
DIVERSE VENITURI	627,58	114,14	18,20
Alte venituri	627,58	114,14	18,20
TRANSFERURI VOLUNTARE, ALTELE DECÂT SUBVENȚIILE	0	0	
Donații și sponsorizări	0	0	
IV. SUBVENȚII	37003,13	2939,40	8,00
SUBVENȚII DE LA BUGETUL DE STAT:	32538,41	2600,52	8,00
- Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane care satisfac serviciul militar în termen;	0	0	
- Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane care execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv;	43,00	1019,77	2731,60
- Subvenții primite de la bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;	29991,41	0	
- Contribuții individuale de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele aflate în concediu pentru creșterea copilului.	2085,00	1577,75	75,70
- Contribuții de asigurări de sanatate pentru persoanele beneficiare de ajutor social	419,00	0	
- Contribuții de asigurări de sanatate pentru cetateni straini aflatii in centrele de cazare	0	0,07	
- Contribuții de asigurări de sanatate pentru personalul monahal al cultelor recunoscute	0	0	
- Contribuții de asigurări de sanatate pentru persoanele care se află în executarea măsurilor prev. La art. 105, 113 și 114 din Codul penal, precum și pt. pers. care se află în perioada de amânare sau întrerupere a executării pedepsei private de libertate.	0	2,94	
SUBVENȚII DE LA ALTE ADMINISTRAȚII	4464,72	338,88	7,60
- Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane care execută o pedeapsă privativă de libertate sau arest preventiv;	0	0	
- Contribuții individuale de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele aflate în concediu pentru creșterea copilului.	0	0	
- Contribuții de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele care se află în concediu medical sau în concedii medicale pentru îngrijirea copilului bolnav în vârstă de până la 7 ani.	0	32,68	
- Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane care se află în concediu medical din cauză de accidente de muncă și boli profesionale	0	0,2	
- Contribuții de asigurări de sănătate pentru persoane beneficiare de ajutor social	0	304,35	
- Sume alocate din venituri proprii ale Ministerului Sănătății	4464,72		
- 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	0	1,75	

În cursul anului 2011, au fost emise un număr de 6522 decizii de impunere, 13265 somații și titluri executorii.

Au fost încasate venituri în valoare de 5347,52 mii lei, în proporție de 175,80%. față de prevederile aprobate în valoare de 3042,00 mii lei.

La nivelul CJAS Botoșani, la persoanele fizice, altele decât cele pentru care colectarea contribuțiilor se face de către ANAF, nu s-au constatat sume prescrise și neîncasate.

Evidența și urmărirea creanțelor persoanelor fizice altele decât cele pentru care colectarea contribuțiilor se face de către ANAF, se efectuează prin aplicațiile SIUI și ERP.

SIUI nu are prevăzută funcționalitatea de preluare automată a datelor de la ANAF- furnizate pe baza protocolului național - privitoare la veniturile persoanele fizice autorizate; aceste date sunt procesate manual, prin introducerea declarațiilor pentru fiecare contribuabil în parte și necesită un timp de operare foarte mare

Conform prevederilor OMFP 1917/2005 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea și conducerea contabilității instituțiilor publice, Cap.3.1.7., „ Evidența creanțelor bugetare ale bugetului de stat, bugetelor locale, bugetul asigurărilor sociale și al FNUASS se realizează pe baza declarațiilor fiscale sau a deciziilor emise de organul fiscal. **Evidența analitică se ține pe tipuri de impozite și pe plătitori, pe structura clasificăției bugetare.**”

Evidențierea creanțelor bugetare ale FNUASS în contabilitatea CAS Botoșani se gestionează prin modulul ERP, **dar datele privind obligațiile pe plătitori nu sunt evidențiate în modulul ERP, nefiind generată evidența contabilă analitică a creanțelor pe plătitori. Menționăm că până în prezent în aplicația ERP obligațiile de plată sunt înregistrate doar la nivelul valorii încasate.**

Evidența analitică poate fi rezolvată în două moduri: prin aplicația ERP, sau prin aplicația SIUI, astfel:

1. Prin adresa nr. 11108 din 07.03.2011, am solicitat la SIVECO ROMANIA adaptarea modulului ERP la prevederile legale pentru a genera din aplicație balanța analitică a creanțelor bugetare FNUASS.

Pentru aceasta, am propus ca soluție, dezvoltarea unei funcționalități de integrare SIUI-ERP prin care datele privind valoarea deciziilor și a declarațiilor introduse în SIUI să poată fi transmise în ERP pe CNP pentru a genera din contabilitate balanța analitică a creanțelor bugetare FNUASS. Menționăm că din ERP în SIUI se transferă automat datele privind încasările FNUASS.

Ca răspuns a solicitării noastre, SIVECO ROMANIA, ne comunică faptul că automatizarea transferului de informații privind creanțele persoanelor fizice gestionate în modulul de Evidența plătitori din cadrul SIUI către sistemul ERP se poate realiza doar cu aprobarea CNAS.

2. Aplicația SIUI generează un raport numit „Situăție lunară” care evidențiază date analitice pe CNP, dar acest raport are unele probleme :

-nu sunt evidențiate distinct valoarea contribuțiilor și valoarea accesoriilor pe fiecare CNP;

-În coloana de încasări:

-acestea sunt selectate după data înregistrării și nu după data încasării; -sunt preluate toate corecțiile operate pe credit (încasări) care se referă la debit (obligații de plată);

-totalul încasărilor din „Situăție lunară” nu corespund cu total venituri- încasări efective, operate în contabilitate.;

-Valoarea totală a soldului final din „Situăție lunară” este diferit de soldul final evidențiat în „Raportări evidența Creanțe PF” , deși acest document este generat tot din SIUI și reflectă același rezultat: valoarea soldului final la un anumit moment dat (de regulă la finele unui trimestru).

Evidența analitică se întocmește manual, în afara celor două aplicații, prin prelucrarea manuală a datelor care pot fi exportate din sistem. Având în vedere complexitatea și cantitatea mare (peste 32.000 de linii) a informațiilor această soluție presupune resurse de timp și resurse umane importante.

Situația plăților efectuate în anul 2011 față de prevederile bugetare aprobate:

Denumirea categoriilor de cheltuieli	Prevederi an 2011 - mii lei -	Realizări an 2011 - mii lei -	Ponderea domeniilor în cheltuieli materiale și prestări servicii cu caracter medical (%)	Realizări 2011 fata de prevederi an 2011 (%)
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5=3/2</i>
Cheltuieli totale, din care:	235039,18	233547,47	x	99,40
Cheltuieli pentru sănătate	226864,18	225372,48	x	99,40
Materiale și Prestări de Servicii cu Caracter Medical	224290,60	222853,82		99,40
Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale din care:	72521,59	71084,97	31,9	98,1
- Medicamente cu și fără contribuție personală	52665,66	51782,25	23,3	98,40
- Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ	17877,21	17324,4	7,8	96,90
- Materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ	633,72	633,72	0,3	100
- Servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală	0	0	0	0
- Dispozitive și echipamente medicale	1345,00	1345,00	0,6	100
Servicii medicale în ambulator :	25426,25	25426,16	11,4	100
- Asistența medicală primară	19426,40	19426,40	8,8	100
- Asistența medicală pentru specialități clinice	2967,00	2966,98	1,4	100
- Asistența medicală stomatologică	702	701,98	0,4	100
- Asistența medicală pentru specialități paraclinice	1956,85	1956,85	0,9	100
- Asistența medicală în centre medicale multifuncționale	374,00	373,95	0,2	100
Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar	11177,68	11177,68	5,1	100
Servicii medicale în unități sanitare cu paturi	115032,00	115031,98	51,7	100
- Spitale generale	112267,00	112266,99	50,4	100
- Unități de recuperare-reabilitare a sănătății	2765	2764,99	1,3	100
Îngrijiri medicale la domiciliu	110	109,99	0,1	100
Prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale	23,02	23,01	0,1	100
Cheltuieli de administrare a fondului:	2573,58	2518,66	x	97,90
- cheltuieli de personal	2077,58	2023,67		97,40
- cheltuieli materiale	496,00	494,99	x	99,80
- cheltuieli de capital	0	0		
Cheltuieli pentru Asigurări și Asistență Socială, din care:	8175,00	8174,99		100
- asistență socială în caz de boli	4880,00	4880,00	x	100
- asistență socială pentru familie cu copii	3295,00	3294,99		100

Creditele de angajament alocate pentru anul 2011, la cap **Materiale și prestări de servicii cu caracter medical**, au fost în suma de 235.538,79 mii lei, din care credite bugetare 224.290,60 mii lei. Față de creditele bugetare anuale aprobate au fost deschise credite bugetare de 222.853,89 mii lei, din care au fost utilizate în plăți în sumă de 222.853,82 mii lei, reprezentând un procent de 99,99 %.

I. Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale

1. Medicamente cu și fără contribuție personală

Pentru acest domeniu de asistență medicală creditele de angajament pentru anul 2011 au fost de **58.982,06** mii lei, iar creditele bugetare de **52.665,66** mii lei.

În anul 2011 s-au realizat plăți în baza angajamentelor legale în sumă de 51.782,25 mii lei fata de prevederi de 52.665,66 mii lei, reprezentand un procent de realizare de 98,4%. Platile au fost efectuate in limita creditelor bugetare deschise.

Față de anul 2010, creditele de anagajament pentru medicamente cu si fara contributie personala au fost mai mari in anul 2011 cu 9.850,69 mii lei, s-a inregistrat o crestere de 20% in anul 2011 fata de 2010.

Din totalul plăților realizate în anul 2011 pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului aferent medicamente cu si fara contributie personala îi revine o pondere de 23,3 %.

În anul 2011 au beneficiat de medicamente pentru categoria de pensionari cu venituri mai mici de 700 lei un număr de 14.198 persoane pentru care s-au eliberat 56.249 prescripții medicale în valoare de 4.550,62 mii lei.

2. Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ

La cap. Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ au fost efectuate plăți în sumă de 17.324 mii lei, fata de prevederi de 17.877,21 mii lei, reprezentand un procent de realizare de 96,9%.

Din totalul plăților realizate în anul 2011 pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului aferent Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ îi revine o pondere de 7,8%.

Comparativ cu anul 2010, creditele de anagajament la medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate in programele naționale cu scop curativ in anul 2011 au fost cu 6.182,96 mii lei mai mari reprezentand o creștere de 31%.

3. Materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ

La cap. Materiale sanitare specifice utilizate in programele naționale cu scop curativ au fost efectuate plăți în sumă de 633,72 mii lei, fata de prevederi de 633,73 mii lei, reprezentand un procent de realizare de 100%..

Din totalul plăților realizate în anul 2011 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 0,3%.

Comparativ cu anul 2010, creditele de anagajament la materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ, in anul 2011 au fost mai mari cu 427,96 mii lei reprezentand o crestere de 79,25 %

4. Dispozitive și echipamente medicale

Creditele de anagajament în anul 2011 pentru dispozitive și echipamente medicale au fost în suma de **1.345** mii lei.

În baza contractelor încheiate cu 60 de furnizori de dispozitive medicale autorizați și a documentelor legale s-au efectuat plăți în sumă de **1.345** mii lei, în proporție de 100% față de prevederile bugetare aprobate.

Din totalul plăților realizate în anul 2011 pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, plățile pentru dispozitive și echipamente medicale dețin o pondere de 0,6%.

II Serviciile medicale în ambulator

În anul 2011 în baza creditului de angajament în sumă de 25.426,25 mii lei, prevăzut pentru acest subcapitol, au fost efectuate plati în valoare de 25.426,16 mii lei pentru servicii medicale in ambulator, reprezentand un nivel de realizare de 99,9%. Creditele

Creditele de anagajament in cadrul acestui subcapitol se prezintă astfel:

- asistența medicală primara: 19.426,40 mii lei credit de angajament, din care 18.625 mii lei pentru activitatea curenta si 801,40 mii lei pentru centrele de permanenta;
- asitența medicală pentru specialitati clinice: 2.967 mii lei credit de angajament
- asistenta medicala stomatologica: 702 mii lei credit de angajament;
- paraclinic: 1.965,85 mii lei credit de angajament, din care 1.954 mii lei pentru activitatea curenta (invetsigatii paraclinice analize de laborator si radiologie si imagistica medicala) si 2,85 mii lei pentru evaluarea anuala a bolnavilor cu diabet zaharat
- asistenta medicala in centre medicale multifunctionale: 374 mii lei credit de angajament

1. Asistența medicală primară

Creditele de angajament alocate în anul 2011 pentru acest domeniu de asistență medicală au fost în sumă de 19.426,4 mii lei, din care 18.625 mii lei pentru activitatea curenta si 801,40 mii lei pentru centrele de permanenta.

Au fost efectuate plăți pentru 164 de medici de familie aflați în relație contractuală cu C.A.S. Botoșani, pentru activitatea curentă, în sumă de 18.625 mii lei, și pentru serviciile acordate în cele 12 centre de permanență au fost efectuate plăți în valoare de 801,4 mii lei reprezentând un procent de 99,99% față de prevederile aprobate.

Din totalul plăților realizate în anul 2011 pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului asistenței medicale primare îi revine o pondere de 8,8%.

2. Asistența medicală pentru specialități clinice

Creditele de angajament alocate în anul 2011 pentru acest domeniu de asistență medicală au fost în suma de 2.967 mii lei.

Au fost efectuate plăți în sumă de 2.966,98 mii lei în proporție de 99,9% față de prevederile bugetare aprobate. Serviciile medicale de specialitate au fost acordate prin ambulatoriile integrate ale celor 9 spitale aflate în contract cu C.A.S. Botoșani, și 3 cabinete private.

Din totalul plăților realizate în anul 2011 pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului asistenței medicale pentru specialități clinice îi revine o pondere de 1,4%.

3. Asistența medicală stomatologică

Creditele de angajament pentru anul 2011 au fost în suma de 702 mii lei, din care au fost efectuate plăți în valoare de 701,98 mii lei, în baza contractelor încheiate cu 45 de medici stomatologi, rezultând un procent de realizare de 100% față de prevederile perioadei.

Din totalul plăților realizate în anul 2011 pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului asistenței medicale ambulatorie stomatologice îi revine o pondere de 0,4%.

4. Asistența medicală pentru specialități paraclinice

Pentru domeniul asistenței medicale pentru specialități clinice prevederea aprobată pentru anul 2011 a fost în suma de 1.956,85 mii lei, din care 1.954 mii lei pentru activitatea curentă (investigații paraclinice analize de laborator și radiologie și imagistică medicală) și 2,85 mii lei pentru evaluarea anuală a bolnavilor cu diabet zaharat, și au fost efectuate plăți în valoare de 1.965,85 mii lei rezultând un procent de realizare de **100%** față de prevederile perioadei.

Numărul furnizorilor din domeniul asistenței medicale pentru specialități paraclinice, aflați în relație contractuală cu C.A.S. Botoșani:

- laboratoare de analize medicale – 6 laboratoare private
- radiologie și imagistică – 4 spitale (ecografii), 2 medici de familie (ecografii), 4 laboratoare private (radiologi și imagistică de înaltă performanță RMN, CT)
- evaluarea bolnavilor cu diabet zaharat prin dozarea HbA1c – 2 laboratoare private

Au fost efectuate plăți în sumă de 1.956,85 mii lei în proporție de 100% față de prevederile bugetare aprobate.

Din totalul plăților realizate în anul 2011 pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului asistenței medicale pentru specialități paraclinice îi revine o pondere de 0,9%.

5. Asistența medicală în centre medicale multifuncționale

În anul 2011 au fost încheiate contracte pentru domeniul asistenței medicale din centre medicale multifuncționale cu 4 furnizori, din care 3 spitale și 1 cabinet private, în limita prevederilor aprobate în sumă de 374 mii lei.

Pentru asistența medicală din centre medicale multifuncționale, care au fost efectuate plăți în valoare de 373,95 mii lei, rezultând un procent de realizare de **100%**.

Din totalul plăților realizate în anul 2011 pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, domeniului asistenței medicale în centre medicale multifuncționale îi revine o pondere de 0,2%.

6. Servicii medicale de urgență prespitalicești și transport sanitar

Pentru anul 2011, în baza creditului de angajament de 11.177,68 mii lei au fost contractate și efectuate servicii de urgență prespitalicească și transport sanitar cu Serviciul Județean de Ambulanță Botoșani în sumă de 11.177,68 mii lei.

Au fost efectuate plăți, pentru servicii de urgență prespitalicească și transport sanitar în valoare de 11.177,68 mii lei reprezentând un procent de realizare de 100%.

Din totalul plăților efectuate în anul 2011 pentru materiale și prestări servicii cu caracter medical, acestui domeniu de asistență medicală îi revine o pondere de 5,1%.

7. Serviciile medicale în unități sanitare cu paturi

În anul 2011, în baza creditului de angajament în sumă de 111.391 mii lei au fost contractate servicii medicale spitalicești

- 108.626 mii lei cu furnizori de servicii medicale spitalicești – 7 spitale generale

- 2.765 mii lei cu doua unitati de recuperare reabilitare (sanatorii).

In anul 2011, ca urmare a analizei situației sistemului românesc de asistență spitalicească din cadrul Programul national care vizează reorganizarea și restructurarea asistenței spitalicești, având ca obiectiv esențial crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant, prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor, si pe baza rapoartelor întocmite de catre specialisti au fost luate măsuri pentru micșorarea capacității excedentare de internare a spitalelor din România, prin reducerea numărului de paturi la nivel național. Astfel in anul 2011 numarul spitalelor care au încheiat contract cu C.A.S. Botosani a fost de 7 (in anul 2010, 10 spitale au fost in relatie contractuală cu C.A.S. BT) si 1 sanatoriu (in anul 2010 au fost in relatii contractuale 2 sanatorii). Ca urmare a acestor masuri de reducere a numarului de paturi contractabile, fondurile pentru servicii medicale acordate in unitati sanitare cu paturi au scazut cu suma de 22.518 mii lei, de la 131.144 mii lei alocate pentru 2010, la 108.626 mii lei in 2011.

In baza creditului bugetar au fost efectuate plati in valoare 112.266,99 mii lei, reprezentand un procent de realizare de 100% fata de creditul bugetar aprobat.

Asistenta medicala spitaliceasca este domeniul cu cea mai mare adresabilitate din partea asiguraților, ceea ce a făcut ca o mare parte din resursele alocate la nivelul judetului Botosani pentru servicii medicale sa se consume in acest sector, platile pentru servicii medicale spitalicesti reprezentand 50,4%.

14. Îngrijiri medicale la domiciliu

În anul 2011 au fost încheiate contracte cu doi furnizori de servicii de îngrijiri la domiciliu, în limita prevederilor aprobate în sumă de 110 mii lei si s-au realizat plati in valoare de 110 mii lei , reprezentand un procent de realizare de 100% față de prevederi .

15.Prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale-

In anul 2011 s-au realizat plăți în valoare de 23,01 mii lei, reprezentand un procent de realizare de 99,99% față de prevederile perioadei.

**Execuția Bugetului Fondului Național Unic de Asigurări de Sociale de Sănătate în anul 2011
față de anul 2010:**

Denumirea categoriilor de cheltuieli	Realizări an 2010 - mii lei -	Realizări an 2011 - mii lei -	Procent de realizare an 2011 față de an 2010 (%)
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=3/2</i>
Cheltuieli totale, din care:	224951,58	233547,47	95,40
Cheltuieli pentru sănătate	234925,62	225372,48	96,00
Materiale și Prestări Servicii cu caracter medical, din care:	232677,67	222853,82	95,80
Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice și dispozitive medicale din care:	55528,69	71084,97	128,10
Medicamente cu și fără contribuție personală	34653,37	51782,25	149,50
Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate în programele naționale cu scop curativ	19253,32	17324,00	90,00
Materiale sanitare specifice utilizate în programele naționale cu scop curativ	540,00	633,72	117,40
Servicii medicale de hemodializă și dializă peritoneală	0	0	0
Dispozitive și echipamente medicale	1082,00	1345,00	124,30
Servicii medicale în ambulatoriu :	24867,02	25426,16	102,30
Asistența medicală primară	19311,00	19426,40	100,60
Asistența medicală pentru specialități clinice	2955,00	2966,98	100,40
Asistența medicală stomatologică	681,00	701,98	103,10
Asistența medicală pentru specialități paraclinice	1522,02	1956,85	128,60
Asistența medicală în centre medicale multifuncționale	398	373,95	94,00
Servicii de urgență prespitalicești și transport sanitar	10638,00	11177,68	105,10
Servicii medicale în unități sanitare cu paturi	141352,37	115031,98	81,40
Spitale generale	137546,57	112266,99	81,7
Unități de recuperare-reabilitare a sănătății	3805,80	2764,99	72,70
Îngrijiri medicale la domiciliu	100	109,99	110,00
Prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale	191,61	23,01	12,00
Cheltuieli de administrare a fondului:	2247,94	2518,66	112,10
- cheltuieli de personal	1779,64	2023,67	113,80
- cheltuieli materiale servicii	468,30	494,99	105,70
- cheltuieli de capital	0	0	0
Cheltuieli pentru Asigurări Asistență Socială	10025,97	8174,99	81,60

2. ACTIVITATEA DE CONTRACTARE/DECONTARE

Situația numărului de contracte/acte adiționale în anul 2011 față de anul 2010.

Nr. crt.	Tipul de asistență medicală	Nr. contracte/acte adiționale existente la 31.12.2010	Nr. contracte/acte adiționale existente la 31.12.2011
1.	Asistența medicală primară	163	164
2.	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice	12	10
3.	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice		
3.1	➤ furnizori de servicii medicale paraclinice – fără spitale	8	10
3.2	➤ furnizori de servicii medicale paraclinice - spitale	6	6
3.3	➤ ecografie generală la medicii de familie	-	2
3.4	➤ ecografie la medicii de specialitate pentru specialitățile clinice, inclusiv recuperare	4	4
3.5	➤ managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței	-	-
3.6	➤ radiografie dentară la medicii de medicină dentară	-	-
4.	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară	56	45
5.	Asistența medicală de specialitate de recuperare - reabilitare a sănătății în ambulatoriu	5	4
6.	Asistența medicală spitalicească	10	7
7.	Asistența medicală de urgență și transport sanitar	1	1
8.	Îngrijiri medicale la domiciliu	1	2
9.	Îngrijiri medicale paliative	-	-
10	Îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijiri medicale paliative	-	-
11.	Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu	73	69
12.	Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice	58	60
13.	Recuperare - reabilitare a sănătății în unități sanitare cu paturi:	2	1
13.1	➤ sanatorii	2	1
13.2	➤ preventorii	-	-
13.3	➤ sanatorii balneare	-	-
TOTAL		399	385

Situația numărului de contracte/acte adiționale reziliate, suspendate, încetate în anul 2011 față de anul 2010.

Nr. Crt.	Tipul de asistență medicală	Nr. contracte /acte adiționale reziliate		Nr. contracte /acte adiționale încetate		Nr. contracte/acte adiționale suspendate		Motivul reziliere/ încetare / suspendare
		2010	2011	2010	2011	2010	2011	2011
1	Asistența medicală primară	1	-	1	1	-	-	Un contract reziliat in 2010 pentru nerespectarea obligatiilor contractuale prevazute la art 7, pct 18, lit a) Un contract incetat in 2010 cu acordul partilor Un contract incetat in 2011 cu acordul partilor
2	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice	-	-	-	2	-	-	In 2011: 1. conform H.G. 345/2011 spitalul Darabani a fost aprobat pe lista spitalelor care nu ot incheia contract cu C.A.S. Botosani 2. conform H.G. 758/2011 spitalul Saveni a fost desfiintat si a devenit sectie a Spitalului Judetean Mavromati.
3	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice							
3.1	➤ furnizori de servicii medicale paraclinice – fără spitale	1	-	-	-	-	-	Contract reziliat pentru nerespectarea obligatiilor contractuale prevazute la art 7, lit i
3.2	➤ furnizori de servicii medicale paraclinice - spitale	-	-	-	-	-	-	

3.3	➤ ecografie generală la medicii de familie	-	-	-	-	-	-	
3.4	➤ ecografie la medicii de specialitate pentru specialitățile clinice	-	-	-	-	-	-	
3.5	➤ managementul hemodinamic prin metoda bioimpedanței	-	-	-	-	-	-	
3.6	➤ radiografie dentară la medicii de medicină dentară	-	-	-	-	-	-	
4.	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară	-	-	1	8	-	-	1 contract încetat în 2010 și 8 contracte încetate în 2011 cu acordul partilor.
5.	Asistența medicală de specialitate de recuperare - reabilitare a sănătății în ambulatoriu	-	-	-	-	-	-	
6.	Asistența medicală spitalicească	-	-	-	3	-	-	In 2011: 1. conform H.G. 345/2011, două spitale au fost nominalizate pe lista spitalelor care nu pot încheia contract cu C.A.S. Bt 2. conform H.G. 758/2011 spitalul Saveni a fost desființat și a devenit secție a Spitalului Județean Mavromati.
7.	Asistența medicală de urgență și transport sanitar	-	-	-	-	-	-	
8.	Îngrijiri medicale la domiciliu	1	-	-	-	-	-	In anul 2010 a fost reziliat contractul unui furnizor de îngrijiri la domiciliu pentru nerespectarea clauzelor contractuale prevăzute la art. 7, lit. h
9.	Îngrijiri medicale paliative	-	-	-	-	-	-	
10.	Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu	-	-	2	6	20	29	Contracte încetate conform art.17 lit d) din contractele de furnizare de medicamente cu și fara

								contributie personala - denuntarea unilaterală a contractului de către reprezentantul farmaciei. Contracte suspendate conform art.18 lit. c) – la solicitarea furnizorului pe o perioadă sub 30 de zile pentru inventare, lipsa farmaist din farmacie, igienizare.
11.	Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice	-	-	-	-	-	1	Art 15, alin1, lit c din normele de aplicare a contractului cadru pentru anul 2011
12.	Recuperare - reabilitare a sănătății în unități sanitare cu paturi:							
12.1	➤ sanatorii	-	-	-	1	-	-	In 2011 conform H.G. 345/2011, un sanatoriu a fost nominalizat pe lista unitatilor sanitare cu paturi care nu pot incheia contract cu C.A.S. BT
12.2	➤ preventorii	-	-	-	-	-	-	
12.3	➤ sanatorii balneare	-	-	-	-	-	-	
	TOTAL	3	-	4	21	20	29	

2.1. Asistența medicală primară:

Nr. Crt.	Indicatori	Urban		Rural		TOTAL		Observații
		2010	2011	2010	2011	2010	2011	
1	Nr. total localități județ, din care:	7	7	80	80	87	87	*
1.2	➤ nr. localități neacoperite	-	-	7	5	7	5	Adaseni-1 Corni-1 Lisna-1 Calugareni-1 Vorniceni-1
2	Grad de acoperire cu medici de familie (2= (1- 1.2) /1 x 100) %	100	100	91,25	93,75	91,95	94,25	
3	Populația județului	188932	188092	262262	260657	451194	448749	
4	Nr. total persoane înscrise la medicul de familie, din care :	163209	164503	201310	201651	364519	366154	
4.1	➤ asigurați	151952	152445	176030	175739	327982	328184	
4.2	➤ persoane beneficiare ale pachetului minimal de servicii medicale	11257	12058	25280	25912	36537	37970	
5	Gradul de înscriere a populației la medicul de familie (5= 4/3 x 100) %	86	87	76	77	80	81	
6	Nr. medici de familie aflați în relație cu CAS, din care:	77	78	91	90	168	168	
6.1	➤ specialiști	41	42	65	64	67	68	
6.2	➤ primari	36	36	26	26	62	62	
7	Nr. necesar de medici de familie stabilit de comisia paritară	82	85	98	95	180	180	
8	Grad de acoperire cu medici de familie (8= 7/6 x 100) %	93,90	91,76	92,85	94,73	93,33	93,33	

2.2 Asistența medicală clinică ambulatorie de specialitate:

Nr. crt.	Specialitate	Necesar norme		Necesar medici		Nr. norme în contract		Nr. medici în contract		Grad realizare norme (11=8/4 x 100) %	Grad realizare medici (12=10/6 x 100) %	Obs.
		2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2011	2011	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Alergologie imunologie clinică	1	1	1	1	1	1	1	1	100	100	
2	Boli infecțioase	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3	Cardiologie	3	3	7	10	3	2	5	5	67	50	
4	Chirurgie cardiovasculară	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	Chirurgie generală	4	3	14	10	4	3	6	6	100	60	
6	Chirurgie pediatrică	1	1	2	5	1	1	2	3	100	60	
7	Chirurgie plastică microchirurgie reconstructivă	1	1	2	2	0	0	0	0	0,00	0,00	
8	Chirurgie toracică	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
9	Dermatovenerologie	3	2	3	5	3	2	2	2	100	40	
10	Diabet zaharat, nutriție boli metabolice	4	4	4	4	3	3	3	3	75	75	
11	Endocrinologie	4	4	5	4	3	3	5	4	75	100	
12	Gastroenterologie	2	2	3	3	2	2	3	3	100	100	
13	Genetică medicală	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

14	Geriatric gerontologie	3	2	3	3	2	1	2	1	50	33	
15	Hematologie	1	1	2	2	1	1	2	2	100	100	
16	Medicină internă	8	7	21	18	8	6	16	17	86	94	
17	Nefrologie	2	2	3	5	2	2	3	4	100	80	
18	Neonatalogie	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
19	Neurochirurgie	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
20	Neurologie	4	4	10	8	4	4	8	7	100	88	
21	Neurologie pediatrică	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
22	Oncologie medicală	1	1	3	3	1	1	3	3	100	100	
23	Obstetrică-ginecologie	5	3	12	12	5	3	11	12	100	100	
24	Oftalmologie	4	3	7	8	4	3	5	4	100	50	
25	Otorinolaringologie	5	5	8	10	5	5	7	7	100	70	
26	Ortopedie traumatologie	2	2	5	5	2	1	5	4	50	80	
27	Ortopedie traumatologie pediatrică	1	1	2	2	1	0	2	0	0,00	0,00	
28	Pediatrie	6	5	16	11	4	4	12	9	80	82	
29	Pneumologie	3	2	8	9	3	2	8	7	100	78	
30	Psihiatrie	2	2	6	9	1	2	6	9	100	100	
31	Psihiatrie pediatrică	1	2	3	3	1	2	3	3	100	100	
32	Reumatologie	2	2	2	3	2	1	1	1	50	33	
33	Urologie	2	1	4	3	1	1	1	3	100	100	
34	Chirurgie vasculară	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
35	Radioterapia	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
36	Chirurgie orală maxilo-facială	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
37	Medicină dentară	65	54	65	54	65	54	57	54	100	100	
38	Recuperare, medicină fizică balneologie	5	4	10	9	5	4	10	9	100	100	
		145	124	231	221	137	114	189	183			

Specialitățile deficitare la nivelul întregului județ în funcție de necesarul stabilit și zonele neacoperite în anul 2011 sunt : Botosani (pentru specialitatile oftalmologie, ortopedie, hematologie, cardiologie, neonatologie, neurologie pediatrica, chirurgie pediatrica, psihiatrie, obstetrica ginecologie si alergologie), Dorohoi (psihiatrie, dermatologie, endocrinologie, psihiatrie pediatrica, ortopedie, urologie, BFT) si Saveni (medicina internă, obstetrica ginecologie si oftalmologie) .

Ambulatoriu de specialitate	Nr. medici fără grad profesional		Nr. medici specialiști		Nr. medici primari		TOTAL		Nr. medici la 1000 locuitori (nr. medici x 1000 / nr. locuitori județ)
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	
Ambulatoriu de specialitate, din care:	29	28	85	72	75	83	189	183	0,40
➤ <i>Specialități clinice</i>	0	0	64	51	58	69	122	120	0,26
➤ <i>Medicină dentară</i>	29	28	21	21	7	5	57	54	0,12
➤ <i>Recuperare, medicină fizică balneologie</i>	0	0	0	0	10	9	10	9	0,02
Investigații paraclinice:	0	0	14	14	8	8	22	22	0,04
➤ <i>laborator</i>	0	0	7	7	5	5	12	12	0,02
➤ <i>radiologie și imagistică medicală</i>	0	0	7	7	3	3	10	10	0,02
➤ <i>medicină nucleară</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	
➤ <i>explorări funcționale</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	
Nr. locuitori județ în anul 2011									448749

Numarul de medici la mia de locuitori in anul 2011 fata de 2010 este aproximativ la fel, neexistand variatii mari.

2.3 Asistența medicală paraclinică:

Nr. Crt.	Investigații paraclinice	Număr necesar de servicii medicale paraclinice (stabilit de comisia)		Număr realizat de servicii medicale paraclinice cf. contract		Grad realizare servicii paraclinice (7=6/4 x 100) %
		2010	2011	2010	2011	2011
1	2	3	4	5	6	7
1	Laborator :	400000	345200	225763	272094	79
1.1	Hematologie	55000	50000	35340	41630	83
1.2	Biochimie	300000	263200	168502	207691	79
1.3	Imunologie	20000	15000	9518	10752	72
1.4	Microbiologie	23000	15000	11904	11374	76
1.5	Anatomie patologică	2000	2000	499	647	32
2	Radiologie, imagistică explorări funcționale:	41040	46512	17547	10796	23
2.1	Radiologie convențională	34540	40512	12880	8762	22
2.2	Ecografie	4000	2500	3050	2034	81
2.3	Explorări funcționale	2500	3500	1617	0	0
2.4	Înaltă performanță:	1460	560	437	455	81
2.4.1	- CT	730	300	304	267	89
2.4.2	- RMN	730	200	133	143	72
2.4.3	- Angiografie	0	60	0	45	75
2.4.4	- Scintigrafie	0	0	0	0	0

Pentru ca asigurații din județul Botosani să beneficieze de servicii paraclinice de înaltă performanță CT, RMN (RMN cord cu subst. de contrast, uro RMN cu subst. de contrast), angiografii, în condițiile în care pe raza județului Botosani nu există un furnizor pentru aceste servicii, Casa de Asigurări de Sănătate Botosani a făcut toate demersurile necesare și astfel au fost încheiate contracte cu furnizori din alte județe, respectiv 1 laborator privat din județul Suceava și 2 laboratoare private din județul Iași.

2.4 Servicii de îngrijiri medicale la domiciliu / îngrijiri paliative:

		Anul 2010	Anul 2011	Observații
A. ÎNGRIJIRI MEDICALE LA DOMICILIU				
1	număr total cereri, din care:	28	32	
1.1	➤ număr decizii	28	32	
1.2	➤ cereri respinse	-	-	motivație
2	Grad de realizare (2 = 1.1/1 x 100) %	100%	100%	
B. ÎNGRIJIRI PALIATIVE				
1	număr total cereri, din care:			
1.1	➤ număr decizii	-	-	
1.2	➤ cereri respinse	-	-	motivație
2	Grad de realizare (2 = 1.1/1 x 100) %			

Criteriile de prioritate pentru soluționarea listelor de prioritate în vederea acordării serviciilor de îngrijiri la domiciliu asiguraților C.A.S. Botosani după cum urmează:

- Copii cu vârsta între 0-18 ani
- Cazuri sociale (ex.pacienți fara aparținători, asistați sociali)

2.5 Consumul de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu:

Situația valorică a consumului lunar în anul 2011:

- mii lei

Anul 2011	Consum medicamente compensate gratuite	Consum medicamente boli cronice cu aprobare CNAS	Consum medicamente pensionari compensate 90%	Consum Total	Consum medicamente în cadrul PNS
1	2	3	4	5=2+3+4	6
Ianuarie	3490.15	680.57	388.69	4559.41	1414.01
februarie	3296.20	816.13	341.18	4453.51	1232.29
Martie	3753.44	1007.87	436.92	5198.23	1199.86
Aprilie	3002.68	912.06	320.82	4235.56	909.38
Mai	3355.58	970.24	390.13	4715.95	1036.00
iunie	2826.24	1152.15	349.73	4328.12	782.40
iulie	3135.88	998.40	390.82	4525.10	1046.02
august	3000.99	953.15	380.02	4334.16	1052.73
septembrie	3083.42	816.30	383.56	4283.28	771.54
octombrie	3295.18	1021.96	412.57	4729.71	921.41
noiembrie	3428.57	1050.50	449.53	4928.60	787.10
decembrie	3094.77	1316.57	306.65	4717.99	713.24
TOTAL	38763.11	11695.92	4550.62	55009.65	11865.98

Din analiza consumului lunar se constata urmatoarele:

- media lunara la medicamente gratuite si compensate este de 3230 mii lei si se constata o crestere a acestei medii in lunile ianuarie – martie. Aceasta crestere se datoreaza cresterii numarului de cazuri acute si subacute.

- media lunara la medicamente boli cronice cu aprobare CNAS este 974,5 mii lei Se constata o crestere in lunile iunie si decembrie, ca urmare a cresterii numarului de pacienti cu poliartrita reumatoida si hepatita cronica.

Situația valorică a consumului medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu anual în ultimii cinci ani.

- mii lei

ANUL	Consum medicamente compensate gratuite	Consum medicamente boli cronice cu aprobare CNAS	Consum medicamente pensionari compensate 90%	Consum Total	Consum medicamente în cadrul PNS
1	2	3	4	5=2+3+4	6
2007	23161.00	3560.00	-	26721.00	3884.39
2008	28610.73	6334.79	-	39945.52	11330.87
2009	37686.70	9341.92	3504.94	50533.56	19577.24
2010	38347.54	9898.74	4537.72	52784.00	17568.08
2011	38763.11	11695.92	4550.62	55009.65	11865.98
TOTAL	166569.08	40831.37	12593.28	224993.73	64226.56

In anii 2007 si 2008 valoarea medicamentelor gratuite si compensate a fost limitata prin introducerea plafoanelor valorice la farmcii.

Incepand cu anul 2009 se constata o crestere a consumului la medicamente ca urmare a eliminarii plafoanelor valorice la farmcii.

Din anul 2009 pana in anul 2011 consumul la medicamente a crescut cu 8,1%.

Situația numărului de farmacii față de anul anterior, la nivel de județ pe medii rezidențiale (urban/rural)

ANUL	Nr. farmacii urban	Nr. farmacii rural	TOTAL
2010	54	20	74
2011	52	17	72

Zone descoperite din punct e vedere al asigurării accesului la medicamente gratuite si compensate: Radauti Prut , Viisoara, Cotusca, Cordareni , Vorniceni, Santa Mare, Calarasi, Romanesti, Mihalaseni

2.6 Asistența medicală în unitățile sanitare cu paturi:

Situația numărului de zile de spitalizare față de anul 2010.

- mii lei-

Tipuri de spitalizare	Nr. paturi contractabile		Nr. cazuri realizate cf. contract		Nr. zile realizate cf. contract		Nr. servicii realizate cf. contract	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Spitalizare continuă, din care:	2318	2143	96123	84669	697180	624264	x	x
➤ <i>Acuți</i>	1898	1714	88557	77673	559922	500954	x	x
➤ <i>Cronici</i>	420	429	7566	6996	137258	123310	x	x
➤ <i>Îngrijiri paleative</i>	-	-	-	-	-	-	x	x
Spitalizare de zi	144	144	20040	14828	x	x		

Situația sumelor contractate și decontate în anul 2011 față de anul 2010.

- mii lei -

Nr. Crt.	Tipuri de spitalizare	Sume contractate		Sume realizate	
		2010	2011	2010	2011
1	Spitalizare continuă, din care:	118767	100975	117978	100263
1.1	➤ <i>Acuți</i>	100149	82544	99544	82540
	○ DRG	83677	75300	83112	75297
	○ non DRG	16472	7244	16432	7243
1.2	➤ <i>Cronici</i>	18618	18431	18434	17723
1.3	➤ <i>Îngrijiri paleative</i>	-	-	-	-
2	Spitalizare de zi	8070	7074	8015	7056
3	Total spitalizare (3=1+2)	126837	108049	125993	107319
4	Pondere spitalizării de zi din total spitalizare (4= 2/3 x 100) %	2010	6.36%		
		2011	6.55%		

Specialitățile medicale deficitare și neacoperite în raza administrativ-teritorială a casei de asigurări de sănătate în anul 2011 au fost stabilite de către Comisia pentru stabilirea condițiilor acordării asistenței medicale spitalicești ca fiind următoarele: anatomie patologică, psihiatrie, radiologie și imagistică medicală, medicină de laborator, A.T.I., medicină internă și neonatologie

Situația cazurilor externate în anul 2011 comparativ cu anul 2010, în funcție de criteriul de internare.

Nr. crt.	Criterii internare	Nr. cazuri externate	
		2010	2011
1	Naștere	3077	2771
2	Urgențe medico - chirurgicale	55671	51578
3	Boli cu potențial endemo - epidemic	2034	2228
4	Bolnavi psihici art.113 și 114 și Ordonanța procurorului	107	123
5	Diagnosticul și tratamentul nu pot fi monitorizate în ambulatoriu	29776	26813
TOTAL		90665	83513

Se constata o scadere a numarului de nasteri in anul 2011 fata de 2010 cu un procent de 10 % . Pentru urgentele medico-chirurgicale se constata un numar aproximativ egal de cazuri in 2010 si 2011 ceea ce inseamna ca urgentele medico-chirurgicale care au necesitat internare au fost rezolvate. Se constata o scadere a numarului de internari pentru pacientii a caror diagnostic si tratament nu pot fi monitorizate in ambulator, acesta datorandu-se si reducerii numarului de paturi. Pentru aceste tipuri de cazuri care nu reprezinta urgente medico-chirurgical, spitalele intocmesc liste de prioritizare.

2.7 Asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății în unități sanitare cu paturi

Situația numărului de cazuri și a numărului de zile de spitalizare realizate conform contractului în anul 2011 față de anul 2010.

Nr. crt.	Asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății în unități sanitare cu paturi	Număr de cazuri externat		Număr de zile de spitalizare realizate cf. contract	
		2010	2011	2010	2011
1.	Sanatorii	171	116	18947	18538
2.	Preventorii	-	-	-	-
3.	Sanatorii balneare	-	-	-	-
TOTAL					

Numarul de cazuri externate s-a redus in 2011 fata de 2010 ca urmare a desfiintarii Sanatoriului Guranda incepand cu 01.04.2011.

2.8 Servicii medicale de urgență și transport sanitar:

Situația numărului de solicitări și a numărului de km/mile marine realizați/realizate în anul 2011 față de anul 2010.

Nr. crt.	Tip serviciu	Număr solicitări		Număr km realizați				Nr. mile marine	
		2010	2011	urban		rural		2010	2011
				2010	2011	2010	2011		
1.	Urgențe medico-chirurgicale majore (cod roșu)	10343	4877	76610	41410	439083	229549	-	-
2.	Urgențe medico-chirurgicale de gradul 1 (cod galben)	28466	30302	176099	204910	960288	1125258	-	-
3.	Urgențe medico-chirurgicale (cod verde) pentru care se pot acorda consultații de urgență la domiciliu	97	98	351	226	282	91	-	-
4.	Servicii de transport	658	632	14409	15073	93028	91017	-	-
TOTAL 1+2+3+4		39564	35909	267469	261619	1492681	1445915	-	-

Zonele greu accesibile sunt:

- loc Oneaga, timp mediu de raspuns 45 min.
- Loc Balta Arsa timp mediu de raspuns 30 min.
- Loc Cotu Mincuinti timp mediu de raspuns 45 min.
- Loc Crasnaleuc timp mediu de raspuns 45 min.
- Loc Calarasi timp mediu de raspuns 60 min.

2.9 Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice

Nr. Crt.	Dispozitive medicale	Număr cereri		Număr decizii		Număr cereri respinse	Grad de realizare (7 = 5/3x100) %	Număr persoane pe lista de prioritate la 31.12.2011	Obs. (motivație pentru cereri respinse)
		2010	2011	2010	2011				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Pentru proteze ORL	295	185	219	393		212	358	
2	Pentru protezare stomii	757	794	756	793		100	0	
3	Pentru incontinența urinară	118	166	119	166		100	0	
4	Proteze pentru membrul inferior	69	42	26	33		79	81	
5	Proteze pentru membrul	5	4	6	0		0	3	

	superior								
6	Pentru dispozitive de mers	56	58	76	37		64	25	
7	Orteze:								
7.1	➤ pentru coloana vertebrală	30	35	48	24		69	9	
7.2	➤ pentru membrul superior	2	0	2	0		0	0	
7.3	➤ pentru membrul inferior	47	49	57	32		65	21	
8	Încălțăminte ortopedică	71	57	63	54		95	43	
9	Pentru deficiențe vizuale	113	106	112	107		101	4	
10	Echipe de oxigenoterapie	267	354	262	352		99	0	
TOTAL		1830	1850	1746	1991			544	

Criteriile de prioritate pentru soluționarea listelor de prioritate în vederea acordării de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice aprobate prin Consiliul de Administrație al C.A.S. Botosani, sunt :

1. Dispozitive medicale care se vor acorda tuturor solicitantilor în regim de urgență:

- dispozitive pentru protezare stomii
- dispozitive pentru incontinența urinară
- lentile intraoculare recomandate pacienților cu cataractă, programate pentru intervenție chirurgicală

2. Echipamente pentru oxigenoterapie recomandate pacienților cu insuficiență respiratorie stadiul III și IV și pacienților cu insuficiență respiratorie cu comorbidități cardiace, a căror recomandare medicală să cuprindă obligatoriu indicii VEMS și IT, saturația de oxigen

3. Copii până la 18 ani cu recomandări pentru dispozitive medicale, dispozitivul fiind necesar pentru a nu afecta dezvoltarea psiho-motorie a copilului

4. Persoane cu afecțiuni multiple

5. Persoane cu handicap

6. Dispozitive de mers: baston, carja, cadru de mers, recomandate pe perioada nedeterminată, necesare pentru recuperarea urgentă și imediată a pacientului

7. Dispozitive recomandate persoanelor aflate în activitate, fiind necesare pentru a nu afecta buna desfășurare a activității profesionale.

Există liste de așteptare pentru pacienții care nu se încadrează în criteriile de prioritarizare

2.10 Programe naționale de sănătate:

Situația indicatorilor specifici aferenți programelor/subprogramelor naționale de sănătate cu scop curativ:

Program/Subprogram de sănătate	Denumire	Indicatori fizici		Indicatori de eficiență		
		număr bolnavi		cost mediu pe bolnav -lei		cost mediu național pe bolnav cf. Ordin 1591/1110/2010 -lei
		2010	2011	2010	2011	2011
0	1	2	3	4	5	6
Programul național de boli transmisibile, din care:		x	x	x	x	x
<i>Subprogramul de tratament al persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratamentul postexpunere</i>	bolnavi infectați HIV/SIDA tratați	173	175	21939,08	22736,67	24965
	postexpunere tratate	1	6	731,83	296,19	800
<i>Subprogramul de tratament al bolnavilor de tuberculoză</i>	bolnavi cu tuberculoză tratați	791	661	428,89	387,68	352,14
Programul național de oncologie, din care:		X	x	x	x	x
<i>Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice</i>	bolnavi cu afecțiuni oncologice	1577	1510	8166,95	7114,46	7756,13
<i>Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT</i>	bolnavi monitorizați prin investigație PET-CT					
Programul național de tratament al surdității prin proteze auditive implantabile (implant	bolnavi cu implant cohlear					

cohlear și proteze auditive)	bolnavi cu proteză BAHA					
	VIBRANT					
Programul național de diabet zaharat	bolnavi cu diabet zaharat tratați	8541	8696	680,15	643,83	617,52
	bolnavi cu diabet zaharat evaluați prin dozarea HbA1c	159	144	21,88	19,79	19
	copii cu diabet zaharat automonitorizați	48	44	866,25	654,55	1440
	adulți cu diabet zaharat automonitorizați	1710	1798	320,61	240,14	480
Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare	bolnavi cu scleroză multiplă tratați					
	bolnavi cu hemofilie fără intervenție chirurgicală majoră	1	10	5702,88	9915,76	25000
	bolnavi cu hemofilie care necesită intervenții chirurgicale majore pentru artropatii invalidante					
	bolnavi cu talasemie					
	bolnavi cu boli neurologice degenerative/inflamatorii tratați					
	bolnavi cu boli neurologice degenerative/inflamatorii - în puseu acut tratați					
	bolnavi cu miastenie gravis-crise miastenice tratați					
	bolnavi cu osteogeneză imperfectă tratați					
	bolnavi cu boală Fabry tratați					
	bolnavi cu boala Pompe tratați					
	bolnavi cu tirozinemie tratați					
	bolnavi cu HTPA tratați					
	copii cu mucoviscidoză tratați	7	7	11207,04	20730,36	38000
	adulți cu mucoviscidoză tratați					
	bolnavi cu scleroză laterală amiotrofică tratați	3	7	3001,18	1306,68	15000
	bolnavi cu epidermoliza buloasă tratați					
	bolnavi cu sindrom Prader - Willi					
Programul național de boli endocrine	bolnavi cu osteoporoză tratați	237	224	264,83	350,06	420,05
	bolnavi cu gușă prin tireomegalie datorată					

	carenței de iod tratați					
	bolnavi cu gușă prin tireomegalie datorată proliferării maligne					
Programul național de ortopedie	bolnavi endoprotezați	35	63	2205,86	2338,11	3172,31
	bolnavi cu endoproteze tumorale					
	copii cu implant segmentar de coloană					
	adulți cu implant segmentar de coloană					
Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană	bolnavi tratați pentru stare posttransplant	25	27	21984,87	25134,94	23602,61
	bolnavi cu transplant hepatic tratați pentru recidiva hepatitei cronice					
Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică	bolnavi tratați prin hemodializă convențională	242	269	472	465,67	472
	bolnavi tratați prin hemodiafiltrare intermitentă on-line	5	11	536	536	536
	bolnavi tratați prin dializă peritoneală continuă	25	20	37902,33	43385,83	4233,33
	bolnavi tratați prin dializă peritoneală automată	1	2	49712,70	13229,17	5291,67
	bolnavi cu insuficiență renală cronică tratați					
Programul național de terapie intensivă a insuficienței hepatice	bolnavi tratați prin epurare extrahepatică					

Din analiza situației indicatorilor fizici și de eficiență aferenți programelor/subprogramelor de sănătate, se observă o scădere a costului mediu pe bolnav în anul 2011 față de anul 2010 la unele programe:

- subprogramul de tratament al bolnavilor de tuberculoză
- subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice
- programul național de diabet zaharat

În anul 2011 s-a constatat o depășire a costului mediu/bolnav față de valoarea prevăzută în Norme

La Programul național Posttransplant s-a depășit valoarea costului mediu cu un procent de 6% din următorul motiv:

-s-au prescris scheme terapeutice alcătuite din mai multe medicamente

La Subprogramul de tratament al bolnavilor de tuberculoză costul mediu/bolnav a fost depășit cu 10% din următorul motiv :

- s-a evidențiat o creștere a prețurilor anumitor medicamente (exemplu: streptomycină de la 1,29 lei la 2,76 lei)

La Programul de diabet costul mediu/bolnav a fost depășit cu 4 % din următoarele motive - conversia de la terapia orală la tratamentul cu insulină, care este un tratament mai scump, a unui număr mare de cazuri, care au făcut complicații prin evoluția naturală a bolii.

-inițieri de scheme terapeutice în centre universitare, clinici de specialitate

2.11 Formulare europene, acorduri internaționale:

Situația numărului de formulare europene emise și primite în anul 2011 față de anul 2010.

Nr. Crt.	Tip formular	Formulare europene emise		Formulare europene primite din state UE /SEE	
		2010	2011	2010	2011
1	E104	2	4	1	5
2	E106 sau S1 similar	5	31	5	11
3	E107	1	-	119	118
4	E108	-	-	1	3
5	total E109 sau S1 similar	-	-	3	2
6	total E112 sau S2 similar	4	3	-	-
7	E115	-	-	3	-
8	E116	-	-	1	-
9	E117	-	-	-	-
10	E118	-	-	-	-
11	total E121 sau S1 similar	14	26	3	2
12	E125	31	22	-	87
13	E126	3	3	-	2
14	E001	1	-	29	21
15	CEASS	2440	3138	-	-
16	CIP	98	129	-	-

Situația sumelor decontate în baza cardului european a formularelor europene în anul 2011 față de anul 2010.

Suma decontată – mii lei		Grad de realizare 2011 față de 2010 %
2010	2011	
191,61	23,01	12%

2.12 Evaluarea furnizorilor:

Situația evaluării furnizorilor de servicii medicale în anul 2011 față de anul 2010.

Nr. Crt.	Categoria de furnizor	Nr. cereri		Nr. decizii		Nr. notificări
		2010	2011	2010	2011	2011
1.	Spitale	12	9	12	9	0
2.	Furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu	0	2	0	2	0
3.	Farmacii	69	19	69	19	0
4.	Cabinete de medicină dentară	4	38	4	38	0
5.	Furnizori de investigații medicale paraclinice – radiologie și imagistică medicală	0	1	0	1	0
6.	Furnizori de investigații medicale paraclinice – laboratoare de analize medicale	7	0	7	0	0
7.	Cabinete medicale de medicină de familie, cabinete medicale de specialitate, centre medicale, centre medicale de diagnostic tratament	15	167	15	167	0

Conform Planului de evaluare a furnizorilor de servicii medicale de medicină de familie, cabinete medicale de specialitate, centre medicale, centre medicale de diagnostic tratament în anul 2011 au fost planificate și evaluate cabinetele medicale a căror decizie de evaluare a expirat în timpul anului și 2 furnizorii noi care au solicitat evaluarea

În anul 2011 au fost evaluate:

- cabinetele de medicină dentară, a căror decizie de evaluare a expirat în anul 2011
- spitalele planificate și cele care au schimbat structura organizatorică.

2.13 Probleme întâmpinate în procesul contractării

În procesul contractării pentru anul 2011 nu au existat contestații. Contractele au fost semnate fără obiecțiuni de către furnizori.

2.14 *Alte activități / date* despre care CAS consideră că este necesar să fie menționate care nu au fost cuprinse în subpunctele anterioare.

Activitatea C.A.S Botoșani în domeniul controlului

a) Controale ale Casei de Asigurări de Sănătate Botoșani

În derularea acțiunilor de control desfășurate de structura de control din cadrul C.A.S. Botoșani, s-a urmărit protejarea intereselor asiguraților și buna gestiune financiară a fondului, 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;
- dispunerea măsurilor adecvate în vederea restabilirii legalității;
- 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.

În anul 2011, au fost prevăzute să se efectueze 109 controale tematice, din care s-au realizat 109, reprezentând un grad de realizare de 100%.

În afara controalelor tematice efectuate, structura de control din cadrul C.A.S. Botoșani a efectuat un număr de 22 de controale operative și inopinate dispuse, în afara planului anual de control.

a1) Controale la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale

La furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale aflați în județul Botoșani, în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate Botoșani, în anul 2011 au fost prevăzute să se realizeze **100** controale tematice, fiind efectuate în procent de 100%.

Derularea acțiunilor de control la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale s-a realizat în baza a trei **obiective generale**:

- Verificarea modului de respectare de către furnizor a condițiilor existente la momentul evaluării ;
- Verificarea modului de respectare a clauzelor contractuale ;
- Verificarea concordanței între serviciile medicale contractate, raportate și decontate de către casele de asigurări și serviciile consemnate în evidențele specifice existente la nivelul furnizorului.

În urma activităților de control efectuate la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, aflați în relații contractuale cu C.A.S. Botoșani, **aspectele constatate** au fost următoarele:

- Raportarea eronată de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a unor servicii medicale;
- Prescrierea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a unor medicamente în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, în timpul perioadei de internare a pacienților;
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a prevederilor art.7 alin.17 din contractul încheiat cu C.A.S. Botoșani, privind completarea corectă și la zi a formularelor privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate;
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a obligațiilor prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe baza de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, aprobată prin Hotărârea a Guvernului privind prescrierea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor notate cu (*), (**), (***) - cu aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Județene de Asigurări de Sănătate;
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a prevederilor art.7 alin.34 din contractul încheiat cu C.A.S. Botoșani, privind completarea formularelor cu regim special utilizate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare.
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a prevederilor art.7 alin.20 din contractul încheiat cu C.A.S. Botoșani, privind obligativitatea furnizorului de a respecta actele normative referitoare la sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a prevederilor art.38 alin.1 și art.81 alin.2 din Normele de aplicare a prevederilor O.U.G. nr.150/2005 privind concedii și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările

- ulterioare, aprobate prin Ordinul nr.60/27.01.2006, cu modificările și completările ulterioare: eliberarea certificatelor de concedii medicale fără adeverința eliberată de către angajator din care să rezulte numărul de zile de incapacitate temporară de muncă avute de către asigurat în ultimele 12 luni și declarația completată de către asigurat la acordarea certificatului de concediu medical;
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a prevederilor din Anexa 2 la Ordinul nr.413/2009, privind modul de completare a biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletelor de internare utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate;
 - Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a prevederilor art.103, secțiunea a 3-a din Hotărârea Guvernului nr.262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și pentru aprobarea listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu pentru anul 2010, cu modificările și completările ulterioare;
 - Eliberarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a certificatelor de concedii medicale, cu nerespectarea prevederilor legale în vigoare: au fost acordate certificate de concediu medical fără a exista adeverința eliberată de către angajator din care să rezulte numărul de zile de incapacitate temporară de muncă avute de către asigurat în ultimele 12 luni și declarația completată de către asigurat la acordarea certificatului de concediu medical; unele certificate de concediu medical prescrise nu sunt susținute din punct de vedere medical în documentele de evidență primară;
 - Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a prevederilor din Anexa 1 – „Pachetul de servicii medicale în asistența medicală primară”, lit.H din Ordinul 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 privire la obligația furnizorului de servicii medicale de a consemna vizitele la domiciliu în „Caietul de domiciliu”;
 - Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a prevederilor art.12 din Ordinul 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, privind modul de înscriere a asiguraților pe lista de capacitate;
 - Prescrierea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a medicamentelor compensate în procent de 90% din prețul de referință al medicamentelor pentru pensionarii care au realizat și alte venituri pe lângă cele din pensii de până la 700 lei/lună;
 - Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a prevederilor art.7 alin.35 din contractul încheiat cu C.A.S. Botoșani, privind obligativitatea furnizorului de a organiza la nivelul cabinetului medical evidența bolnavilor cu afecțiuni cornice, respective lista și modificările ulterioare care intervin în mișcarea lunară a bolnavilor cronici;
 - Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a prevederilor art.7 alin.18 din contractul încheiat cu C.A.S. Botoșani, privind nerespectarea programului de activitate delarat la contractul încheiat cu C.A.S. Botoșani;
 - Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a prevederilor art.2, alin.2 din Anexa nr.30 la Ordinul nr.864/2011 pentru aprobarea Normelor metodologice pentru anul 2011 de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012;
 - Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală primară a prevederilor art.7, pct.9 din contractul încheiat cu casa de asigurări.
 - Operarea și raportarea eronată a datelor în sistemul informatic unic integrat a certificatelor de concediu medical, de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală din ambulatoriul de specialitate clinic;
 - Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală din ambulatoriul de specialitate clinic a obligațiilor prevăzute în Lista cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala , pe baza de prescripție medicala, în sistemul de asigurari sociale de sanatate, cu modificarile si completările ulterioare, aprobata prin Hotărâre a Guvernului privind prescrierea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor notate cu (***) cu aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Judetene de Asigurari de Sanatate;
 - Raportarea eronată a unor servicii medicale, de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală din ambulatoriul de specialitate clinic;

- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală din ambulatoriul de specialitate clinic a prevederilor art.103, secțiunea a 3-a din Hotărârea Guvernului nr.262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și pentru aprobarea listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman, de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu pentru anul 2010, cu modificările și completările ulterioare;
- Emiterea prescripțiilor medicale în timpul perioadei de internare a pacienților în regim de spitalizare continuă, de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală din ambulatoriul de specialitate clinic;
- Emiterea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală din ambulatoriul de specialitate clinic, a prescripțiilor medicale fără a fi susținute de consultația medicală;
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală din ambulatoriul de specialitate clinic a prevederilor art.7, pct.31 din contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitățile clinice încheiat cu C.A.S. Botoșani, care precizează: *“furnizorul de servicii medicale are obligația să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate – bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, prescripție medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond”*.
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății, a prevederilor legale în vigoare privind eliberarea certificatelor de concediu medical;
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății, a prevederilor art.8, pct.30 din contractul de furnizare de servicii medicale în asistența medicală de specialitate de recuperare, medicină fizică și balneologie(pentru unitățile sanitare ambulatorii de recuperare), care precizează: *“furnizorul de servicii medicale are obligația să completeze formularele cu regim special utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate – bilet de trimitere către alte specialități sau în vederea internării, bilet de trimitere pentru investigații paraclinice, prescripție medicală, cu toate datele pe care acestea trebuie să le cuprindă conform prevederilor legale în vigoare. În cazul nerespectării acestei obligații, casele de asigurări de sănătate recuperează de la aceștia contravaloarea serviciilor medicale recomandate / medicamentelor cu și fără contribuție personală prescrise, ce au fost efectuate / eliberate de alți furnizori în baza acestor formulare și decontate de casele de asigurări de sănătate din fond”*;
- Raportarea eronată a unor servicii medicale, de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală de recuperare-reabilitare a sănătății.
- efectuarea investigațiilor paraclinice, raportarea, validarea și decontarea acestora, pentru pacienții aflați în timpul perioadei de internare;
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală din ambulatoriul de specialitate paraclinic, a prevederilor art.8, anexa 8 la Ordinul 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, termenul de valabilitate de 30 de zile calendaristice de la data emiterii biletului de trimitere fiind depășit la data efectuării investigațiilor paraclinice recomandate;
- Efectuarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală din ambulatoriul de specialitate paraclinic, a investigațiilor paraclinice, raportarea, validarea și decontarea acestora, fără a fi recomandate de medicul prescriptor;
- Erori de raportare în S.I.U.I. a biletelor de trimitere pentru investigații paraclinice;
- Efectuarea investigațiilor paraclinice pe baza biletelor de trimitere care prezintă neconcordanțe la data prescrierii acestora și data efectuării investigațiilor.
- Raportarea în S.I.U.I. și decontarea de către C.A.S. a unor investigații paraclinice care nu au fost consemnate ca efectuate/recomandate de medicul prescriptor;
- Efectuarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală din ambulatoriul de specialitate paraclinic, a investigațiilor paraclinice după depășirea termenului de valabilitate de maxim 30 de zile calendaristice de la data emiterii biletului de trimitere;
- Necompletarea de către laboratorul de investigații paraclinice a biletelor de trimitere cu toate datele necesare, conform reglementărilor legale.

- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală de medicină dentară, a prevederilor art.7 alin.7 din contractul încheiat cu C.A.S. Botoșani, privind completarea corectă și la zi a formularelor privind evidențele obligatorii cu datele corespunzătoare activității desfășurate;
- Neconcordanță între serviciile medicale stomatologice raportate și cele consemnate în registrul de consultații al cabinetului.
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală spitalicească, a prevederilor art.4, lit.a) din Convenția privind eliberarea biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice, eliberarea biletelor de trimitere pentru investigații medicale paraclinice și/sau eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală, formulare cu regim special, unice pe țară, prin încălcarea prevederilor actelor normative referitoare la eliberarea prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală în sistemul asigurărilor sociale de sănătate;
- Nu au fost suportate de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală spitalicească, toate cheltuielile necesare pentru rezolvarea pacienților internați, inclusiv pentru medicamente, materiale sanitare și investigații paraclinice;
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală spitalicească, a regimului de spitalizare continuă, care presupune ca perioada de internare să fie fără întrerupere;
- Raportarea eronată a serviciilor medicale spitalicești, de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală spitalicească;
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală spitalicească, a prevederilor art.38 alin.1 din Normele de aplicare a prevederilor O.U.G. nr.150/2005 privind concediiile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, aprobate prin Ordinul nr.60/27.01.2006, cu modificările și completările ulterioare.
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală spitalicească, a obligațiilor contractuale prevăzute la art.6, lit.ad) din contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești încheiat cu C.A.S. Botoșani, care presupune verificarea biletelor de internare în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare;
- Regulamentul de Organizare și Funcționare și Regulamentul de Ordine Interioară nu au fost actualizate de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală spitalicească, conform modificărilor legislative și a modificării structurii organizatorice;
- Încheierea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală spitalicească, a contractelor de prestări servicii cu medici care nu au efectuat nici un serviciu medical în perioada verificată. Aceste contracte au fost luate în calcul la stabilirea valorii de contract încheiat cu C.A.S. Botoșani, afectând valoarea reală a indicelui F1;
- Nerespectarea de către furnizorii de servicii medicale în asistența medicală spitalicească, a obligației prevăzută la art.6, alin.i) din contractul încheiat cu Casa de Asigurări de Sănătate Botoșani, respectiv să anunțe casa de asigurări de sănătate despre modificarea oricăreia dintre condițiile care au stat la baza încheierii contractului de furnizare de servicii medicale în maximum 5 zile calendaristice de la data producerii modificării și să îndeplinească în permanență aceste condiții pe durata derulării contractelor.
- Raportarea în vederea decontării la farmacia, a prescripțiilor medicale care nu conțin toate datele obligatorii privind prescrierea și eliberarea acestora;
- Raportarea eronată în Sistemul Informațional Unic Integrat de către farmacia, a prescripțiilor medicale eliberate (din punct de vedere al tipului de diagnostic, al datei de prescriere sau al medicului prescriptor).
- raportarea eronată a datelor privind derularea Subprogramului de tratament al bolnavilor de tuberculoză.

Măsuri dispuse:

În urma controalelor efectuate în anul 2011 la furnizorii de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, a fost imputată suma de 344.054,51 lei, recuperată în procent de 100%.

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

-lei-

Controale la furnizorii de servicii medicale	Sume imputate	Sume recuperate	Grad de recuperare
Asistenta medicala primara	75.169,46	75.169,46	100 %
Ambulatoriu de specialitate clinic	89.143,87	89.143,87	100 %
Ambulatoriu de specialitate paraclinic	1.905,76	1.905,76	100 %
Ambulatoriu de specialitate stomatologic	380,89	380,89	100 %
Asistenta medicala spitaliceasca	166.008,60	166.008,60	100 %
Asistenta medicala de urgenta si transport sanitar	-	-	-
Ingrijiri medicale la domiciliu	-	-	-
Asistenta medicala de recuperare-reabilitare	9.142,44	9.142,44	100 %
Furnizori de medicamente	2.303,49	2.303,49	100 %
Dispozitive medicale	-	-	-
Programe nationale de sanatate	-	-	-
TOTAL	344,054,51	344,054,51	100 %

b2) Controale la persoane fizice care au obligația sa vireze contribuția de asigurări de sănătate la FNUASS.

Din numărul de 5 controale prevăzute a se realiza în anul 2011, au fost realizate 5 controale, reprezentând un grad de realizare de 100%.

Controlul la persoanele fizice care au obligația sa vireze contribuția de asigurări de sănătate la FNUASS a vizat stabilirea obligațiilor de plată la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pentru perioada 2006-2009.

Valoarea totală a obligațiilor de plată la FNUASS constatate cu ocazia controalelor efectuate la persoanele fizice autorizate, este de 70.126,26 lei.

Pentru încălcarea dispozițiilor art.215, alin.(3) din Legea nr.95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, cu modificarile si completarile ulterioare, pentru nedepunerea declaratiilor nominale privind obligatiile ce le revin fata de F.N.U.A.S.S., in conformitate cu prevederile art.305 lit.a^1) si art.306 lit.b^1) din Legea nr.95/2006, s-au aplicat amenzi contravenționale în valoare de 50 lei, valoarea totală a acestora fiind de 250 lei.

b3) Controale la persoane juridice sau fizice ai caror salariati au beneficiat de concedii medicale conform O.U.G. nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare

Din numărul de 4 controale prevăzute a se realiza în anul 2011, au fost realizate 4 controale, reprezentând un grad de realizare de 100%.

Pe lângă controalele tematice planificate, au mai fost realizate 6 acțiuni de control, ca urmare a sesizărilor înregistrate la C.A.S. Botoșani.

Derularea acțiunilor de control la persoanele juridice sau fizice ai caror salariati au beneficiat de concedii medicale conform O.U.G. nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, s-a realizat în baza următoarelor **obiective generale**:

- depunerea la termen a declarațiilor privind obligațiile de plată către FNUASS pentru concedii și indemnizații și privind evidența nominală a asiguraților care au beneficiat de concedii și indemnizații, după caz;

- calculul și plata indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.

În urma activităților de control efectuate la persoanele juridice sau fizice ai caror salariati au beneficiat de concedii medicale conform O.U.G. nr. 158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, **aspectele constatate** au fost următoarele:

- nerespectarea prevederilor art. 6 alin.(3) din Ordonanța de Urgență nr.158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, modificată prin Legea nr.399/2006, în care este prevăzut faptul că angajatorii "au obligația de a depune lunar la casele de asigurări de sănătate declarații privind evidența obligațiilor de plată către Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru concedii și indemnizații și privind evidența nominală a asiguraților care au beneficiat de concedii și indemnizații, după caz";
- calculul și plata eronată a indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate;
- nerespectarea prevederilor art. 6 alin.(4) din Ordonanța de Urgență nr.158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, modificată prin Legea nr.399/2006, în care este prevăzut faptul că angajatorii "au obligația de a pune la dispoziția organelor de control ale caselor

de asigurări de sănătate documentele justificative și actele de evidență necesare în vederea stabilirii obligațiilor la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate”.

- nerespectarea prevederilor art. 36 alin.(3), lit.a) din Ordonanța de Urgență nr.158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, modificată prin Legea nr.399/2006, privind refuzul nejustificat de plată a indemnizației de asigurări sociale de sănătate.

Măsuri dispuse:

- aplicarea amenzilor contravenționale în valoare totală de 10.000 lei;
- recalcularea indemnizațiilor de asigurări sociale de sănătate conform veniturilor din statele de plată și depunerea declarațiilor rectificative la sediul C.A.S. Botoșani.

b4) Controale la persoane fizice care beneficiază de CM cf. OUG 158/2005

În urma activităților de control efectuate la persoane fizice care beneficiază de CM cf. OUG 158/2005, aspectele constatate au fost următoarele:

- Nerespectarea prevederilor art.(3¹), lit.(c) din Ordonanța de Urgență nr.158/2005 privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate, modificată prin Legea nr.399/2006, în care este prevăzut faptul că *“Persoanele asigurate pentru concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate în sistemul de asigurări sociale de sănătate, denumite în continuare asigurați,(...) trebuie să fie prezente la domiciliu sau la adresa indicată, după caz, în intervalul de timp și în condițiile stabilite prin normele de aplicare a prezentei ordonanțe de urgență, în vederea exercitării verificării de către reprezentanții plătitorilor de indemnizații de asigurări sociale de sănătate”.*

La nivelul Consiliului de Administrație al Casei de Asigurări de Sănătate Botoșani - În anul 2011 s-au desfășurat un număr de 12 ședințe ale Consiliului de Administrație al Casei de Asigurări de Sănătate Botoșani și au fost emise un număr de 12 hotărâri, astfel:

- **HOTĂRÂREA NR. 1 DIN 27.01.2011** privind împuternicirea conducerii executive a Casei de Asigurări de Sănătate Botoșani , pentru a efectua activitatea de contractare pentru anii 2011-2012 pentru finanțarea programelor/subprogramelor din cadrul programului național cu scop curativ precum și pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate,conform prevederilor H.G nr. 1.388/2010 privind aprobarea programelor nationale de sanatate pentru anii 2011 si 2012 și a Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012;

- **HOTĂRÂREA NR.2 DIN 21.02.2011** privind aprobarea Raportului de analiză pe bază de bilanț privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli din Fondul Asigurărilor Sociale de Sănătate încheiat la 31 decembrie 2010.

- **HOTĂRÂREA NR. 3 DIN 03.06.2011** privind aprobarea Metodologiei de lucru privind încheierea contractelor, convențiilor, actelor adiționale pentru furnizorii de servicii medicale,medicamente și de dispozitive medicale pentru anul 2011 și a calendarului pentru negocierea și încheierea contractelor, convențiilor, actelor adiționale pentru furnizorii de servicii medicale, medicamente și de dispozitive medicale pentru anul 2011.

- **HOTĂRÂREA NR. 4 DIN 03.06.2011** privind împuternicirea conducerii executive a Casei de Asigurări de Sănătate Botoșani pentru a efectua activitatea de contractare pentru anul 2011 în conformitate cu prevederile H.G. nr.1389/2010 pentru aprobarea Contractului – cadru pentru anii 2011-2012 și Normelor metodologice de aplicare ale acestuia , cu respectarea metodologiei,calendarului și comisiilor constituite pentru încheierea contractelor pe domenii de asistență medicală .

- **HOTĂRÂREA NR. 5 DIN 03.06.2011** privind aprobarea încheierii contractului de furnizare energie termică pentru încălzire și apă caldă cu SC Modern Calor SA Botoșani.

- **HOTĂRÂREA NR. 6 DIN 28.07.2011** privind aprobarea Raportului de analiză pe bază de bilanț privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli din Fondul Asigurărilor Sociale de Sănătate încheiat la 30 iunie 2011 al Casei de Asigurări de Sănătate Botoșani .

- **HOTĂRÂREA NR.7 DIN 28.07.2011** privind aprobarea Raportul privind activitatea de contractare a serviciilor medicale pe domenii de asistență medicală a Casei de Asigurări de Sănătate Botoșani pentru anul 2011.

- **HOTĂRÂREA NR.8 DIN 28.07.2011** privind aprobarea criteriilor de prioritate pentru soluționarea listelor de prioritate în vederea acordării de dispozitive medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale asiguraților Casei de Asigurări de Sănătate Botoșani.

- **HOTĂRÂREA NR.9 DIN 28.07.2011** privind aprobarea criteriilor de prioritate pentru soluționarea listelor de prioritate în vederea acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu .

- **HOTĂRÂREA NR.10 DIN 30.08.2011** privind aprobarea anunțării unei noi perioade de contractare pentru furnizarea de medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și pentru furnizarea de medicamente și a unor materiale sanitare specifice care se acordă pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ, pentru anul 2011.
- **HOTĂRÂREA NR.11 DIN 27.09.2011** privind aprobarea Regulamentului de Organizare și Funcționare al Casei de Asigurări de Sănătate Botoșani.
- **HOTĂRÂREA NR.12 DIN 31.10.2011** privind aprobarea incheierii cu Spitalul Municipal Dorohoi a actului adițional pentru investigații paraclinice efectuate în regim ambulatoriu la contractul de furnizare de servicii medicale spitalicești.

3. MANAGEMENTUL SISTEMULUI ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE LA NIVEL LOCAL EFICIENTIZAREA ACTIVITĂȚII CASEI DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Analiza punctelor tari și a punctelor slabe sub aspectul domeniilor de activitate din tabelul de mai jos :

Domeniu de activitate	Puncte tari / pe domenii de activitate	Puncte slabe/ pe domenii de activitate
Resurse umane	<p>1. pregătirea profesională a salariaților - un număr de 43 salariați au studii superioare de specialitate;</p> <p>2. respectarea termenelor prevăzute de lege sau dispuse de instituțiile cu care colaborează CAS Botoșani, pentru raportările și situațiile privind activitatea specifică, astfel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elaborarea structurii de funcții și a statutului de personal; - actualizarea fișelor de post; - organizarea examenelor de promovare în grad profesional și în clasă; - evaluarea performanțelor profesionale individuale; <p>Gestionarea registrului declarațiilor de avere și de interese;</p> <ul style="list-style-type: none"> - reorganizarea activității CAS conform ordinului Președintelui CNAS; - reactualizarea ROF și a Regulamentului Intern urmărirea a modificărilor organizatorice și a legislației; - reactualizarea procedurilor de lucru; - pentru alte activități specifice comp. resurse umane. 	<p>1. încadrarea cu personal insuficient;</p> <p>2. imposibilitatea ocupării prin concurs a posturilor vacante;</p> <p>3. organizarea cursurilor de perfecționare în vederea aplicării unitare a legislației specifice activității caselor de asigurări de sănătate;</p>
Activitatea de control (ex: furnizori controlați, sancționați, repetabilitate sancțiuni, măsuri)	<p>1. Realizarea obiectivelor stabilite în planul de control, în procent de 100%;</p> <p>2. Activitatea de control s-a desfășurat în cursul anului 2011 la peste 50% din numărul de furnizori aflați în relații</p>	<p>1. Riscul de diminuare a valorii de apreciere a indicatorului de performanță specific, ca urmare a controalelor operative și inopinate dispuse</p> <p>2. Timpul alocat controalelor operative și inopinate dispuse în cursul anului 2011 a contribuit la diminuarea fondului de timp</p>

	<p>contractuale cu casa de asigurări de sănătate, ca urmare a controalelor tematice, operative și inopinate dispuse</p> <p>3. Constatarea abaterilor și sancționarea furnizorilor verificați s-a realizat într-un procent de 63% din numărul furnizorilor verificați</p> <p>4. Recuperarea sumelor imputate în urma controalelor s-a realizat într-un procent de 100% (suma imputată – 344.054,51 lei);</p> <p>5. Implementarea măsurilor dispuse în urma controalelor s-a realizat într-un procent de 100% (măsurile dispuse: 158).</p>	alocat pentru acțiunile de control cu caracter tematic.
SIUI	<p>1. Personalul CAS BT este foarte bine instruit, având cunoștințele necesare pentru utilizarea eficientă a tuturor aplicațiilor SIUI</p> <p>2. Creșterea calității activității prin asigurarea unui schimb de informații facil și standardizat între CAS și furnizorii de servicii medicale în SIUI.</p> <p>3. Creșterea gradului de securizare a sistemului și eliminarea posibilităților de intervenție neautorizată asupra datelor</p> <p>4. Furnizarea și utilizarea de informații în timp real prin introducerea sistemului centralizat, online, bazat pe autentificare cu certificate digitale calificate.</p> <p>5. Utilizarea 100% a tuturor modulelor legate de raportarea activității furnizorilor de servicii medicale duce la diminuarea fraudelor în sistem.</p>	<p>1. CAS BT este total dependent de SIUI. Indisponibilizarea sistemului conduce la blocarea temporară a instituției</p> <p>2. Dependența mare de Siveco, furnizorul softului.</p> <p>3. SIUI nu are prevăzută funcționalitatea de preluare automată a datelor de la ANAF-furnizate pe baza protocolului național - privitoare la veniturile persoanele fizice autorizate; aceste date sunt procesate manual, prin introducerea declarațiilor pentru fiecare contribuabil în parte și necesită un timp de operare foarte mare.</p> <p>4. SIUI nu are prevăzută funcționalitatea de a transmite lunar în ERP o balanță analitică pe contribuabil privind soldul creanțelor la FNUASS, defalcate pe contribuții și accesorii.</p>
Audit public intern	-	-
Juridic, contencios	<p>Experiența, profesionalismul, disponibilitatea și determinarea personalului pentru eficientizarea continuă a activității</p> <p>Mediu de lucru organizat și disciplinat</p> <p>Existența și aplicarea regulamentului de organizare și funcționare</p>	Modificarea continuă a legislației în domeniu

	și a procedurilor de lucru Existența rețelei informatice bine dezvoltate	
Executare silită a creanțelor la FNUASS	-îmbunătățirea activității de urmărire a creanțelor prin identificarea în termen a debitelor restante și luarea măsurilor de executare silită; -au fost emise un număr de 13.265 somații -nu există sume prescrise și neîncasate;	- personalul încadrat pentru această activitate este insuficient, motiv pentru care nu pot fi parcurse toate etapele executării silită, respectiv poprii și sechestre, prevăzute de Codul de procedură fiscală. -SIUI nu are functionalitatea de a evidenția eventualii angajatori ai persoanelor aflate în executare silită (deși datele sunt în sistem) , astfel încât să poată fi lesne identificate sursele veniturilor asupra cărora pot fi dispuse poprii. -rapoartele privind executările silită din SIUI nu sunt corect procesate deoarece nu oferă date corecte privind încasările; -încasările sunt denaturate de corecțiile obligațiilor de plată efectuate de sistem.
Concedii medicale	-Îmbunătățirea activității de lichidare și ordonanțare a sumelor reprezentând restituirea indemnizațiilor de asigurări sociale ; -Efectuarea în termenul legal a înregistrărilor, verificărilor și prelucrărilor documentelor privind indemnizațiile de asigurări sociale; -Efectuarea plăților la termenele legale.	-SIUI validează concedii medicale care nu au fost raportate de către medicii prescriptori, ceea ce poate genera efectuarea de plăți către angajatori pentru indemnizații de asigurări sociale aferente concediilor medicale emise de medici care nu au încheiat convenție pentru concedii medicale.
Contracte reziliate – <i>pe domenii de asistență medicală cu indicarea temeiul legal al rezilierii</i> <u>1.Asistența medicală primară- art. 7 pct. 18.a)și art.13 lit.h din contract</u> <u>Îngrijiri medicale la domiciliu - art.7 lit.h și Art.14 lit.g din contract</u>	Existența proceselor verbale de constatare și a rapoartelor de control privind nerespectarea obligației contractuale de către furnizor Intocmirea notificării cu respectarea prevederilor legale Transmiterea notificării în termenul legal Existența procesului verbal de constatare și a raportului de control privind nerespectarea obligației contractuale de către furnizor Intocmirea notificării cu respectarea prevederilor legale Transmiterea notificării in	Neasigurarea serviciilor medicale in asistența medicală primara pentru asigurații înscriși pe lista medicului de familie

<p><u>Servicii medicale in asistenta medicala de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatile paraclinice- art.7, lit.i, Art.15 lit.b și lit.f din contract</u></p>	<p>termenul legal</p> <p>Existența procesului verbal de constatare și a raportului de control privind nerespectarea obligațiilor contractuale de către furnizor Intocmirea notificării cu respectarea prevederilor legale Transmiterea notificării in termenul legal</p>	
<p>Litigii</p>	<p>Experiența și profesionalismul personalului Adaptabilitatea la legislația în continuă schimbare Colaborarea buna cu compartimentele din cadrul instituției pentru pregătirea apararii in litigiile in care instituția este parte Existența și aplicarea procedurilor de lucru</p>	<p>Existența pe rolul instanțelor în aceeași perioadă a unui număr mare de litigii în care instituția este parte. Pronunțarea de către instanțele de judecată a unor hotărâri judecătorești diferite, în spețe similare.</p>
<p>Prestații medicale acordate în baza documentelor internaționale</p>	<p>Cooperarea eficienta cu institutiile din strainatate ce acorda prestatii medicale asiguratilor ca acestia sa beneficieze de drepturile lor in conditii optime si cat mai curand posibil. Gestionarea eficienta a activitatii de: - preluare, verificare si intocmire a dosarelor cu privire la prestatiile medicale acordate. Informarea asiguratilor cu privire la prestatiile medicale la care acestia au dreptul conform legislatiei europene.</p>	<p>Termenul de rambursare a contravalorii serviciilor medicale suportate de asigurat in strainatate este mult prea mare.</p>
<p>Monitorizare actualizare acces pagina web a casei de asigurări de sănătate</p>	<p>1.Pagina web a CAS Botosani este destinat unui numar mare de utilizatori tinta: asigurati, furnizori de sevicii medicale, angajatori. 2. Sunt afișate informațiile referitoare la modalitatea de plată a contribuției la FNUASS si obligatiile persoanelor fizice care realizeaza venituri. 3. Sunt afișate informațiile necesare asiguraților și agenților economici 4. Sunt afișate informațiile privitoare la toți furnizorii de servicii</p>	<p>1. Site-ul este de tip pasiv, nu furnizeaza servicii on line</p>

	medicale cu care CAS BT se află în relații contractuale 4. Pagina web nu ridică probleme deosebite de acces din punctul de vedere al echipamentelor și a comunicării.	
Monitorizare activități comisii de experți		
Alte activități date (ce nu au fost cuprinse și care este necesar a fi analizate) – cu detalierea activităților vizate		

4. INVESTIGAREA GRADULUI DE SATISFACȚIE A ASIGURAȚILOR

Nr. crt.	Tip de asistență	Nr. chestionare		Nr. respondenți	
		2010	2011	2010	2011
1.	Asistența medicală primară	400	412	440	438
2.	Asistența medicală spitalicească	400	400	425	415
TOTAL		800	812	865	853

Pentru medicina de familie au fost testați direct asigurații, în două moduri:

- în farmaciile din mediul urban, pacienții venind să-și ridice medicamentele prescrise și
- direct la domiciliu, persoane selectate din listele medicilor de familie, antrenând în acest sens elevii din anul trei a două școli postliceale sanitare din municipiul Botoșani, elevi care au în structura didactică pentru anul în curs și un modul de cercetare.

Pentru spitale au fost luați în studiu pacienți din Spitalul Județean „Mavromati” Botoșani. Testele au fost atașate foilor de internare din perioada mai – iunie 2010, pacienții fiind rugați să le depună la externare în cutii speciale, situate la fiecare nivel al spitalului.

Au fost testate 9 segmente ale populației asigurate, persoane înscrise în listele de capitate ale medicilor de familie: salariați, pensionari, liber profesioniști, beneficiari de ajutor social, persoane cu handicap, gravide, elev-ucenic-student (18-26 ani), someri, alte legi sociale, atât în mediul urban cât și rural.

În urma evaluării gradului de satisfacție a asiguraților s-au contatat următoarele:

- știu toți respondenții că sunt în evidența unei case de asigurări de sănătate și se consideră informați în legătură cu drepturile ce le au 98,5%;
- consideră că sistemul le oferă serviciile de acasă la nevoie (în totalitate 24,5% și parțial 58,75%);
- apreciază procedura de planificare a consultațiilor la cabinetul medicului de familie 52,75%;
- 71,75% au fost internați într-o unitate sanitară în ultimii 2 ani.
- 95,47% au fost mulțumiți de procedura de internare.
- 95,82% au fost mulțumiți de atitudinea personalului din spital;
- accesibilitatea la medicamente o consideră crescută 33,50% și medie 56,25% din respondenți;
- pentru pachetul de asigurări sociale de sănătate viitor, care va fi mai restrâns decât cel existent, 36,5% preferă plata direct la furnizor iar restul de 63,5 o asigurare voluntară de sănătate.

5. IMAGINE, RELAȚII PUBLICE MEDIA

Nr. crt.	Domeniu	Tel verde nr. apeluri		Audiențe		Petiții	
		2010	2011	2010	2011	2010	2011
1	Asistența medicală primară	52	33	25	4	32	4
2	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice	19	18	12	14	1	2
3	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile paraclinice	15	10	14	8	1	1
4	Asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară	81	43	39	12	1	-
5	Asistența medicală de specialitate de recuperare - reabilitare a sănătății în ambulatoriu	9	9	8	6	1	1
6	Asistența medicală spitalicească	17	11	4	-	4	1
7	Asistența medicală de urgență și transport sanitar	34	22	26	18	-	1
8	Îngrijiri medicale la domiciliu / paliative	31	13	23	9	-	1
9	Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu	356	316	189	29	9	4

10	Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau fiziologice	81	151	62	47	5	1
11	Recuperare - reabilitare a sănătății în unități sanitare cu paturi - sanatorii, preventorii	4	3	1	-	2	-
12	Programe naționale de sănătate	106	92	33	12	2	-
13	OUG 158/2005/Norme de aplicare	47	30	23	26	9	5
14	Modalități de asigurare, depunere declarații	407	357	137	60	14	-
15	Informații privind cardul european de sănătate	381	291	33	9	-	1
16	Solicitări în baza legii 544/2001	-	-	-	-	3	1
17	Diverse	-	-	-	-	13	13
18	Nr apariții în presa scrisa/radio/TV	An 2010 = 142			An 2011 = 102		
TOTAL		1.646	1.399	629	254	97	36

Deși numărul de apariții media legate de Casa de Asigurări de Sănătate a scăzut în anul 2011 (102) față de 2010 (142), specificăm faptul că acestea au fost doar articole pozitive.

Cap. III. PROPUNERI DE ÎMBUNĂTĂȚIRE

Pentru îmbunătățirea activității instituției pentru anul 2012 s-a procedat la stabilirea modalităților concrete de realizare a obiectivelor generale și specifice ale C.A.S. Botosani precum și a persoanelor implicate în atingerea acestora, folosind întreaga gamă de resurse disponibile: umane, materiale, financiare și informaționale, asigurându-se realizarea obiectivelor:

- Prioritizarea, planificarea, monitorizarea activităților și evaluarea rezultatelor în utilizarea fondurilor destinate tipurilor de asistență medicală, prin:
 - o politica de contractare judicioasă și o negociere atentă a serviciilor medicale, propunerea unor clauze suplimentare menite să înlăture neajunsurile legislative sau eventualele interpretări unilaterale și neavenite;
 - o intrarea pe parcursul anului în relație contractuală a noi furnizori se va efectua numai în măsura în care cererea de servicii medicale pentru un anumit tip de servicii sau zonă nu sunt acoperite, în condițiile suplimentării fondurilor inițiale, cu respectarea cerinței de publicare în mass-media a noului termen de contractare și a celorlalte condiții inițiale;
- Accentuarea rolului activității de relații publice și purtător de cuvânt, urmărindu-se ordonarea și sistematizarea informațiilor din cadrul instituției, evaluarea periodică a substanței informaționale, flexibilitatea comunicării interne, filtrarea informațiilor care se difuzează apoi în exterior, crearea unei relaționări permanente între salariați - instituție - conducere. În fluxul comunicațional al organizației, compartimentul relații publice trebuie să se situeze la intersecția tuturor circuitelor de comunicare, deoarece sarcina sa este cea de a gestiona imaginea organizației.
- Continuarea modificării de fond a raporturilor dintre administrație și asigurat / furnizorii de servicii în baza contractelor civile ce se vor încheia atât între asigurați și casele de asigurări cât și între acestea din urmă și furnizori prin dezvoltarea unui sistem informațional integrat la nivelul județului

Din analiza activităților și a principiilor pe baza cărora își desfășoară activitatea CAS Botosani se desprinde o unică concluzie - aceea că asiguratul este elementul central a sistemului asigurărilor de sănătate, iar în acest context transparența utilizării fondurilor pentru servicii medicale, medicamente compensate și gratuite, va constitui un nou obiectiv al strategiei de ansamblu.

Cap. IV. CONCLUZII

Dupa cum rezultă din activitatea prezentată anterior, în vederea asigurării accesibilității populației județului la toate tipurile de asistență medicală, la care au dreptul toate persoanele asigurate în sistemul asigurărilor sociale de sănătate, Casa de Asigurări de Sănătate Botosani, a reușit contractarea serviciilor medicale cu toți furnizorii de servicii medicale acreditați, autorizați conform legii, pentru toate domeniile de asistență medicală.

1. Monitorizarea indicatorului de acoperire a populației cu servicii medicale de specialitate în ambulatoriu, stabilirea necesarului de medici specialişti, estimarea realistă a necesarului de servicii medicale, ținând cont de nevoile resimțite de sănătate ale populației, indicatorii de adresabilitate, mărimea listelor de așteptare, indicatorii specifici de morbiditate și ritmicitatea dispensarizării bolilor cronice, contractarea serviciilor medicale cu cel mai bun raport cost/eficiență, informarea populației asupra drepturilor și

obligatiilor care decurg din calitatea de asigurat precum si asupra conditiilor de acces la serviciile medicale (program de activitate, criteriile de internare, liste de preturi, liste de asteptare, criteriile de ierarhizare a priorităților de acordare a serviciilor medicale, documente necesare pentru aprobarea unor servicii medicale speciale), stabilirea criteriilor de prioritate, în acordarea dispozitivelor medicale, asigurarea continuității serviciilor medicale prin centre de permanentă sau la domiciliul asiguraților, contractarea fondurilor destinate eliberării medicamentelor gratuite si compensate astfel incat să fie asigurată pe deplin continuitatea eliberării medicamentelor bolnavii cronici, repartizarea echitabilă a bugetului destinat asistentei medicale spitalicesti pe unități sanitare cu paturi, contractarea tuturor tipurilor de servicii medicale spitalicesti pentru tratamentul afecțiunilor acute sau cronice, sub forma continuă sau de zi, au condus la finele perioadei analizate la atingerea obiectivului propus:

- **cresterea gradului de accesibilitate al populatiei la toate tipurile de servicii medicale.**
- 2. Utilizarea SIUI a dus la: cresterea gradului de corectitudine a validării si decontării serviciilor medicale
- 3. Modificarea legislatiei privind acordarea concediilor medicale precum si controalele efectuate de catre C.A.S. Botosani au dus la scaderea numarului de certificate medicale acordate. Acest lucru a dus la diminuarea platilor pentru concedii medicale si utilizarea mai eficienta a FNUASS.

Cap. V. ASPECTE RELEVANTE

I. PLANUL DE ACȚIUNE PENTRU ANUL 2012

În vederea realizării la un nivel corespunzător a atribuțiilor CAS Botosani, în condiții de legalitate, eficientă, eficacitate, economicitate și regularitate, în anul 2011 avem în vedere următoarele obiective generale și specifice:

OBIECTIV GENERALE:

- asigurarea funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local; consolidarea, eficientizarea și dezvoltarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local.

OBIECTIVE SPECIFICE:

1. Organizarea, coordonarea și conducerea CAS Botosani în condiții de maximă eficiență pe baza resurselor disponibile.
2. Utilizarea FNUASS la nivel local, în condiții de eficiență, eficacitate și economicitate.
3. Asigurarea accesului populației la servicii medicale pe parcursul întregului an.
4. Asigurarea serviciilor medicale de calitate pentru populație.
5. Întărirea disciplinei în derularea contractelor cu furnizorii de servicii medicale cu încadrarea în sumele și serviciile contractate.
6. Creșterea gradului de satisfacție a asiguraților.
7. Contractarea serviciilor medicale și farmaceutice pentru a asigura furnizarea de servicii adecvate (cantitativ și calitativ) pe toată durata derulării contractelor.
8. Identificarea și diminuarea riscurilor de sistem la nivel local.
9. Promovarea politicii CNAS la nivel local, în scopul realizării unui sistem unitar, la nivel național privind evidența (asigurați, număr de servicii, costurile serviciilor etc.), contractarea și decontarea serviciilor.
10. Creșterea gradului de informare a asiguraților.

Stabilirea strategiei, a obiectivelor și a măsurilor de realizare, pe termene de execuție pentru anul 2012

a) Managementul resurselor umane și materiale – organizarea, coordonarea și conducerea activității CAS Botoșani pe baza resurselor disponibile și/ sau disponibilizate, în vederea asigurării funcționării sistemului de asigurări sociale de sanătate la nivel local, în condiții de eficacitate, la nivelul indicatorilor de performanță, conform planului de management.

Competența personalului C.A.S. Botoșani reprezintă prima problemă de sistem identificată la nivel local, cu repercusiuni deosebite asupra activității întregii instituții. Astfel, se impune asigurarea continuă a pregătirii și perfecționării personalului angajat și evaluarea periodică a acestuia în ceea ce privește îndeplinirea atribuțiilor de serviciu și asumarea responsabilităților.

Managementul resurselor umane, ca politică coerentă de personal în scopul eficacității și eficientizării activității C.A.S. Botoșani este primul obiectiv de realizat imediat prin următoarele acțiuni/ măsuri:

- a) organizarea și participarea la ședințe operative
Termen: săptămanal
- b) organizarea și participarea la simpozioane, mese rotunde, ședințe de lucru, schimburi de experiență cu scopul de a aprofunda cunoștințele din domeniul de activitate
Termen: trimestrial
- c) susținerea angajaților care au disponibilitate la perfecționare continuă prin selecționarea acestora și trimiterea pentru a participa la cursuri
Termen: permanent
- d) încurajarea personalului de a urma cursuri universitare, postuniversitare, master și doctorat
Termen: anual
- f) organizarea concursurilor în conformitate cu prevederile legale în vigoare prin atragerea candidaților calificați
Termen: permanent
- g) dezvoltarea delegării de competență în concordanță cu dezvoltarea libertății individuale de luare a deciziilor conform pregătirii profesionale, cu scopul îmbunătățirii calității controlului (sporirea încrederii reciproce a personalului de conducere și de execuție, responsabilizarea prin deconcentrarea actului decizional, dezvoltarea coeziunii de grup și a lucrului în echipă, dezvoltarea unui stil relațional manager-angajat bazat pe un limbaj comun de comunicare care să elimine barierele artificiale create între funcțiile de conducere și de execuție)

Termen: permanent

b) Managementul financiar – utilizarea rationala si cu respectarea stricta a dispozitiilor legale a Fondului Național Unic al Asigurărilor Sociale de Sănătate, la nivelul județului Botoșani, în condiții de eficiență, eficacitate și economicitate

Organizarea, coordonarea și conducerea activității C.A.S. Botoșani în condiții de eficiență, eficacitate și economicitate în gestionarea și utilizarea Fondului Național Unic al Asigurărilor Sociale de Sănătate la nivel local presupune, pe de o parte, identificarea și diminuarea riscurilor de sistem, stimularea furnizorilor pentru oferirea de servicii adecvate cantitativ și valoric, iar pe de altă parte, mai ales, creșterea gradului de satisfacție a asiguraților pentru serviciile de care beneficiază.

Conceptul fundamental al managementului financiar este finanțarea, fără de care nu se poate iniția și dezvolta nici o activitate. C.A.S. Botoșani este o instituție publică, iar finanțarea ei depinde în totalitate de bugetul F.N.U.A.S.S., subvenții de la bugetul de stat și de sumele repartizate de la nivel central. În aceste condiții, gradul de finanțare neputând fi influențat de la nivel local, managementul financiar trebuie să se preocupe prioritar de găsirea unor surse noi de finanțare și un control extrem de riguros al cheltuirii banilor.

Atragerea de fonduri presupune o intensificare a colectării fondurilor și o îmbunătățire a recuperării creanțelor, ceea ce ar duce la realizarea unui buget echilibrat (veniturile egale cu cheltuielile), chiar excedentar.

Eficiența și eficacitatea în sistem se referă atât la starea de sănătate a populației pe termen mediu și lung, cât și la calitatea actului medical. Aceste coordonate trebuie gândite în contextul real al economiei românești în tranziție: inflație și relație cost-beneficiu-preț.

Managementul financiar – utilizarea rationala si cu respectarea stricta a dispozitiilor legale a Fondului Național Unic al Asigurărilor Sociale de Sănătate, la nivelul județului Botoșani, în condiții de eficiență, eficacitate și economicitate se poate realiza imediat prin următoarele acțiuni/ măsuri:

- a) încheierea de contracte de asigurare
Termen: permanent
- b) realizarea programelor de informatică și perfecționarea/ adaptarea produselor de informatică ale CAS Botoșani
Termen: permanent
- d) realizarea și implementarea legislației cu privire la politicile de securitate a datelor
Termen: permanent
- e) intensificarea identificării debitorilor și colectarea contribuției de la persoanele fizice care nu au calitatea de angajat
Termen: lunar
- f) executarea silită în vederea recuperării sumelor datorate
Termen: permanent
- g) realizarea și adaptarea programului anual de achiziții în conformitate cu prevederile legale în materie și în concordanță cu nevoile reale ale sistemului la nivel local, cu prioritate pe tehnica de calcul performantă și utilizarea eficientă a resurselor financiare alocate prin buget
Termen: permanent
- h) fluidizarea și eficientizarea activităților specifice pentru emiterea formularelor de tip „E”.
Termen: permanent

i) fundamentarea proiectului de estimare a bugetului Fondului National Unic de Asigurari Sociale de Sanatate avand in vedere necesarul real de servicii medicale si farmaceutice care sa permita accesul echilibrat al asiguratilor in sistem.

Termen: anual

c) Managementul serviciilor medicale, farmaceutice si de dispozitive medicale – asigurarea accesului asiguratilor la servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale acordate de furnizorii cu care CAS Botoșani a incheiat contracte, pe raza administrativ-teritoriala a judetului Botoșani

In sistemul de asigurări sociale de sănătate, scopul principal îl constituie beneficiile aduse stării de sănătate a asiguraților, asigurarea accesului populației la servicii medicale pe parcursul întregului an, întărirea disciplinei în derularea contractelor cu furnizorii de servicii de sănătate, cu încadrarea în sumele stabilite și serviciile contractate.

Managementul serviciilor medicale, farmaceutice si de dispozitive medicale presupune identificarea potentialilor contractanti la nivelul judetului Botoșani si/ sau la nivelul judetului cel mai apropiat. In acest context, este obligatoriu a se cunoaste toate cererile de servicii si toti potentialii furnizori de servicii de pe raza administrativ-teritoriala. Acest lucru este permis, mai ales, printr-o buna colaborare cu institutiile profesionale implicate (Colegiul Medicilor, Farmaciștilor, Ordinul Asistenților, etc.), cât și cu instituțiile în domeniu: Direcția de Sănătate Publică, Oficiul Registrului Comerțului.

Managementul serviciilor medicale, farmaceutice si de dispozitive medicale – asigurarea accesului asiguratilor la servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale acordate de furnizorii cu care CAS Botoșani a incheiat contracte, pe raza administrativ-teritoriala a judetului Botoșani se va realiza imediat prin următoarele acțiuni/ măsuri:

a) realizarea unei baze de date unice, cu furnizorii la nivel local, care să permită o reală planificare a serviciilor medicale și farmaceutice în concordanță cu necesarul de servicii de sănătate (normarea obiectivă in functie de dispersia asiguratilor in teritoriu, planificarea contractării serviciilor de sănătate)

Termen: trim.I 2012

b) contractarea serviciilor medicale, farmaceutice si de dispozitive medicale in cf. cu normele legale in vigoare

Termen: ianuarie 2012

c) stabilirea rezervelor legale pe domenii de asistenta medicala, farmaceutica si de dispozitive, a criteriilor, respectiv a modului de utilizare eficienta a acestora

Termen: permanent

d) eficientizarea activității de verificare și decontare a serviciilor medicale și farmaceutice în corelație cu obligațiile contractuale

Termen: permanent

e) dezvoltarea activității de control al furnizorilor de servicii medicale în vederea identificării utilizării ineficiente a fondurilor, monitorizarea evoluției consumurilor pe grupe, pe pacient, pe prescriptor, continuitate în asigurarea medicamentelor la nivelul județului si a concordantei raportarilor furnizorilor cu datele reale din cadrul cabinetului (registre, evidente, etc.)

Termen: permanent

d) Managementul raporturilor juridice incheiate cu furnizorii, astfel incat sa fie asigurat accesul la servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale pentru toti asiguratii, pe toata perioada de valabilitate a contractelor

Managementul raporturilor juridice incheiate cu furnizorii presupune mai intai selectarea doar a acelor furnizori care indeplinesc conditiile de eligibilitate cerute de lege pentru perfectarea relatiilor contractuale in sistemul de asigurari sociale de sanatate. Negocierea si stabilirea unor clauze contractuale suplimentare, avantajoase pentru asigurati (cel mai mic adaos comercial, dispersia furnizorilor si a punctelor de lucru coroborate cu programul de lucru al furnizorilor, etc.) reprezinta un pas important in accesul la servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale pe toata perioada de valabilitate a contractelor.

Managementul raporturilor juridice incheiate cu furnizorii, astfel incat sa fie asigurat accesul la servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale pentru toti asiguratii, pe toata perioada de valabilitate a contractelor se va realiza imediat prin următoarele acțiuni/ măsuri:

a) negocierea, incheierea si contractarea serviciilor medicale, farmaceutice si de dispozitive medicale in cf. cu normele legale in vigoare

Termen: ianuarie 2012

b) eficientizarea activității de verificare și decontare a serviciilor medicale și farmaceutice în corelație cu obligațiile contractuale

Termen: permanent

c) stabilirea rezervelor legale pe domenii de asistenta medicala, farmaceutica si de dispozitive, a criteriilor, respectiv a modului de utilizare eficienta a acestora

Termen: permanent

d) respectarea legislatiei in vigoare, atat cea referitoare la sistemul de asigurari sociale de sanatate, cat si cea incidenta cu domeniul, pentru evitarea, respectiv stingerea litigiilor

Termen: permanent

e) Managementul disciplinei financiare si contractuale la nivelul CAS Botoșani – respectarea disciplinei financiare si contractuale la nivelul CAS Botoșani

Managerul local, în calitate de ordonator de credite, este obligat să angajeze și să utilizeze creditele bugetare numai în limita prevederilor și a destinațiilor aprobate, pentru cheltuieli strict legate de activitatea instituțiilor publice respective și cu respectarea dispozițiilor legale. În acest sens realizează veniturile și dispune cheltuielile pe baza bunei gestiuni financiare, organizând contabilitatea la zi, prezentând la termen situațiile financiare asupra situației patrimoniale și a execuției bugetare respectând în totalitate controlul intern și controlul financiar preventiv.

În acest sens, C.A.S. Botoșani are reglementat, prin decizie internă, controlul intern și controlul financiar preventiv. Se procedează la separarea atribuțiilor pentru operațiunile de inițiere, verificare și certificare a operațiunilor financiar-contabile.

În ceea ce privește auditul și controlul calității, se examinează sistematic activitatea pentru a se determina dacă activitățile referitoare la calitate și la rezultatele aferente satisfac dispozițiile prestabilite, precum și dacă aceste dispoziții sunt implementate efectiv.

Pentru diminuarea riscurilor de sistem a fost obligatoriu introducerea unei activități distincte pentru C.A.S. Botoșani, cea de control intern, realizata prin constituirea grupului de lucru (directori executivi, șefi servicii, șefi birou, șefi compartimente).

S-a întocmit Registrul de riscuri al CAS Botoșani și Manualul implementării controlului intern și periodic Registrul Riscurilor se actualizează, în funcție de modificările survenite.

Respectarea disciplinei financiare și contractuale presupune aplicarea legislației în vigoare, pe de o parte, cât și securizarea datelor și informațiilor prelucrate la nivelul instituției.

Managementul disciplinei financiare si contractuale la nivelul CAS Botoșani – respectarea disciplinei financiare si contractuale la nivelul CAS Botoșani se poate realiza imediat prin următoarele acțiuni/ măsuri:

a) urmărirea implementării procedurilor de lucru și control corelate cu noua organigramă, noul stat de funcții, R.O.F. și fișele de post

Termen: permanent

b) realizarea și implementarea legislației cu privire la politicile de securitate a datelor

Termen: permanent

c) contractarea serviciilor medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale în cf. cu normele legale în vigoare

Termen: după publicarea legislației adecvate în acest sens

d) stabilirea rezervelor legale pe domenii de asistenta medicala, farmaceutica și de dispozitive, a criteriilor, respectiv a modului de utilizare eficienta a acestora

Termen: permanent

e) perfectionarea și adaptarea registrului riscurilor și a manualului calitatii

Termen: permanent

f) respectarea legislației cu privire la circuitul documentelor, stabilirea competențelor, limitelor, delegarilor, etc.

Termen: permanent

g) eficientizarea activității de verificare și decontare a serviciilor medicale și farmaceutice în corelație cu obligațiile contractuale

Termen: permanent

h) intensificarea activității de control al furnizorilor de servicii medicale în vederea identificării utilizării ineficiente a fondurilor, monitorizarea evoluției consumurilor pe grupe, pe pacient, pe prescriptor, continuitate în asigurarea medicamentelor la nivelul județului

Termen: permanent

f) Managementul gradului de satisfacție al asiguraților – creșterea gradului de satisfacție al asiguraților în concordanță cu resursele umane și financiare alocate pentru servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale la nivelul județului Botoșani

Managerul local, în calitate de ordonator de credite, este obligat să cunoască îndeaproape nevoile populației, așteptările, satisfacțiile și nemulțumirile asiguraților față de sistemul de asigurări sociale de sănătate din județ. Feedback-ul este foarte important, pentru a putea lua deciziile cele mai corecte și în concordanță cu solicitările actorilor din sistem (asigurați, medici, autorități locale, etc.)

În acest context, managementul gradului de satisfacție al asiguraților, respectiv creșterea gradului de satisfacție al asiguraților în concordanță cu resursele umane și financiare alocate pentru servicii medicale,

farmaceutice si de dispozitive medicale la nivelul judetului Botoșani devine o prerogativa obligatorie pentru un manager local.

Managementul gradului de satisfacție al asiguraților – creșterea gradului de satisfacție al asiguraților în concordanță cu resursele umane și financiare alocate pentru servicii medicale, farmaceutice și de dispozitive medicale la nivelul judetului Botoșani se poate realiza imediat prin următoarele acțiuni/măsurii:

a) întocmirea de chestionare de evaluare a gradului de satisfacție a asiguraților, conform metodologiei sondajelor sociologice

Termen: trimestrial

b) organizarea de conferințe de presă și de audiențe

Termen: bisăptămânal

c) comunicate de presă, răspunsuri la scrisori, petiții, reclamații, audiențe

Termen: permanent

d) organizarea de dezbateri publice în vederea informării populației despre problematica sistemului

Termen: permanent

g) Managementul informațional – promovarea politicii CNAS la nivelul județului Botoșani, prin informarea corectă, obiectivă, adecvată și oportună a asiguraților, pe de o parte, și a CNAS, pe de altă parte

Managementul informațional se referă pe de o parte la promovarea politicii CNAS către asigurați printr-o comunicare obiectivă, adecvată și deplină, iar pe de altă parte la informarea corectă, clară și oportună a ordonatorului principal de credite despre sistemul de asigurări de sănătate la nivel local.

Informația trebuie să beneficieze de o circulație deschisă, rapidă, în toate sensurile, inclusiv în și din exterior.

În vederea promovării unei mai bune imagini a CAS Botoșani, managerul local asigură funcționarea unui sistem de comunicare prin:

- Instituția Purtătorului de cuvânt;
- TELVERDE;
- Program flexibil de audiențe (la sediu, în mass-media, în cadrul diferitelor comisii de dialog social, etc.)
- Rezolvare de petiții, sesizări, reclamații
- Conferințe și comunicate de presă, interviuri în mass-media
- Participarea la târguri/ expoziții, simpozioane și conferințe în domeniu
- Elaborarea de materiale informative pentru asigurați și furnizorii de servicii medicale
- Actualizarea paginii de WEB
- Întocmirea rapoartelor și statisticilor lunare, trimestriale și anuale către CNAS
- Coordonarea activității de primire, elaborare și expediere a corespondenței interne și externe
- Organizarea de programe de promovare a institutiei prin campanii, gen caravana (“Sanatatea ta conteaza”)

Managementul informațional – promovarea politicii CNAS la nivelul județului Botoșani, prin informarea corectă, obiectivă, adecvată și oportună a asiguraților, pe de o parte, și a CNAS, pe de altă parte se va realiza prin următoarele acțiuni/ măsurii:

a) îmbunătățirea imaginii CAS Botoșani printr-o informare corectă a asiguraților despre sistem (funcționare, atribuții, limite și competențe)

Termen: permanent

b) organizarea de conferințe de presă și de audiențe

Termen: bisăptămânal

c) comunicate de presă, răspunsuri la scrisori, petiții, reclamații, audiențe

Termen: permanent

d) participarea la târguri și expoziții cu materiale promoționale și informative

Termen: trim. III 2012

e) rapoarte, statistici, informări tematice către CNAS

Termen: permanent

f) organizarea de programe de promovare a institutiei prin campanii, gen caravana (“Sanatatea ta conteaza”)

Termen: trim. IV 2012

h) Managementul îndeplinirii atribuțiilor ce revin presedintelui-director general prin aplicarea legislației în vigoare

Atribuțiile principale ale presedintelui - director general, manager al sistemului la nivel local, sunt cele prevăzute de Statutul CNAS:

- a) aplica normele de gestiune, regulamentele de organizare si functionare si procedurile administrative unitare;
- b) organizeaza si coordoneaza activitatea de control al executiei contractelor de furnizare de servicii medicale;
- c) organizeaza si coordoneaza activitatea de urmarire si control al colectarii contributiilor la Fond;
- d) propune programe de actiuni de imbunatatire a disciplinei financiare, inclusiv executarea silita, potrivit legii;
- e) stabileste modalitatea de contractare de servicii medicale, cu respectarea contractului-cadru;
- f) organizeaza impreuna cu alte structuri abilitate controale privind respectarea drepturilor asiguratilor si propune masuri in caz de nerespectare a acestora;
- g) supravegheaza si controleaza organizarea si functionarea sistemului de asigurari sociale de sanatate la nivel teritorial si prezinta anual rapoarte, pe care le da publicitatii;
- h) numeste, sanctioneaza si elibereaza din functie personalul casei de asigurari.

In acest context legislativ, atributiile Presedintelui-Director General sunt o imbinare dintre o functie decizionala si de o functie executiva.

PRESEDINTE DIRECTOR GENERAL
Dr. RODICA HUTULEAC