CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CABINET PREȘEDINTE

ORDIN nr. ..... din .....

pentru aprobarea Metodologiei privind organizarea concursului pentru ocuparea postului de director general al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv a posturilor de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, standardele de performanţă şi indicatorii de referinţă asociaţi pentru îndeplinirea obligaţiilor asumate, condiţiile şi criteriile de selecţie specifice pentru ocuparea posturilor de director general CNAS, respectiv de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, încheierea contractelor de management, situațiile în care se pot ocupa temporar posturile de directori generali, precum și procedura de evaluare a performanțelor profesionale ale acestora

Văzând Hotărârea nr. ..... din data de 02.09.2020 a Consiliului de administraţie al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi referatul de aprobare al Directorului General al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. DG ...../.....,

având în vedere prevederile art. 293, art. 293[1], art. 298 şi art. 298[1] din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, cu modificările şi completările ulterioare şi ale Statutului Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările şi completările ulterioare,

în temeiul art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată, şi al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările şi completările ulterioare,

preşedintele Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate emite următorul:

ORDIN

Art. 1 - Se aprobă Metodologia privind organizarea concursului pentru ocuparea postului de director general al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv a posturilor de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, standardele de performanţă şi indicatorii de referinţă asociaţi pentru îndeplinirea obligaţiilor asumate, condiţiile şi criteriile de selecţie specifice pentru ocuparea posturilor de director general CNAS, respectiv de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, încheierea contractelor de management, situațiile în care se pot ocupa temporar posturile de directori generali, precum şi procedura de evaluare a performanțelor profesionale ale acestora, prevăzută în Anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

Art. 2 – (1) Prezentul ordin intră în vigoare la data de .....

(2) La data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 541/2020 pentru aprobarea Metodologiei privind organizarea concursului sau numirea prin delegare pentru ocuparea postului de director general al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi a posturilor de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, în vederea realizării indicatorilor de referinţă asociaţi standardelor de performanţă pentru îndeplinirea obligaţiilor asumate, încheierea contractelor de management şi evaluarea activităţii acestora, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 411 şi 411 bis din 18 mai 2020, cu modificările şi completările ulterioare.

Art. 3 - Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

PREȘEDINTE,
Adela COJAN

Metodologiei privind organizarea concursului pentru ocuparea postului de director general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv a posturilor de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, standardele de performanță și indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate, condițiile și criteriile de selecție specifice pentru ocuparea posturilor de director general CNAS, respectiv de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, încheierea contractelor de management, situațiile în care se pot ocupa temporar posturile de directori generali, precum și procedura de evaluare a performanțelor profesionale ale acestora

ART. 1

(1) Ocuparea postului de director general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, denumită în continuare CNAS, şi a posturilor de directorilor generali ai caselor de asigurări de sănătate județene, a municipiului Bucureşti şi Casei Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale şi Autorității Judecătoreşti, denumite în continuare case de asigurări, se face prin concurs pentru un mandat de 4 ani sau se poate ocupa temporar până la ocuparea postului prin concurs prin ordin al preşedintelui CNAS, în cazul în care la concurs nu se prezintă niciun candidat sau nu este declarat câştigător nici un candidat, precum şi în situația în care mandatul directorului general încetează pentru unul dintre cazurile prevăzute la art. 293 alin.(7) şi 298 alin.(6) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată.

(2) Concursul se organizează de CNAS, potrivit dispozițiilor legale prevăzute la alin. (1).

(3) Concursul constă într-o probă scrisă şi interviu. Proba scrisă se susține din bibliografia anunțată. Interviul constă în testarea, pe baza unui plan de interviu, al cărui model este prezentat în anexa nr. 1 la prezenta metodologie, a cunoştințelor teoretice, practice şi a abilităților/competențelor manageriale.

(4) Competențele manageriale vor fi testate prin susținerea unui plan de management pentru atingerea obiectivelor CNAS/CAS prin raportare la indicatorii de referință asociați standardelor de performanță prevăzuți în contractul de management. Planul de management va fi elaborat pentru perioada mandatului, luând în calcul indicatorii pentru un an bugetar, şi va fi adaptat sistemului de asigurări sociale de sănătate. Planul de management, în formă scrisă, va fi depus odată cu dosarul de înscriere la concurs, respectiv la data numirii cu delegare.

(5) Standardele de performanță sunt definite în Anexa nr.4 şi Anexa nr.5 la prezenta metodologie şi au în vedere evaluarea performanțelor cu privire la obligațiile asumate prin contractul de management, prin raportare la indicatorii de referință care caracterizează cantitativ şi calitativ activitatea desfăşurată pentru asigurarea conducerii executive a CNAS/CAS.

ART. 2

(1) Între CNAS, reprezentată de preşedintele acesteia, şi directorul general al CNAS, respectiv directorul general al casei de asigurări, manager al sistemului la nivel local, se încheie un contract de management pentru un mandat de 4 ani, respectiv pentru o perioadă determinată în cazul ocupării temporare pentru situațiile prevăzute la art. 293 alin.(3) şi art.298 alin.(1^1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată.

(2) Contractul de management cuprinde obiectul contractului, drepturile, obligațiile, răspunderea părților, modalitățile şi termenele de verificare pentru îndeplinirea obligațiilor asumate, precum şi efectele juridice produse de rezultatele verificării, normelor generale de drept direct aplicabile raporturilor juridice, precum şi modalitatea de soluționare a eventualelor litigii apărute în legătură cu derularea şi executarea contractului, standardele de performanță şi indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate, ca cerințe specifice ale postului de director general al CNAS, respectiv director general al casei de asigurări, cuprinse în planul de management pentru asigurarea funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(3) Contractul de management are natură civilă şi se supune regulilor generale referitoare la mandat, prevăzute de Legea nr. 287/2009 privind Codul civil, republicată, cu modificările ulterioare, precum si cerințelor specifice reglementate de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările

ulterioare, Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare.

(4) Modelele contractelor încheiate între CNAS, reprezentată de președintele acesteia, și directorul general al CNAS, respectiv directorul general al casei de asigurări sunt prevăzute în anexa nr. 2 la prezenta metodologie și, respectiv, în anexa nr. 3 la prezenta metodologie.

ART. 3

(1) Directorul general al CNAS, respectiv directorii generali ai caselor de asigurări, în calitate de manageri ai sistemului la nivel local, au obligația realizării planului de management, urmărind atingerea indicatorilor de referință asociați standardelor de performanță cuprinși în contractele de management.

(2) Standardele de performanță și indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate pentru funcția de director general al CNAS sunt prevăzuți în anexa nr. 4 la prezenta metodologie.

(3) Standardele de performanță și indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate pentru funcția de director general al casei de asigurări sunt prevăzuți în anexa nr. 5 la prezenta metodologie.

(4) Obligația realizării indicatorilor de referință asociați standardelor de performanță revine directorului general al CNAS și directorilor generali ai caselor de asigurări, atât pentru cei numiți prin concurs, cât și pentru cei numiți temporar.

ART. 4

(1) Condițiile și criteriile de selecție pentru ocuparea postului de director general al CNAS prin concurs sau pentru ocuparea temporară sunt următoarele:

a) pregătirea profesională și experiența necesară executării operațiunilor specifice postului:

(i) pregătire de bază: studii universitare de licență absolvite cu diplomă, respectiv studii superioare de lungă durată, absolvite cu diplomă de licență sau echivalentă (copie legalizată);

(ii) pregătire complementară/managerială în domeniul de activitate al candidatului sau în sistemul de sănătate: cursuri de perfecționare/specializări/competențe/master/doctorat (dovedite prin acte - copii legalizate);

(iii) vechime în specialitatea studiilor necesare pentru ocuparea funcției - minimum 10 ani (carnet de muncă - copie legalizată sau orice alt înscris doveditor în acest sens);

(iv) activitate desfășurată în funcții de conducere de minimum 5 ani;

b) candidații vor prezenta o recomandare de la ultimul loc de muncă;

c) candidații vor prezenta un curriculum vitae din care să rezulte activitatea desfășurată;

d) candidații vor prezenta planul de management din care să rezulte abilitățile lor manageriale, adaptate standardelor de performanță și indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate pentru postul de director general al CNAS.

e) să aibă capacitate de exercițiu deplină (dovedită prin declarație notarială);

f) să fie apți din punct de vedere medical pentru exercitarea funcției; starea de sănătate va fi dovedită prin examen medical de specialitate și act doveditor;

g) să nu fi suferit condamnări penale definitive pentru fapte care i-ar face incompatibili cu funcția (dovada făcându-se prin cazier judiciar și declarație notarială că nu a suferit condamnări penale, indiferent dacă acestea au fost amnistiate sau grațiate);

h) să nu fi fost sancționați pentru încălcarea dispozițiilor legale în domeniul fiscal - dovada prin cazier fiscal;

i) să prezinte acte de identitate valabile, din care să reiasă că sunt cetățeni români, cu domiciliul stabil în România, emise de autoritatea competentă;

j) să aibă calitatea de asigurați în sistemul asigurărilor sociale de sănătate potrivit legii.

(2) Cerințele specifice și criteriile de selecție pentru ocuparea prin concurs sau pentru ocuparea temporară a postului de director general al casei de asigurări sunt următoarele:

a) pregătirea profesională și experiența necesară executării operațiunilor specifice postului:

(i) pregătire de bază: studii universitare de licență absolvite cu diplomă, respectiv studii superioare de lungă durată, absolvite cu diplomă de licență sau echivalentă (copie legalizată);

(ii) pregătire complementară/managerială în domeniul de activitate al candidatului sau în sistemul de sănătate: cursuri de perfecționare/specializări/competențe/master/doctorat (dovedite prin acte - copii legalizate);

(iii) vechime în specialitatea studiilor necesare pentru ocuparea funcției - minimum 7 ani (carnet de muncă - copie legalizată sau orice alt înscris doveditor în acest sens);

(iv) activitate desfăşurată în funcții de conducere de minimum 2 ani;

b) candidații vor prezenta o recomandare de la ultimul loc de muncă;

c) candidații vor prezenta un curriculum vitae din care să rezulte activitatea desfăşurată;

d) candidații vor prezenta planul de management din care să rezulte abilitățile lor manageriale, adaptate standardelor de performanță şi indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate pentru postul de director general în sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

e) să aibă capacitate de exercițiu deplină (dovedită prin declarație notarială);

f) să fie apți din punct de vedere medical pentru exercitarea funcției; starea de sănătate va fi dovedită prin examen medical de specialitate şi act doveditor;

g) să nu fi suferit condamnări penale definitive pentru fapte care i-ar face incompatibili cu funcția (dovada făcându-se prin cazier judiciar şi declarație notarială că nu a suferit condamnări penale, indiferent dacă acestea au fost amnistiate sau grațiate);

h) să nu fi fost sancționați pentru încălcarea dispozițiilor legale în domeniul fiscal - dovada prin cazier fiscal;

i) să prezinte acte de identitate valabile, din care să reiasă că sunt cetățeni români, cu domiciliul stabil în România, emise de autoritatea competentă;

j) să aibă calitatea de asigurați în sistemul asigurărilor sociale de sănătate potrivit legii.

(3) Copiile de pe actele prevăzute la alin. (1) şi (2) se prezintă însoțite de documentele originale, care se certifică pentru conformitate cu originalul de către secretarul comisiei de examinare.

ART. 5

Nu pot ocupa postul de director general al CNAS, respectiv director general al casei de asigurări persoanele care:

a) au suferit condamnări penale definitive care le fac incompatibile cu funcția;

b) sunt asociați/acționari ai furnizorilor de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, precum şi titulari ai contractelor de furnizare de astfel de servicii cu casele de asigurări.

ART. 6

Persoanele care vor promova concursul şi cele care vor fi numite temporar în funcția de director general al CNAS, respectiv de director general al caselor de asigurări vor îndeplini obligatoriu următoarele condiții:

a) se suspendă de drept din funcțiile deținute anterior, cu excepția funcțiilor didactice din învățământul superior;

b) nu pot deține funcții de conducere în cadrul Ministerului Sănătății, direcțiilor de sănătate publică, furnizorilor de servicii medicale din sistemul de asigurări sociale de sănătate ale căror servicii se decontează din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (F.N.U.A.S.S.), unităților sanitare, cabinetelor medicale, funcții alese sau numite în cadrul Colegiului Medicilor din România, colegiilor județene ale medicilor, respectiv al municipiului Bucureşti, în cadrul Colegiului Medicilor Stomatologi din România, colegiilor județene ale medicilor dentişti, respectiv al municipiului Bucureşti, în cadrul Colegiului Farmaciştilor din România, colegiilor județene ale farmaciştilor, respectiv al municipiului Bucureşti, organizațiilor centrale şi locale ale Ordinului Asistenților Medicali Generalişti, Moaşelor şi Asistenților Medicali din România, organizațiilor centrale şi locale ale Ordinului Biochimiştilor, Biologilor şi Chimiştilor din Sistemul Sanitar din România sau funcții în cadrul societăților comerciale cu

profil de asigurări, farmaceutic ori de aparatură medicală, organizațiilor sindicale sau organizațiilor patronale.

ART. 7

După promovarea concursului, respectiv numirea temporară, persoanele respective vor depune o declarație notarială din care să reiasă îndeplinirea condițiilor prevăzute la art. 5 şi 6, în termen de 15 zile calendaristice.

ART. 8

Procedura de concurs este cea reglementată de actele normative în vigoare cu privire la ocuparea unui post vacant corespunzător funcțiilor contractuale de conducere din instituțiile publice.

ART. 9

(1) Salariul de bază al directorului general al CNAS se stabileşte la nivelul corespunzător prevăzut de lege pentru funcția de secretar general din minister.

(2) Modul de calcul al salariilor directorilor generali ai caselor de asigurări, manageri ai sistemului la nivel local, se stabileşte pe baza următoarei formule:

$$C = Cm + \frac{(P^x_y - P^x_m) \times (C_M - C_m)}{(P^x_M - P^x_m)},$$

unde:

C_m = limita minimă prevăzută de art. 298 alin. (4) lit. a) din Legea nr. 95/2006, republicată;

C_M = limita maximă prevăzută de art. 298 alin. (4) lit. b) din Legea nr. 95/2006, republicată;

P^x_m = punctajul minim al postului, respectiv 3, corespunzător unui punctaj minim de 70 de puncte;

P^x_M = punctajul maxim al postului, respectiv 5, corespunzător unui punctaj maxim de 100 de puncte;

P^x_y = punctajul obținut în urma evaluării conform art. 12 alin. (1);

C = salariul rezultat în urma evaluării.

(3) Stabilirea salariilor de bază individuale între limite pentru directorii generali se face pe baza rezultatelor evaluării performanțelor profesionale, atât la numirea prin concurs, în baza fişei de evaluare pe baza criteriilor de selecție la angajare, aprobată prin ordin al preşedintelui CNAS, cât şi la evaluarea periodică, în raport cu standardele de performanță şi indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate şi cerințele postului stabilite în contractul de management.

ART. 10

Persoanele declarate admise pentru postul de director general al CNAS şi de director general al casei de asigurări, respectiv persoanele numite temporar în funcțiile de director general al CNAS şi de directori generali ai caselor de asigurări vor încheia cu CNAS un contract de management pentru un mandat de 4 ani începând cu data numirii prin ordin al preşedintelui CNAS, în condițiile prevăzute în prezenta metodologie, respectiv pe perioada exercitării temporare a mandatului, pe o perioadă determinată.

ART. 11

(1) Evaluarea performanțelor profesionale ale directorului general al CNAS se face la încadrare, la expirarea perioadei de probă, semestrial şi anual, respectiv la încetarea ocupării temporare a postului.

(2) Activitatea prevăzută la alin. (1) se face de către o comisie de evaluare, stabilită prin ordin al preşedintelui CNAS.

(3) Procesul de evaluare a performanțelor profesionale ale directorului general reprezintă aprecierea obiectivă a performanțelor profesionale, prin compararea gradului şi a modului de îndeplinire a standardelor de performanță, precum şi a indicatorilor de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate prin contractul de management cu rezultatele obținute în mod efectiv de către directorul general.

(4) Pentru aprecierea gradului de atingere a standardelor de performanță se stabilesc indicatori de referință asociați acestora. Stabilirea standardelor de performanță şi a indicatorilor de referință asociați acestora prevăzuți în Anexa nr.4 la prezenta metodologie a avut în vedere corelarea cu atribuțiile CNAS şi obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(5) Principalele etape în activitatea de evaluare sunt:

1. întocmirea de către directorul general al CNAS a raportului de activitate aferent perioadei pentru care se realizează evaluarea. Raportul conține în mod obligatoriu următoarele capitole:

capitolul I - Datele necesare evaluării standardelor de performanță şi indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate (din anexa la contractul de management);

capitolul II - Rezultatele obținute din analiza standardelor de performanță şi indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate pentru perioada evaluată;

capitolul III - Alte date considerate relevante de către preşedintele CNAS pentru perioada evaluată;

capitolul IV - Prezentarea problemelor întâmpinate în perioada evaluată, propuneri, plan de măsuri;

capitolul V - Graficul GANT pentru realizarea standardelor de performanță şi indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate şi analiza de tip PEST (se întocmesc numai pentru evaluarea anuală);

2. întocmirea fişei de evaluare, conform modelului prevăzut în anexa nr. 6 la prezenta metodologie;

3. la finalizarea procedurii de evaluare a directorului general al Casei Naționale de Asigurări Sănătate, rezultatele finale şi punctajul total obținut se comunică acestuia în termen de 5 zile. În situația în care acesta este nemulțumit de rezultatul evaluării, se poate adresa, în termen de 30 de zile de la data luării la cunoştință, instanțelor competente de contencios administrativ;

4. urmărirea şi controlul rezultatelor evaluării, pentru determinarea evoluției în timp a performanțelor profesionale individuale ale directorului general al CNAS.

ART. 12

(1) Evaluarea performanțelor profesionale ale directorului general al casei de asigurări de sănătate se face la încadrare, la expirarea perioadei de probă, semestrial şi anual, respectiv la încetarea ocupării temporare a postului.

(2) Activitatea prevăzută la alin. (1) se face de către o comisie de evaluare, stabilită prin ordin al preşedintelui CNAS.

(3) Procesul de evaluare a performanțelor profesionale ale directorului general reprezintă aprecierea obiectivă a performanțelor profesionale, prin compararea gradului şi a modului de îndeplinire a standardelor de performanță, precum şi a indicatorilor de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate prin contractul de management cu rezultatele obținute în mod efectiv de către directorul general.

(4) Pentru aprecierea gradului de atingere a standardelor de performanță se stabilesc indicatori de referință asociați acestora. Stabilirea standardelor de performanță şi a indicatorilor de referință asociați acestora prevăzuți în Anexa nr.5 la prezenta metodologie a avut în vedere corelarea cu atribuțiile caselor de asigurări de sănătate şi obiectivele sistemului de asigurări sociale de sănătate.

(5) Principalele etape în activitatea de evaluare sunt:

1. transmiterea de către directori generali la CNAS - cabinetul preşedintelui, în format electronic şi pe suport hârtie, a raportului de activitate aferent perioadei pentru care se realizează evaluarea. Raportul conține în mod obligatoriu următoarele capitole:

capitolul I - Datele necesare evaluării standardelor de performanță şi indicatorii de referință asociați standardelor de performanță (din anexa la contractul de management), conform machetei transmise de CNAS;

capitolul II - Rezultatele obținute din analiza standardelor de performanță şi indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate pentru perioada evaluată, conform machetei transmise de CNAS;

capitolul III - Situația indicatorilor economico-financiari în perioada evaluată, conform machetei transmise de CNAS;

capitolul IV - Prezentarea problemelor întâmpinate în perioada evaluată, propuneri, plan de măsuri;

capitolul V - Graficul GANT pentru realizarea standardelor de performanță şi indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate şi analiza de tip PEST (se întocmesc numai pentru evaluarea anuală, conform machetei transmise de CNAS);

2. colectarea datelor corespunzătoare standardelor de performanță și indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate ai directorilor generali de la direcțiile de specialitate ale CNAS, conform machetei;

3. întocmirea fișei de evaluare pentru fiecare director general, conform modelului prevăzut în anexa nr. 7 la prezenta metodologie;

4. la finalizarea procedurii de evaluare se emite ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări Sănătate care cuprinde rezultatele finale, punctajul total obținut și salariul calculat conform formulei prevăzute la art. 9 alin. (2) . Comunicarea se face în termen de 10 zile, produce efecte de la data comunicării și se poate realiza prin fax la sediul instituției sau cu scrisoare recomandată. Directori generali nemulțumiți de rezultatul evaluării se pot adresa, în termen de 30 de zile de la data comunicării, instanțelor competente de contencios administrativ;

5. urmărirea și controlul rezultatelor evaluării, pentru determinarea evoluției în timp a performanțelor profesionale individuale ale directorilor generali (semestrial/anual).

(6) CNAS, prin direcțiile de specialitate, va transmite caselor de asigurări instrucțiuni pentru întocmirea raportului de activitate, întocmirea și utilizarea machetelor, conform prezentei metodologii.

ART. 13

Anexele nr. 1 - 7 fac parte integrantă din prezenta metodologie.

Anexa nr.1
la metodologie

PLAN DE INTERVIU
la concursul de recrutare pentru ocuparea funcției vacante de director general din cadrul ....., organizat în data de .....

1. Funcția vacantă:
2. Data desfăşurării interviului: ..... ora .....
3. Locul desfăşurării interviului: sediul .....
4. Conținutul probei: în cadrul interviului vor fi testate cunoştințele teoretice şi practice şi abilitățile şi aptitudinile candidaților bazate pe:

a) abilități de comunicare maxim ..... puncte
b) capacitatea de analiză şi sinteză maxim ..... puncte
c) abilitățile impuse de funcție maxim ..... puncte
d) motivația candidatului maxim ..... puncte
e) comportamentul în situațiile de criză maxim ..... puncte
f) capacitatea de a lua decizii şi de a evalua impactul acestora maxim ..... puncte
g) capacitatea managerială (susținere plan management) maxim ..... puncte
h) testare cunoştințe teoretice maxim ..... puncte

5. Promovarea interviului: obținerea unui minim de 70 puncte
6. Modalitatea de comunicare a planului de interviu: prin afişare la locul desfăşurării interviului, stabilit la pct. 3
7. Modalitate de comunicare a rezultatelor obținute de candidați la interviu: prin afişare la ..... avizier
8. Modalitatea de contestare: candidații nemulțumiți de rezultatele obținute pot formula contestație, care se depune la sediul ....., la comisia de soluționare a contestațiilor.

COMISIA DE CONCURS:

Preşedinte: .....
Membru: .....
Membru: .....
Membru: .....
Membru: .....

Secretar comisie: .....

Anexa nr.2
la metodologie

CONTRACT DE MANAGEMENT
Director general CNAS

ART. 1

Părțile contractante

1. Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul București, Calea Călărașilor nr. 248, bl. S19, sectorul 3, cod fiscal 11697800, reprezentată legal prin _____, numit în baza Deciziei Prim - Ministrului României _____, președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu rang de secretar de stat, în calitate de mandant,

și

2. Doamna/Domnul _____, domiciliată/domiciliat în _____, posesoare/posesor a/al CI nr. _____ seria _____, eliberată de _____ la data de _____, în calitate de director general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate - mandatar,

au încheiat prezentul contract de management:

ART. 2

Obiectul contractului

1. Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) încredințează directorului general un mandat, în baza art. 2.009 și următoarele din Legea nr. 287/2009 privind Codul civil, republicată, cu modificările ulterioare, având drept scop asigurarea conducerii executive a CNAS.

2. Directorul general încheie prezentul contract de management cu CNAS, care cuprinde standarde de performanță și indicatori de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate, aprobate prin ordin al președintelui CNAS, și care se supune cerințelor specifice reglementate de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, cu modificările și completările ulterioare, precum și regulilor generale referitoare la mandat prevăzute de Legea nr. 287/2009 privind Codul civil, republicată, cu modificările ulterioare, în baza planului de management și a contractului de management încheiat în condițiile legii.

3. Organizarea și gestionarea activității directorului general, se va efectua pe baza -standardelor de performanță și indicatorilor de referință asociați, care fac obiectul Anexei, ce face parte integrantă din prezentul contract.

ART. 3

Durata contractului

Prezentul contract se încheie pentru exercitarea mandatului de director general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru un mandat de 4 ani, începând cu data de ....., în situația ocupării postului prin concurs sau, după caz, pe o perioadă determinată în situația ocupării temporare a postului, cu respectarea condițiilor prevăzute de lege, prin ordin al președintelui CNAS.

ART. 4

Programul de lucru

Directorul general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate își desfășoară activitatea cu normă întreagă, durata timpului de lucru fiind de 8 ore/zi, 40 ore/săptămână.

ART. 5

Salarizarea

Directorul general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, primește o plată lunară sub formă de salariu de bază, în limita prevăzută de art. 298 alin. (4) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, în cuantum de _____ lei și un spor pentru condiții vătămătoare de muncă în procent de 15% din salariul de bază ce se acordă lunar, corespunzător timpului efectiv lucrat la locul de muncă.

ART. 6

Drepturile şi obligaţiile directorului general al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate:

A. Directorul general are următoarele drepturi:

1. dreptul la o plată lunară pentru munca depusă, potrivit art. 5;

2. dreptul de a beneficia de sporuri, indemnizaţii, compensaţii, prime şi alte drepturi salariale, conform normelor legale în vigoare;

3. dreptul la concediu de odihnă şi alte concedii, potrivit reglementărilor legale aplicabile instituţiilor bugetare;

4. dreptul la repaus zilnic şi săptămânal;

5. dreptul la egalitatea de şanse şi de tratament;

6. dreptul la securitate şi sănătate în muncă;

7. dreptul la perfecţionare profesională, potrivit reglementărilor legale în vigoare;

8. dreptul de a deconta, cu documente justificative, cheltuielile de cazare, diurnă, transport şi alte cheltuieli efectuate cu prilejul deplasărilor în interes de serviciu, în ţară şi în străinătate, în conformitate cu normativele stabilite prin reglementările legale în vigoare;

9. să beneficieze de drepturile de asigurări sociale de sănătate, precum şi de cele privind asigurările sociale de stat;

10. dreptul de a beneficia de informare asupra activităţii CNAS, având acces la toate documentele privind activitatea acesteia, potrivit normelor legale în vigoare.

B. Directorul general are următoarele obligaţii:

1. să realizeze planul de management şi să urmărească execuţia indicatorilor de referinţă asociaţi standardelor de performanţă;

2. să elaboreze şi să aplice măsuri care să asigure desfăşurarea activităţii curente a CNAS în concordanţă cu domeniul de competenţă al acesteia, potrivit actelor normative în vigoare;

3. să stabilească şi să urmărească realizarea atribuţiilor de serviciu, pe compartimente, ale personalului angajat, conform regulamentului de organizare şi funcţionare al CNAS, precum şi a obligaţiilor profesionale individuale de muncă ale personalului de specialitate din subordine;

4. să participe la fundamentarea proiectului de buget al Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS), precum şi la repartizarea pe case de asigurări de sănătate/CNAS a acestuia, după aprobarea prin legile bugetare anuale, în condiţiile reglementărilor legale în vigoare;

5. să nu transmită altei persoane drepturile şi obligaţiile care rezultă din contractul de management fără aprobarea prealabilă a preşedintelui CNAS;

6. să reprezinte CNAS în raporturile cu terţii, pe baza mandatului dat de preşedintele CNAS;

7. să respecte prevederile legale în vigoare referitoare la păstrarea confidenţialităţii asupra datelor, informaţiilor şi documentelor referitoare la activitatea CNAS;

8. să încheie acte juridice în numele şi pe seama CNAS, în limita mandatului dat de preşedintele CNAS;

9. să stabilească şi să ia măsuri privind protecţia muncii, pentru cunoaşterea de către salariaţi a normelor de securitate a muncii şi pentru asigurarea pazei instituţiei;

10. să ia măsuri pentru asigurarea pazei instituţiei;

11. să dea dispoziţii cu caracter administrativ obligatoriu pentru personalul CNAS, în condiţiile legii;

12. să monitorizeze modul de îndeplinire a sarcinilor de serviciu şi obiectivelor de către personalul angajat al CNAS;

13. să participe la elaborarea actelor normative privind organizarea şi funcţionarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, precum şi a celor incidente sistemului de asigurări sociale de sănătate;

14. să participe la promovarea imaginii CNAS;

15. să asigure aplicarea regulamentului intern al CNAS;

16. să participe la elaborarea şi prezentarea raportului anual de activitate;

17. să monitorizeze activitatea caselor de asigurări de sănătate în vederea îndeplinirii obiectivelor sistemului de asigurări sociale de sănătate;

18. să coordoneze activitatea direcțiilor de specialitate din cadrul CNAS;

19. alte atribuții date în competența sa de actele normative în vigoare şi de prezentul contract.

ART.7

Drepturile şi obligațiile CNAS

A. CNAS are următoarele drepturi:

1. să solicite îndeplinirea întocmai de către directorul general a indicatorilor de referință asociați standardelor de performanță, precum şi a celorlalte obligații asumate prin semnarea prezentului contract şi să revoce mandatul încredințat în cazul neîndeplinirii acestora potrivit prezentului contract;

2. să solicite directorului general prezentarea de rapoarte privind stadiul realizării planului de management şi a altor documente referitoare la activitatea acesteia;

3. să modifice indicatorii de referință asociați standardelor de performanță;

4. să dispună încetarea prezentului contract dacă nu sunt îndepliniți indicatorii de referință asociați standardelor de performanță, precum şi în celelalte cazuri prevăzute de lege sau de prezentul contract.

B. CNAS are următoarele obligații:

1. să asigure condițiile pentru ca directorul general să primească drepturile stabilite de reglementările legale şi de prezentul contract;

2. să evalueze realizarea indicatorilor de referință asociați standardelor de performanță, precum şi a celorlalte obligații asumate prin semnarea prezentului contract.

ART. 8

Planul de management, standardele de performanță, indicatorii de referință asociați standardelor de performanță

1. Atribuțiile şi obligațiile directorului general sunt stabilite prin lege, Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările şi completările ulterioare şi prin prezentul contract, avându-se în vedere un plan de management pentru asigurarea conducerii executive a activității CNAS.

2. Directorul general este obligat să revizuiască în termen de 15 zile calendaristice de la semnarea prezentului contract planul de management, care va face parte integrantă din prezentul contract. Acest plan va fi elaborat pe baza planului de management prezentat la concurs şi va fi adaptat condițiilor specifice ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

3. Directorul general numit să exercite cu delegare mandatul de director general este obligat să depună în termen de 15 zile calendaristice de la semnarea prezentului contract planul de management, care va face parte integrantă din prezentul contract.

4. Directorul general realizează planul de management stabilit, urmărind execuția indicatorilor de referință asociați standardelor de performanță cuprinşi în Anexa la prezentul contract.

5. Realizarea planului de management, respectiv a indicatorilor de referință asociați standardelor de performanță se evaluează de către preşedintele CNAS şi se definitivează în condițiile prevederilor prezentului contract.

ART. 9

Loialitate, confidențialitate

1. Directorul general este obligat să îşi folosească întreaga capacitate de muncă şi profesională, în interesul CNAS.

2. Directorului general îi sunt interzise orice activități şi manifestări de natură să prejudicieze interesul şi prestigiul caselor de asigurări de sănătate şi al CNAS.

3. Exercitarea funcției de Director general este incompatibilă cu orice fel de activități în beneficiul unor instituții concurente, sau care se află în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate şi CNAS.

4. Pe toată durata de valabilitate a prezentului contact, precum şi un interval de 3 ani după expirarea acestuia, Directorul general este obligat să păstreze cu rigurozitate, confidențialitatea asupra datelor, informațiilor şi documentelor referitoare la activitatea caselor de asigurări de sănătate şi CNAS.

ART. 10

Răspunderea părților

1. Pentru neîndeplinirea sau pentru îndeplinirea necorespunzătoare a obligațiilor stabilite în prezentul contract părțile răspund potrivit reglementărilor legale, precum și clauzelor prezentului contract.

2. Răspunderea directorului general este angajată pentru nerespectarea prevederilor legale, ale prezentului contract, a ordinelor și a altor dispoziții emise de președintele CNAS.

3. Directorul general răspunde, potrivit legii – civil, contravențional, material sau penal, - după caz, pentru nerespectarea prevederilor legale și pentru daunele produse CNAS prin orice act al său contrar intereselor acesteia.

4. În cazul în care există indicii privind săvârșirea unei infracțiuni contra umanității, contra statului sau contra autorității, infracțiuni de corupție și de serviciu, infracțiuni care împiedică înfăptuirea justiției, infracțiuni de fals ori a unei infracțiuni săvârșite în legătură cu exercitarea mandatului, președintele CNAS are obligația de a sesiza de îndată organele competente și de a suspenda prezentul contract pentru o perioadă de cel mult 60 de zile calendaristice din cadrul mandatului.

ART. 11

Modificarea contractului

1. În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica și se vor completa în mod corespunzător, cu excepția situațiilor prevăzute în prezentul contract care conduc la încetarea acestuia.

2. Prevederile prezentului contract pot fi modificate prin act adițional, cu acordul ambelor părți.

3. Părțile vor adapta contractul corespunzător reglementărilor legale intervenite ulterior încheierii actului adițional care îi pot fi aplicabile, cu excepția modificării cu peste 50% a indicatorilor de referință asociați standardelor de performanță care au stat la baza încheierii prezentului contract, caz în care contractul încetează.

ART. 12

Suspendarea contractului

1.Președintele CNAS are obligația de a suspenda contractul de management al directorului general, în următoarele situații:

a) concediu de maternitate;

b) concediu pentru incapacitate temporară de muncă pentru o perioadă mai mare de o lună;

c) de la momentul dispunerii măsurii arestului preventiv, sau a arestului la domiciliu, precum și în cazul în care s-a luat măsura controlului judiciar ori a măsurii controlului judiciar pe cauțiune, dacă în sarcina acestuia au fost stabilite obligații care împiedică exercitarea raportului de serviciu;

d) de la momentul punerii în mișcare a acțiunii penale pentru săvârșirea unei infracțiuni contra umanității, contra statului sau contra autorității, infracțiuni de corupție sau de serviciu, infracțiuni care împiedică înfăptuirea justiției, infracțiuni de fals ori a unei infracțiuni săvârșite cu intenție care ar face-o incompatibilă cu exercitarea mandatului, cu excepția situației în care a intervenit reabilitarea, amnistia post-condamnatorie sau dezincriminarea faptei.

2. Suspendarea contractului de management nu împiedică încetarea acestuia urmare a uneia dintre situațiile prevăzute la art.13 punctul 1 lit. e) – g), i), l) și m) din prezentul contract.

ART. 13

Încetarea contractului

1. Prezentul contract încetează:

a) la expirarea perioadei pentru care a fost încheiat;

b) prin revocarea mandatului, la inițiativa președintelui CNAS, în cazul evaluării mandatarului director general cu calificativul "nesatisfăcător" sau în cazul obținerii de către acesta a punctajului zero la unul dintre indicatorii prevăzuți în anexa la contractul de management, în condițiile legii;

c) prin revocarea mandatului, la inițiativa președintelui CNAS, în condițiile art. 2.030 lit. a) și art.2.031 alin. (1) și (2) din Legea nr. 287/2009 privind Codul civil, republicată, cu modificările ulterioare;

d) prin revocarea mandatului, la inițiativa președintelui CNAS, la modificarea cu peste 50% a standardelor de performanță și indicatorilor de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate care au stat la baza încheierii contractului de management, modificare determinată de schimbarea proceselor sau activităților de referință din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

e) ca urmare a condamnării la executarea unei pedepse privative de libertate, de la data rămânerii definitive a hotărârii judecătoreşti;
f) ca urmare a interzicerii exercitării unei profesii sau a unei funcţii, ca măsură de siguranţă ori pedeapsă complementară, de la data rămânerii definitive a hotărârii judecătoreşti prin care s-a dispus interdicţia, dacă funcţia sau profesia pentru care se stabileşte interdicţia are legătură cu contractul de management;
g) prin renunţarea de către mandatarul director general la mandatul încredinţat;
h) prin acordul părţilor;
i) prin decesul sau punerea sub interdicţie judecătorească a directorului general;
j) urmare a reorganizării CNAS;
k) prin modificarea legislaţiei specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate în ceea ce priveşte statutul directorului general;
l) la data împlinirii cumulative a condiţiilor de vârstă standard şi a stagiului minim de cotizare pentru pensionare sau, cu caracter excepţional, la împlinirea vârstei de 65 de ani, pentru salariata care optează în scris, în termen de 30 de zile calendaristice anterior împlinirii condiţiilor de vârstă standard şi a stagiului minim de cotizare pentru pensionare pentru continuarea activităţii până la împlinirea respectivei vârste, precum şi pentru continuarea executării contractului de management;
m) la data comunicării deciziei de pensie în cazul pensiei de invaliditate de gradul III, pensiei anticipate parţiale, pensiei anticipate, pensiei pentru limită de vârstă cu reducerea vârstei standard de pensionare; la data comunicării deciziei medicale asupra capacităţii de muncă în cazul invalidităţii de gradul I sau II.
2. Pe baza unei cereri formulate cu 30 de zile înainte de data îndeplinirii cumulative a condiţiilor de vârstă standard şi a stagiului minim de cotizare pentru pensionare şi cu aprobarea preşedintelui CNAS, directorul general poate fi menţinut în aceeaşi funcţie maximum 3 ani peste vârsta standard de pensionare, inclusiv în ipoteza excepţională prevăzută la alin. (7) lit. l), cu posibilitatea prelungirii anuale a contractului de management, cu încadrarea în termenul de mandat prevăzut la alin. (2) sau (3).
3. În cazul în care directorul general al CNAS este numit să ocupe temporar această funcţie, contractul poate înceta atât în condiţiile prevăzute la pct. 1, precum şi la data numirii de către preşedintele CNAS a unei alte persoane care să ocupe temporar funcţia sau ca urmare a ocupării postului prin concurs, în condiţiile legii.
4.Revocarea mandatului directorului general al CNAS se notifică prin ordin al preşedintelui CNAS şi produce efecte de la data luării la cunoştinţă.

ART. 14

Litigii

Litigiile izvorâte din încheierea, executarea, modificarea, încetarea şi interpretarea clauzelor prezentului contract sunt de competenţa curţilor de apel - secţiile de contencios administrativ şi fiscal.

ART. 15

Dispoziţii privind completarea cu alte categorii de norme

Dispoziţiile prezentului contract se completează cu prevederile legislaţiei muncii, precum şi cu reglementările de drept comun civile şi administrative, după caz.

ART. 16

Dispoziţii finale

Prezentul contract a fost întocmit în 2 (două) exemplare originale, câte unul pentru fiecare parte.

ART. 17

Alte clauze

Casa Naţională de Asigurări de Sănătate	**(mandatar)**
(mandant)	
Preşedinte,	**Director general,**

Anexa nr.3
la metodologie

CONTRACT DE MANAGEMENT
Director general CAS

ART. 1
Părțile contractante

1. Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu sediul în municipiul Bucureşti, Calea Călăraşilor nr. 248, bl. S19, sectorul 3, cod fiscal 11697800, reprezentată legal prin _____, numit în baza _____, preşedintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu rang de secretar de stat, în calitate de mandant,

şi

2. Doamna/Domnul _____ domiciliată/domiciliat în _____ posesoare/posesor a/al CI _____, eliberată de _____ la data de _____ în calitate de director general al Casei de Asigurări de Sănătate _____, manager al sistemului la nivel local, (mandatar),

au încheiat prezentul contract de management.

ART. 2
Obiectul contractului

1. Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) încredințează directorului general, manager al sistemului la nivel local, un mandat, în baza art. 2.009 şi următoarele din Legea nr. 287/2009 privind Codul civil, cu modificările ulterioare, (Codul civil), având drept scop organizarea, conducerea şi administrarea la nivel local a Casei de Asigurări de Sănătate _____, precum şi gestionarea patrimoniului şi a mijloacelor materiale şi băneşti ale acesteia, în condițiile realizării unui management eficace şi de calitate.

2. Directorul general, manager al sistemului la nivel local, încheie prezentul contract de management cu CNAS, care cuprinde standarde de performanță şi indicatori de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate, aprobate prin ordin al preşedintelui CNAS, şi care se supune cerințelor specifice reglementate de Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 57/2019 privind Codul administrativ, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi regulilor generale referitoare la mandat prevăzute de Legea nr. 287/2009 privind Codul civil, republicată, cu modificările ulterioare, în baza planului de management şi a contractului de management încheiat în condițiile legii.

3. Organizarea şi gestionarea activității directorului general, manager al sistemului la nivel local, se va efectua pe baza standardelor de performanță şi indicatorilor de referință asociați, care fac obiectul Anexei, ce face parte integrantă din prezentul contract.

ART. 3
Durata contractului

Prezentul contract se încheie pentru exercitarea mandatului de director general al Casei de Asigurări de Sănătate _____ - manager al sistemului la nivel local pentru un mandat de 4 ani, începând

cu data de ....., în situația ocupării postului prin concurs sau, după caz, pe o perioadă determinată, în situația ocupării temporare a postului, cu respectarea condițiilor prevăzute de lege, prin ordin al președintelui CNAS.

ART. 4

Programul de lucru

Directorul general, manager al sistemului la nivel local, își desfășoară activitatea cu normă întreagă, durata timpului de lucru fiind de 8 ore/zi, 40 ore/săptămână.

ART. 5

Salarizarea

Directorul general, manager al sistemului la nivel local, primește o plată lunară sub formă de salariu de bază, în limita prevăzută de art. 298 alin. (4) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, în cuantum de _____ lei și un spor pentru condiții vătămătoare de muncă în procent de ..... din salariul de bază care se acordă lunar, corespunzător timpului efectiv lucrat la locul de muncă.

ART. 6

Drepturile și obligațiile mandatarului director general

A. Mandatarul – Director general are următoarele drepturi:

1. dreptul la o plata lunară pentru munca depusă, potrivit art. 5;

2. dreptul de a beneficia de sporuri, indemnizații, compensații, prime și alte drepturi salariale conform normelor legale în vigoare;

3. dreptul la concediu de odihnă și alte concedii, potrivit reglementărilor legale aplicabile instituțiilor bugetare;

3. dreptul la repaus zilnic și săptămânal;

4. dreptul la egalitatea de șanse și de tratament;

4. dreptul la securitate și sănătate în muncă;

5. dreptul la perfecționare profesională, potrivit reglementărilor legale în vigoare;

6. dreptul de a deconta, cu documente justificative, cheltuielile de cazare, diurnă, transport și alte cheltuieli efectuate cu prilejul deplasărilor în interes de serviciu, în țară și în străinătate, în conformitate cu normativele stabilite prin reglementările legale în vigoare; deplasările în străinătate pot fi efectuate cu aprobarea președintelui CNAS;

8. să beneficieze de drepturile de asigurări sociale de sănătate, precum și de cele privind asigurările sociale de stat;

7. dreptul de a beneficia de informare nelimitată asupra activității casei de asigurări de sănătate pe care o conduce, având acces la toate documentele privind activitatea acesteia, potrivit normelor legale în vigoare.

B. Mandatarul – Director general are următoarele obligații:

1. să realizeze planul de management și să urmărească execuția indicatorilor de referință asociați standardelor de performanță;

2. să răspundă pentru realizarea indicatorilor de referință asociați standardelor de performanță prevăzuți în anexa la prezentul contract;

3. să îndeplinească toate demersurile, în limita sa de competență, pentru respectarea drepturilor asiguraților;

4. să răspundă pentru gestionarea și administrarea, în condițiile legii, a integrității patrimoniului casei de asigurări de sănătate, conform mandatului încredințat;

5. să elaboreze și să aplice politici și strategii specifice în măsură să asigure desfășurarea în condiții performante a activității curente și de perspectivă a casei de asigurări de sănătate, în concordanță cu strategia CNAS, conform mandatului încredințat;

6. să angajeze, să promoveze, să sancționeze și să concedieze personalul casei de asigurări de sănătate, cu respectarea dispozițiilor legale;

7. să stabilească și să urmărească realizarea atribuțiilor de serviciu, pe compartimente, ale funcționarilor publici și personalului contractual, salariați ai casei de asigurări de sănătate, în conformitate cu regulamentul de organizare și funcționare al acesteia;

8. să răspundă pentru îndeplinirea prevederilor bugetului anual de venituri și cheltuieli al casei de asigurări de sănătate, asigurând o bună gestiune a Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate la nivel local, în condițiile reglementărilor legale în vigoare, în limita mandatului încredințat;

9. să nu transmită altei persoane drepturile și obligațiile care rezultă din mandatul încredințat și din prezentul contract de management decât în situații justificate și cu aprobarea prealabilă a președintelui CNAS;

10. să respecte atribuțiile prevăzute de legislația finanțelor publice pentru ordonatorii de credite;

11. să răspundă pentru angajarea și utilizarea fondurilor în limita creditelor de angajament și a creditelor bugetare aprobate, pe baza bunei gestiuni financiare;

12. să reprezinte casa de asigurări de sănătate în raporturile cu terții;

13. să respecte prevederile legale în vigoare referitoare la păstrarea confidențialității asupra datelor, informațiilor și documentelor referitoare la activitatea casei de asigurări de sănătate;

14. să încheie acte juridice în numele și pe seama casei de asigurări de sănătate, conform competențelor sale, în condițiile legii;

15. să prezinte semestrial președintelui CNAS situația economico-financiară a casei de asigurări de sănătate, modul de realizare a indicatorilor de referință asociați standardelor de performanță, a proiectelor și programelor asumate, inclusiv măsurile pentru creșterea performanței;

16. să stabilească și să ia măsuri privind protecția muncii, pentru cunoașterea de către salariați a normelor de securitate a muncii;

17. să ia măsuri pentru asigurarea pazei instituției;

18. să dea dispoziții cu caracter obligatoriu pentru personalul casei de asigurări de sănătate, sub rezerva legalității lor;

19. să răspundă de aplicarea normelor de gestiune, regulamentelor de organizare și de funcționare și procedurilor administrative unitare, potrivit legii;

20. să exercite controlul asupra modului de îndeplinire a sarcinilor de serviciu și a obiectivelor de către personalul angajat al casei de asigurări de sănătate;

21. să asigure elaborarea statutului propriu al casei de asigurări de sănătate, cu respectarea prevederilor legale în vigoare, ale Statutului CNAS și ale statutului-cadru aprobat de CNAS;

22. să convoace consiliul de administrație al casei de asigurări de sănătate, să conducă ședințele acestuia și să urmărească ducerea la îndeplinire a atribuțiilor prevăzute la art. 297 din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare;

23. să desemneze ca înlocuitor pentru perioadele în care nu este prezent în casa de asigurări de sănătate, prin decizie, unul dintre directorii executivi de la nivelul casei de asigurări de sănătate, cu aprobarea prealabilă a președintelui CNAS, potrivit Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare;

24. să răspundă de organizarea și realizarea activității de control privind derularea contractelor de furnizare de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive;

25. să propună programe de acțiuni de îmbunătățire a disciplinei financiare, potrivit legii;

26. să răspundă pentru organizarea și derularea procesului de contractare, cu respectarea contractului-cadru și în limitele mandatului încredințat;

27. să organizeze împreună cu alte structuri abilitate controale privind respectarea drepturilor asiguraților și să propună măsuri în caz de nerespectare a acestora;

28. alte atribuții date în competența sa de actele normative în vigoare, de prezentul contract și prin dispoziții exprese ale președintelui CNAS.

ART. 7

Drepturile şi obligaţiile CNAS în calitate de mandant

A. CNAS are următoarele drepturi:

1. să solicite îndeplinirea întocmai de către directorul general a indicatorilor de referinţă asociaţi standardelor de performanţă, precum şi a celorlalte obligaţii asumate prin semnarea prezentului contract şi să revoce mandatul încredinţat în cazul neîndeplinirii acestora potrivit prezentului contract;

2. să solicite mandatarului director general prezentarea de rapoarte privind stadiul realizării planului de management, a proiectelor, programelor şi obiectivelor instituţionale, a situaţiei economico-financiare şi a altor documente referitoare la activitatea acesteia;

3. să aprobe modificarea indicatorilor economico-financiari prevăzuţi în bugetele anuale, precum şi a indicatorilor din planul de management, în cazuri temeinic justificate, potrivit legii;

4. să modifice indicatorii de referinţă asociaţi standardelor de performanţă în funcţie de obiectivele de etapă ale sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru asigurarea respectării drepturilor asiguratului;

5. să fie informat asupra modului de îndeplinire a obligaţiilor pe care şi le-a asumat mandatarul director general prin contract şi să adopte măsuri de dezvoltare profesională sau revocare a mandatului acordat.

6. să dispună încetarea prezentului contract dacă nu sunt îndepliniţi indicatorii de referinţă asociaţi standardelor de performanţă, precum şi în celelalte cazuri prevăzute de lege sau de prezentul contract.

B. CNAS are următoarele obligaţii:

1. să repartizeze casei de asigurări de sănătate bugetul de venituri şi cheltuieli, în limitele fondurilor aprobate prin legea anuală a bugetului de stat;

2. să asigure condiţiile pentru ca mandatarul director general să primească drepturile stabilite în prezentul contract;

3. să evalueze realizarea indicatorilor de referinţă asociaţi standardelor de performanţă, precum şi a celorlalte obligaţii asumate prin semnarea prezentului contract;

4. să asigure casei de asigurări de sănătate asistenţă de specialitate şi îndrumare metodologică.

ART. 8

Planul de management, standardele de performanţă, indicatorii de referinţă asociaţi standardelor de performanţă

1. Atribuţiile şi obligaţiile mandatarului director general sunt stabilite prin lege, Statutul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările şi completările ulterioare, statutul casei de asigurări de sănătate şi prin prezentul contract, avându-se în vedere un plan de management pentru asigurarea funcţionării sistemului de asigurări de sănătate la nivel local.

2. Mandatarul director general numit prin concurs este obligat să revizuiască în termen de 15 zile calendaristice de la semnarea prezentului contract planul de management, care va face parte integrantă din prezentul contract. Acest plan va fi elaborat pe baza planului de management prezentat la concurs şi va fi adaptat nevoilor şi condiţiilor specifice ale casei de asigurări de sănătate.

3. Mandatarul director general numit să exercite cu delegare mandatul de director general este obligat să depună în termen de 15 zile calendaristice de la semnarea prezentului contract planul de management, care va face parte integrantă din prezentul contract.

4. Mandatarul director general realizează planul de management stabilit, urmărind execuţia indicatorilor de referinţă asociaţi standardelor de performanţă cuprinşi în Anexa la prezentul contract.

5. Mandatarul director general are obligaţia îndeplinirii indicatorilor de referinţă asociaţi standardelor de performanţă prevăzuţi în Anexa la prezentul contract.

6. Realizarea planului de management, respectiv a indicatorilor de referinţă asociaţi standardelor de performanţă, se evaluează de către preşedintele CNAS şi se definitivează în condiţiile prevederilor prezentului contract. Evaluarea se face la expirarea perioadei de probă, semestrial şi anual.

ART. 9

Loialitate, confidențialitate

1. Mandatarul director general este obligat să îşi folosească întreaga capacitate de muncă şi profesională, în interesul casei de asigurări de sănătate.

2. Mandatarului director general îi sunt interzise orice activități şi manifestări de natură să prejudicieze interesul şi prestigiul casei de asigurări de sănătate şi al CNAS.

3. Exercitarea funcției de Director general, manager al sistemului la nivel local, este incompatibilă cu orice fel de activități în beneficiul unor instituții concurente, sau care se află în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

4. Pe toată durata de valabilitate a prezentului contact, precum şi un interval de 3 ani după expirarea acestuia, Directorul general, manager al sistemului la nivel local, este obligat să păstreze cu rigurozitate, confidențialitatea asupra datelor, informațiilor şi documentelor referitoare la activitatea casei de asigurări de sănătate.

ART. 10

Răspunderea părților

1. Pentru neîndeplinirea sau pentru îndeplinirea necorespunzătoare a obligațiilor stabilite în prezentul contract, părțile răspund potrivit reglementărilor legale, precum şi clauzelor prezentului contract.

2. Răspunderea mandatarului director general este angajată pentru nerespectarea prevederilor legale, ale prezentului contract, a ordinelor şi a altor dispoziții emise de preşedintele CNAS.

3. Mandatarul director general răspunde potrivit legii – civil, contravențional, material sau penal, - după caz, pentru nerespectarea prevederilor legale şi pentru daunele produse casei de asigurări de sănătate, prin orice act al său contrar intereselor casei de asigurări de sănătate, prin acte de gestiune imprudentă, utilizarea abuzivă sau neglijentă a fondurilor casei de asigurări de sănătate, prin nerespectarea dispozițiilor legale în vigoare.

4. De la momentul punerii în mişcare a acțiunii penale pentru săvârşirea unei infracțiuni contra umanității, contra statului sau contra autorității, infracțiuni de corupție şi de serviciu, infracțiuni care împiedică înfăptuirea justiției, infracțiuni de fals ori a unei infracțiuni săvârşite în legătură cu exercitarea mandatului, preşedintele CNAS are obligația de a suspenda contractul de management al directorului general pentru o perioadă de cel mult 60 de zile calendaristice în cadrul mandatului.

ART. 11

Modificarea contractului

1. În condițiile apariției unor noi acte normative în materie, care intră în vigoare pe durata derulării prezentului contract, clauzele contrare se vor modifica şi se vor completa în mod corespunzător, cu excepția situațiilor prevăzute în prezentul contract care conduc la încetarea acestuia.

2. Prevederile prezentului contract pot fi modificate prin act adițional, cu acordul ambelor părți.

3. Părțile vor adapta contractul corespunzător reglementărilor legale intervenite ulterior încheierii actului adițional care îi pot fi aplicabile, cu excepția modificării cu peste 50% a indicatorilor de referință asociați standardelor de performanță care au stat la baza încheierii prezentului contract, caz în care contractul încetează.

ART. 12

Suspendarea contractului

1.Preşedintele CNAS are obligația de a suspenda contractul de management al directorului general, în următoarele situații:

a) concediu de maternitate;

b) concediu pentru incapacitate temporară de muncă pentru o perioadă mai mare de o lună;

c) de la momentul dispunerii măsurii arestului preventiv, sau a arestului la domiciliu, precum şi în cazul în care s-a luat măsura controlului judiciar ori a măsurii controlului judiciar pe cauţiune, dacă în sarcina acestuia au fost stabilite obligaţii care împiedică exercitarea raportului de serviciu;
d) de la momentul punerii în mişcare a acţiunii penale pentru săvârşirea unei infracţiuni contra umanităţii, contra statului sau contra autorităţii, infracţiuni de corupţie sau de serviciu, infracţiuni care împiedică înfăptuirea justiţiei, infracţiuni de fals ori a unei infracţiuni săvârşite cu intenţie care ar face-o incompatibilă cu exercitarea mandatului, cu excepţia situaţiei în care a intervenit reabilitarea, amnistia post-condamnatorie sau dezincriminarea faptei.
2. Suspendarea contractului de management nu împiedică încetarea acestuia urmare a uneia dintre situaţiile prevăzute art.13 lit. e) – g), i), l) şi m) din prezentul contract.

ART. 13

Încetarea contractului

1. Prezentul contract încetează în următoarele situaţii:

a) la expirarea perioadei pentru care a fost încheiat;

b) prin revocarea mandatului, la iniţiativa preşedintelui CNAS, în cazul evaluării mandatarului director general cu calificativul "nesatisfăcător" sau în cazul obţinerii de către acesta a punctajului zero la unul dintre indicatorii prevăzuţi în anexa la contractul de management, în condiţiile legii;

c) prin revocarea mandatului, la iniţiativa preşedintelui CNAS, în condiţiile art. 2.030 lit. a) şi art.2.031 alin. (1) şi (2) din Legea nr. 287/2009 privind Codul civil, republicată, cu modificările ulterioare;

d) prin revocarea mandatului, la iniţiativa preşedintelui CNAS, la modificarea cu peste 50% a standardelor de performanţă şi indicatorilor de referinţă asociaţi pentru îndeplinirea obligaţiilor asumate care au stat la baza încheierii contractului de management, modificare determinată de schimbarea proceselor sau activităţilor de referinţă din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate;

e) ca urmare a condamnării la executarea unei pedepse privative de libertate, de la data rămânerii definitive a hotărârii judecătoreşti;

f) ca urmare a interzicerii exercitării unei profesii sau a unei funcţii, ca măsură de siguranţă ori pedeapsă complementară, de la data rămânerii definitive a hotărârii judecătoreşti prin care s-a dispus interdicţia, dacă funcţia sau profesia pentru care se stabileşte interdicţia are legătură cu contractul de management;

g) prin renunţarea de către mandatarul director general la mandatul încredinţat;

h) prin acordul părţilor;

i) prin decesul sau punerea sub interdicţie judecătorească a directorului general;

j) prin desfiinţarea sau reorganizarea casei de asigurări de sănătate;

k) prin modificarea legislaţiei specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate în ceea ce priveşte statutul directorului general, manager al sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local;

l) la data împlinirii cumulative a condiţiilor de vârstă standard şi a stagiului minim de cotizare pentru pensionare sau, cu caracter excepţional, la împlinirea vârstei de 65 de ani, pentru salariata care optează în scris, în termen de 30 de zile calendaristice anterior împlinirii condiţiilor de vârstă standard şi a stagiului minim de cotizare pentru pensionare pentru continuarea activităţii până la împlinirea respectivei vârste, precum şi pentru continuarea executării contractului de management;

m) la data comunicării deciziei de pensie în cazul pensiei de invaliditate de gradul III, pensiei anticipate parţiale, pensiei anticipate, pensiei pentru limită de vârstă cu reducerea vârstei standard de pensionare; la data comunicării deciziei medicale asupra capacităţii de muncă în cazul invalidităţii de gradul I sau II.

2. Pe baza unei cereri formulate cu 30 de zile înainte de data îndeplinirii cumulative a condiţiilor de vârstă standard şi a stagiului minim de cotizare pentru pensionare şi cu aprobarea preşedintelui CNAS, directorul general poate fi menţinut în aceeaşi funcţie maximum 3 ani peste vârsta standard de pensionare, inclusiv în ipoteza excepţională prevăzută la alin. (6) lit. l), cu posibilitatea prelungirii anuale a contractului de management, cu încadrarea în termenul de mandat prevăzut la alin. (11) sau (3) .

3. În cazul în care directorul general al casei de asigurări de sănătate este numit să ocupe temporar această funcţie, contractul poate înceta atât în condiţiile prevăzute la pct. 1, precum şi la data numirii de către preşedintele CNAS a unei alte persoane care să ocupe temporar funcţia sau ca urmare a ocupării postului prin concurs, în condiţiile legii.

4.Revocarea mandatului directorului general al casei de asigurări de sănătate se notifică prin ordin al preşedintelui CNAS şi produce efecte de la data luării la cunoştinţă.

ART. 14

Litigii

Litigiile izvorâte din executarea, modificarea, interpretarea clauzelor şi încetarea prezentului contract sunt de competența curților de apel - secțiile de contencios administrativ şi fiscal.

ART. 15

Dispoziții privind completarea cu alte categorii de norme

Dispozițiile prezentului contract se completează cu prevederile legislației muncii, precum şi cu reglementările de drept comun civile sau administrative, după caz.

ART. 16

Dispoziții finale

Prezentul contract a fost întocmit în 2 (două) exemplare originale, câte unul pentru fiecare parte.

ART. 17

Alte clauze

Casa Națională de Asigurări de Sănătate,
(mandant)
Președinte,

(mandatar)
Director general,
CAS _____

Anexa nr.4
la metodologie

Standardele de performanță definite pentru Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

A. Funcția managementului - PREVIZIUNE

1. Standard de performanță – ANALIZA şi PLANIFICARE

1.1. Activități specifice corespunzătoare standardului de performanța:

a) analiza nevoilor de servicii medicale, medicamente, inclusiv cele utilizate in programele naționale de sănătate curative, dispozitive medicale si tehnologii asistive, precum si analiza nevoilor de asigurare a resurselor proprii de administrare şi funcționare ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

b) asigurarea resurselor proprii de administrare şi funcționare ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru realizarea obiectivelor sistemului de asigurări sociale de sănătate;

c) coordonarea activității privind repartizarea resurselor financiare în bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pe domenii de asistenta medicala;

d) repartizarea resurselor financiare în bugetul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pe cheltuieli de administrare şi funcționare pentru desfăşurarea în condiții de eficiență şi eficacitate a activității Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

e) evaluarea realizării obiectivelor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind planificarea, ierarhizarea, asigurarea si repartizarea resurselor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

1.2. Cerințe generale

a) Repartizarea resurselor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate necesită decizii şi analize fundamentate cu privire la cel mai bun mod de alocare, cu încadrarea în bugetele aprobate;

b) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate asigură coordonarea acțiunilor compartimentelor pentru realizarea funcției de analiza şi planificare;

c) Structura organizatorică este stabilită în concordanță cu misiunea şi cu scopul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, astfel încât să asigure procesul decizional printr-o delegare adecvată a responsabilităților şi pentru realizarea în condiții de eficiență, eficacitate şi economicitate a obiectivelor stabilite;

d) Competența, responsabilitatea, sarcina şi obligația de a realiza activitățile stabilite, sunt asociate posturilor din structura organizatorica a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; acestea trebuie să fie bine definite, clare, coerente şi să reflecte elementele avute în vedere pentru realizarea obiectivelor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu respectarea termenelor şi formatelor de raportare;

e) În cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt definite reguli clare şi sunt stabilite proceduri cu privire la înregistrarea, expedierea, redactarea, clasificarea, îndosarierea, protejarea şi păstrarea documentelor;

f) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate stabileşte modalitățile de primire, înregistrare şi expediere a documentelor, iar la nivelul fiecărui compartiment se ține, în mod obligatoriu, o evidență a documentelor primite şi expediate. Sunt implementate măsuri de securitate pentru protejarea documentelor, inclusiv a celor în format electronic, împotriva distrugerii, furtului, pierderii, incendiului etc., precum şi măsuri de respectare a reglementărilor privind protecția şi prelucrarea datelor cu caracter personal;

g) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate asigură condițiile necesare cunoașterii și respectării de către salariați a reglementărilor legale privind accesul la documentele clasificate și modul de gestionare a acestora;

h) Este creat un sistem de păstrare/arhivare a documentelor, potrivit unei proceduri, în vederea asigurării conservării lor în bune condiții și pentru a fi accesibile personalului/autorităților competente în a le utiliza.

1.3. Indicatori de referință

1. Structura organizatorică a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate este stabilită în concordanță cu misiunea și scopul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte
2. Elaborarea proiectului de buget anual pe baza indicatorilor macroeconomici în scopul finanțării unor acțiuni cărora le sunt asociate obiective și indicatori de rezultat și de eficiență, precizând domeniile de activitate, obiectivele urmărite, acțiunile și rezultatele așteptate, inclusiv cu evidențierea diferențelor față de bugetul anului anterior, justificat prin definirea, cuantificarea și includerea unor noi activități:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte
3. Estimarea cheltuielilor prevăzute în propunerile de trimestrializare și transmise la Ministerul Finanțelor Publice sunt justificate în raport cu necesarul activităților finanțate din bugetul FNUASS:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte
4. Coordonarea activităților privind protecția și prelucrarea datelor cu caracter personal:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte

2. Standard de performanță – OBIECTIVE MANAGERIALE

2.1.Activități specifice corespunzătoare standardului de performanță:

a) Conducerea executivă a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu privire la funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate;

b) asigurarea respectării drepturilor asiguraților și a accesului la servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, programe naționale de sănătate curative în condițiile utilizării eficiente a bugetului aprobat;

c) asigurarea echilibrului bugetar și întărirea disciplinei financiare și contractuale;

d) coordonează activitatea privind creșterea gradului de informare cu privire la drepturile și obligațiile asiguraților în sistemul de asigurări sociale de sănătate și creșterea gradului de satisfacție a asiguraților privind calitatea serviciilor medicale;

e) asigurarea resurselor umane, materiale, informaționale, etc., necesare funcționarii sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local în condiții de eficiență și eficacitate;

f) coordonează respectarea termenelor stabilite pentru realizarea atribuțiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

2.2. Cerințe generale

a) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate elaborează un plan de management, raportat la obiectivele instituționale și activitățile ce trebuie îndeplinite pe termen scurt, mediu și lung, resursele necesare, influențele mediului economic, social, etc;

b) Schimbarea elementelor procesului de fundamentare impune actualizarea planului de management;
c) Obiectivele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sunt corelate cu misiunea, viziunea, valorile, scopurile instituționale şi cu respectarea principiilor de economicitate, eficiență şi eficacitate;
d) Coordonează activitatea de transpunere a obiectivelor generale în obiective specifice şi în rezultate aşteptate pentru fiecare activitate care se comunică salariaților;
e) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate prin structurile subordonate actualizează/reevaluează obiectivele ori de câte ori constată modificarea ipotezelor/premiselor care au stat la baza fixării acestora sau pentru a ține cont de schimbările semnificative în legislație, în activitate, bugetul alocat şi priorități.

2.3. Indicatori de referință

1. Gradul de realizare a obiectivelor generale instituționale, corelate cu misiunea, scopul, viziunea, valorile, principiile de eficiență şi eficacitate în activitate stabilite prin planul de management conform raportului de activitate transmis semestrial:
   - 100% - 5 puncte
   - 51%-99% - 2 puncte
   - sub 50% - 0 puncte
2. Planul de management şi Planul de activitate anual/semestrial sunt actualizate/reevaluate în funcție de legislația/bugetul/prioritățile de etapă:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte
3. Realizarea analizei de sistem de tip PEST privind influența factorilor de mediu (social, economic, politic, tehnic, etc.) asupra Casei Naționale de Asigurări de Sănătate:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte

NOTĂ: Va fi anexă în Raportul anual de activitate, se evaluează anual.

B. Funcția managementului - ORGANIZARE

3. Standard de performanță –ATRIBUȚII, FUNCȚII

3.1. Activități specifice corespunzătoare standardului de performanța:

a) organizarea monitorizării execuției contractelor de furnizare de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, programe naționale de sănătate curative;
b) organizarea activității compartimentelor din subordine, astfel încât să fie atinse obiectivele instituționale în condiții de eficiență şi eficacitate cu respectarea termenelor şi cerințelor specifice;
c) organizarea activității salariaților Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pe compartimentele funcționale ale acestora în funcție de volumul, complexitatea şi atribuțiile stabilite prin ROF;
d) organizarea activității privind utilizarea şi exploatarea a PIAS-ului.

3.2. Cerințe generale

a) Regulamentul de organizare şi funcționare cuprinde într-o manieră integrală, reglementări generale, rolul şi funcțiile Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, atribuțiile principale, structura organizatorică, relațiile funcționale, competențe şi atribuții ale compartimentelor; regulamentul se publică pe pagina de internet a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
b) Fiecare salariat trebuie să cunoască misiunea şi viziunea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, obiectivele generale şi specifice ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate şi ale

compartimentului din care face parte, rolul său în cadrul compartimentului, stabilit prin fişa postului, precum şi atribuţiile postului pe care îl ocupă;

c) Directorul General al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, prin conducătorii compartimentelor subordonate, identifică sarcinile noi şi/sau cu un grad de complexitate ridicat ce revin salariaţilor şi acordă suportul pentru realizarea acestora, inclusiv prin redimensionarea compartimentelor, oferindu-le o viziune concretă de lucru;

d) Directorul General al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate participă activ la dezvoltarea capacităţii instituţionale şi la implementarea de noi metode de lucru;

e) Directorul General al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate are capacitatea de a lucra independent;

f) Directorul General al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate are capacitatea de a lucra in echipă.

3.3 Indicatori de referinţă

1. Coordonează constituirea de grupuri de lucru/sesiuni informative/şedinţe de lucru cu privire la legislaţia incidentă şi pentru consultarea, după caz, în luarea deciziilor a personalului din subordine[1]
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte

[1]***Notă: numărul, tematica şi frecvenţa vor fi detaliate în raportul de activitate***

C. Funcţia managementului - COORDONARE

4. Standard de performanţă – CONTINUITATEA ACTIVITĂŢII, PENTRU ASIGURAREA CALITATII SERVICIULUI PUBLIC FURNIZAT ASIGURAŢILOR

4.1. Activităţi specifice corespunzătoare standardului de performanţă:

a) asigurarea calităţii serviciului public oferit asiguraţilor în limita bugetului aprobat urmărind creşterea gradului de satisfacţie a asiguraţilor privind calitatea serviciilor medicale;

b) asigurarea planului de continuitate a activităţilor Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pe toate domeniile de activitate.

4.2. Cerinţe generale

1. Directorul General al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate dispune măsuri privind continuitatea accesului asiguraţilor la pachetul de servicii medicale de bază/programe de sănătate naţionale curative potrivit principiilor de funcţionare a sistemului de asigurări sociale de sănătate, asigurând calitatea serviciului public oferită asiguraţilor în limita fondurilor disponibile;
2. Directorul General al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate prin structurile de specialitate asigură informarea asiguraţilor cu privire la drepturile şi obligaţiile acestora urmărind creşterea gradului de satisfacţie a asiguraţilor privind calitatea serviciilor medicale;
3. Directorul General al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate prin conducătorii structurilor din Casa Naţională de Asigurări de Sănătate inventariază situaţiile generatoare la discontinuităţi în activitate şi întocmesc un plan de continuitate a activităţilor, care are la bază identificarea şi evaluarea cauzelor care pot afecta continuitatea operaţională. Situaţii curente generatoare de discontinuităţi: fluctuaţia personalului; lipsa de coordonare; management defectuos; fraude; distrugerea sau pierderea documentelor; dificultăţi şi/sau disfuncţionalităţi în funcţionarea echipamentelor din dotare; disfuncţionalităţi produse de unii prestatori de servicii; schimbări de proceduri, instabilitate politică şi/sau legislativă etc.

4.3. Indicatori de referință

1. Respectarea obligației Casei Naționale de Asigurări de Sănătate de a dispune măsurile privind asigurarea informării asiguraților conform prevederilor legale:
   - da - 5 puncte;
   - nu - 0 puncte.

3. Coordonarea activității de suport de specialitate referitor la Platforma Informatică din Asigurările de Sănătate (PIAS), în raport cu incidentele constatate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate:
   - între 96% și 100% incidente soluționate - 5 puncte
   - între 70% și 95% incidente soluționate - 3 puncte
   - sub 69% incidente soluționate - 0 puncte

4. Coordonarea activităților de producție, gestiune, distribuție a cardului național de asigurări sociale de sănătate și suport privind utilizarea acestuia, care revin Casei Naționale de Asigurări de Sănătate conform reglementărilor legale în vigoare:
   - 100% - 5 puncte
   - sub 99% - 0 puncte

6. Coordonarea procesului de actualizare a datelor și informațiilor publicate pe site-urile Caselor de Asigurări de Sănătate pentru toate domeniile de activitate :
   - 100% - 5 puncte
   - între 90% și 99% - 3 puncte
   - sub 89% - 0 puncte

7. Coordonarea activităților legate de transmiterea în sistemul Dosarului Electronic de Sănătate al pacientului (DES) de către furnizorii de servicii medicale a informațiilor și datelor medicale stabilite prin actele normative în vigoare:
   - peste 75% din numărul asiguraților care au primit servicii medicale - 5 puncte
   - sub 74% din numărul asiguraților care au primit servicii medicale - 0 puncte

8. Asigurarea măsurilor de utilizare eficientă a patrimoniului cu privire la echipamente și licențe IT:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte

9. Coordonarea activității referitoare la respectarea obligațiilor legale cu privire la politicile de securitate și confidențialitate a datelor, prevăzute de Regulamentul (UE) 2016/679, privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte

5. Standard de performanță – INFORMARE, COMUNICARE

5.1. Activități specifice corespunzătoare standardului de performanța:

a) Identificarea populației țintă;
b) Stabilirea canalului de comunicare;
c) Stabilirea informațiilor ce trebuie transmise;
d) Organizarea circuitului informațional intern și extern pentru categoriile de informații și populație identificate;
e) Analiza feedback-ului privind informațiile furnizate.

5.2. Cerințe generale

a) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate asigură comunicarea eficientă internă și externă astfel încât salariații Casei Naționale de Asigurări de Sănătate să își

îndeplinească eficient sarcinile şi responsabilităţile pentru realizarea obiectivelor Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

b) Informaţia tehnică şi managerială la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate trebuie să fie corectă, credibilă, clară, completă, oportună, utilă, uşor de înţeles şi receptat, atât la nivel intern cât şi extern;

c) Informaţia trebuie să aibă un circuit intern/extern rapid, în condiţii de economicitate, prin evitarea paralelismelor, adică a circulaţiei simultane a aceloraşi informaţii pe canale diferite sau de mai multe ori pe acelaşi canal;

d) Directorul General stabileşte fluxuri şi canale de comunicare care să asigure transmiterea eficace a datelor, informaţiilor şi deciziilor necesare desfăşurării activităţilor Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate;

e) Comunicarea externă trebuie să se realizeze prin canale de comunicare stabilite şi aprobate conform legii, cu respectarea limitelor de responsabilitate şi a delegărilor de atribuţii;

f) Sistemele IT asigură managementul eficient al datelor şi informaţiilor, inclusiv administrarea bazelor de date şi calitatea datelor. Sistemele de management al datelor şi procedurile de operare sunt în conformitate cu politica IT a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, măsurile obligatorii de securitate şi regulile privind protecţia datelor personale;

g) Directorul General al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate comunică în mod proactiv cu partenerii sistemului de asigurări de sănătate la nivel local pentru a asigura buna colaborare a acestora în elaborarea şi implementarea deciziilor în materie de politici publice, în concordanţă cu strategia şi dispoziţiile Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

5.3.Indicatori de referinţă

1. Respectarea obligaţiilor de afişare publică şi actualizare pe site-ul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate a tuturor informaţiilor conform prevederilor contractului-cadru, Legii nr.544/2001 privind liberul acces la informaţiile de interes public, cu modificările şi completările ulterioare şi Ordonanţa Guvernului nr. 27/2002 privind reglementarea activităţii de soluţionare a petiţiilor, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi conform normelor de aplicare a actelor normative menţionate:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte

2. Organizarea de întâlniri de lucru, seminarii pentru informarea profesională a salariaţilor (1 seminar/semestru):
   - da – 5 puncte
   - nu – 0 puncte

6. Standard de performanţă – MANAGEMENT FINANCIAR

6.1. Activităţi specifice corespunzătoare standardului de performanţă:

a) utilizarea resurselor financiare pe domenii de asistenţă medicală pentru asigurarea nevoii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, inclusiv programe naţionale de sănătate curative;

b) verificarea legalităţii plăţilor în limita creditelor de angajament către furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, inclusiv programe naţionale de sănătate curative;

c) verificarea, procesarea şi validarea cererilor de restituire a sumelor reprezentând indemnizaţii de asigurări sociale de sănătate pentru concedii medicale acordate asiguraţilor;

d) asigurarea plăţilor raportata la creditele bugetare deschise pentru formularele europene, precum si alte situaţii solicitate in domeniul relaţiilor internaţionale.

6.2. Cerințe generale

a) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate asigură măsurile necesare pentru echilibrul bugetar şi întărirea disciplinei financiare la nivelul Caselor de Asigurări de Sănătate;
b) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate asigură angajarea şi utilizarea fondurilor în limita creditelor bugetare şi de angajament aprobate pe baza bunei gestiuni financiare;
c) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate coordonează activitatea de organizare şi ținere la zi a contabilității şi de prezentare la termen a situațiilor financiare asupra situației patrimoniului aflat în administrarea sa, precum şi a execuției bugetare, în vederea asigurării exactității tuturor informațiilor contabile aflate sub controlul său;
d) Situațiile financiare anuale sunt însoțite de rapoarte anuale de activitate în care se prezintă pentru fiecare program obiectivele, rezultatele preconizate şi cele obținute, indicatorii şi costurile asociate.

6.3. Indicatori de referință

1. Gradul de realizare a cheltuielilor totale ale bugetului FNUASS realizate din total credite bugetare deschise:
   - 98%-100% - 5 puncte
   - 96%-98% - 3 puncte
   - sub 96% - 0 puncte
2 Coordonarea elaborării proiectului de buget în conformitate cu scrisoarea cadru şi indicatorii macroeconomici şi transmiterea acestuia la Ministerul Finanțelor Publice in termenele solicitate:
   - da – 5 puncte
   - nu – 0 puncte
3. Estimarea necesarului de fonduri şi efectuarea demersurilor necesare pentru suplimentarea bugetului FNUASS către instituțiile abilitate pentru asigurarea continuității acțiunilor finanțate din bugetul FNUASS:
   - da – 5 puncte
   - nu – 0 puncte

7. Standard de performanță – MANAGEMENTUL CONTRACTĂRII

7.1. Activități specifice corespunzătoare standardului de performanță:

a) coordonarea/participarea activă la procesul de negociere/consultare cu partenerii de dialog prevăzuți de Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu completările şi modificările ulterioare;
b) coordonarea activității privind analiza propunerilor şi observațiilor solicitate/primite la Casa Națională de Asigurări de Sănătate privind pachetele de servicii şi condițiile acordării acestora;
c) coordonarea şi participarea după caz, la negocieri, consultări, întâlniri pe diverse domenii de activitate pentru care Casa Națională de Asigurări de Sănătate încheie contracte conform legii.

7.2. Cerințe generale

a) coordonarea procesului de negociere/consultare cu organizațiile prevăzute de Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările şi completările ulterioare;
b) coordonarea activității de monitorizare privind respectarea de către Casele Asigurări de Sănătate a obligațiilor de a publica pe site-urile proprii informațiile stabilite de actele normative în strânsă legătură cu procesul de contractare cu furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, inclusiv programe naționale de sănătate curative;
c) participarea la elaborarea şi modificarea proiectelor de acte normative propuse de Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

7.3. Indicatori de referință

1. Asigurarea coordonării procesului de negociere/consultare cu organizațiile prevăzute de Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările şi completările ulterioare prevăzute de lege pentru elaborarea proiectului de Contract-cadru, ca şi coordonator al grupului de lucru constituit în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate:
   - da – 5 puncte
   - nu – 0 puncte
2. Asigurarea coordonării procesului de negociere/consultare cu organizațiile prevăzute de Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările şi completările ulterioare pentru elaborarea proiectului Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru, ca şi coordonator al grupului de lucru constituit în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate:
   - da – 5 puncte
   - nu – 0 puncte
3. Monitorizarea respectării reglementărilor legale în vigoare privind afişarea pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a valorii definitive a punctului per capita şi pe serviciu în asistența medicală primară, rezultate în urma regularizării trimestriale şi a numărului total de puncte per capita şi pe serviciu realizate trimestrial la nivel național:
   - da – 5 puncte
   - nu – 0 puncte
4. Monitorizarea respectării reglementărilor legale în vigoare privind afişarea pe pagina web a CNAS a valorii definitive a punctului pe serviciu în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, rezultată în urma regularizării trimestriale şi a numărului total de puncte pe serviciu, realizate trimestrial la nivel național:
   - da – 5 puncte
   - nu – 0 puncte
5. Monitorizarea în cadrul procesului de contractare a numărului de contracte încheiate de CAS cu furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale:
   - da – 5 puncte
   - nu – 0 puncte

D. Funcția managementului - MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE

8. Standard de performanță ETICĂ, INTEGRITATE, RESPONSABILITATE

8.1. Activități specifice corespunzătoare standardului de performanță:

a) asigurarea unui nivel de cerințe şi instrumente care să stimuleze valorile etice ale personalului din subordine, evitarea conflictelor de interese, prevenirea şi raportarea fraudelor, actelor de corupție şi semnalarea neregulilor;

b) asigurarea la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a tuturor măsurilor pentru prevenirea şi soluționarea situațiilor sesizate prin rapoartele de evaluare şi a altor sesizări întocmite de Agenția Națională de Integritate, pentru încălcarea regimului incompatibilităților şi conflictului de interese;

c) asigurarea cunoaşterii de către salariații Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a normelor privind Codul etic, consilierul de etică, declararea averilor, incompatibilități şi conflict de interese;

f) asigurarea la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a tuturor condițiilor legale pentru respectarea normelor de sănătate şi securitate în muncă şi a măsurilor suplimentare specifice, limitării răspândirii infectării cu virusul SARS CoV2**.

8.2. Cerințe generale

a) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate sprijină şi promovează, prin deciziile sale şi prin puterea exemplului personal, valorile etice, integritatea personală şi profesională a salariaților din subordine;
b) Coordonează activitatea de elaborare a procedurilor privind integritatea, valorile etice, evitarea conflictelor de interese, prevenirea şi raportarea fraudelor, actelor de corupție şi semnalarea neregulilor;
c) Înlesneşte comunicarea deschisă de către salariați a preocupărilor acestora în materie de etică şi integritate, prin consilierul de etică care să monitorizeze respectarea normelor de conduită la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
d) Coordonează activitatea de declarare a averilor, intereselor şi bunurilor primite cu titlu gratuit care se realizează de către toți factorii vizați, în conformitate cu prevederile legale;
e) Acționează respectând interesele angajaților conform politicilor şi dispozițiilor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate şi priorităților stabilite prin programul de guvernare;
f) Promovează valorile etice ale serviciului public, acționează pentru prevenirea oricărui risc sau oricărei suspiciuni de corupție, asigură încrederea publică a asiguraților printr-o conduită onestă, imparțială şi transparentă;
g) Respectă legea şi dispozițiile preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în gestionarea tuturor activităților şi în utilizarea tuturor resurselor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
h) Îşi asumă şi demonstrează responsabilitatea personală pentru obținerea de rezultate performante în activitatea sa, este un exemplu personal de conduită profesională şi etică;
i) Are capacitate de asumare a responsabilităților;
j) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate motivează personalul din subordinea sa şi contribuie la dezvoltarea profesională a acestuia, pentru a atinge cel mai bun nivel de performanță şi rezultate.

8.3.Indicatori de referință

1. Număr cazuri de încălcare a normelor de conduita în cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate:
   a) număr cazuri soluționate din total sesizări
      - 100% cazuri soluționate - 5 puncte
      - sub 100% cazuri soluționate - 0 puncte
   b) masuri administrative dispuse pentru înlăturarea cauzelor/circumstanțelor care au favorizat încălcarea normelor de conduită
      - măsuri adoptate/dispuse - 5 puncte
      - nu s-au dispus masuri - 0 puncte
2. a) Procent funcționari publici de conducere care au beneficiat de consiliere etică din cauza mediului intern de lucru din total funcționari publici de conducere
      - peste 50% - 0 puncte
      - între 25%-50% - 3 puncte
      - sub 25% - 5 puncte
   b) Procent funcționari publici de execuție/personal contractual care au beneficiat de consiliere etică din cauza mediului intern de lucru din total funcționari publici de conducere
      - peste 50% - 0 puncte
      - între 25%-50% - 3 puncte
      - sub 25% - 5 puncte
3. Existența la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a rapoartelor de evaluare şi altor sesizări întocmite de Agenția Națională de Integritate pentru încălcarea regimului

incompatibilităților/conflictului de interese pentru personalul CNAS în sarcina Directorului General CNAS:

- niciun/o raport/sesizare - 5 puncte
- raport evaluare/sesizare rezolvat - 3 puncte
- raport evaluare/sesizare nerezolvat - 0 puncte

4. Existenta măsurilor de prevenire a incidentelor de integritate adoptate/dispuse la nivelul CNAS:
   - măsuri adoptate/dispuse – 5 puncte;
   - nu s-au dispus măsuri – 0 puncte
5. Sunt organizate întâlniri de lucru si alte acțiuni motivaționale si de dezvoltare profesională[1]:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte
6. Coordonarea implementării măsurilor pentru asigurarea protecției la nivelul CNAS pentru limitarea răspândirii infectării cu virusul SARS CoV2**:
   - da – 5 puncte
   - nu – 0 puncte

9. Standard de performanță - COMPETENȚĂ, PERFORMANȚĂ

9.1. Activități specifice corespunzătoare standardului de performanță:

a) asigurarea unui nivel performant de cunoştinţe şi abilităţi pentru personalul din subordine;
b) asigurarea procesului de evaluare a performanțelor profesională ale salariaților din subordine în raport cu realizarea obiectivelor anuale individuale;
c) asigurarea fondurilor necesare activității de formare profesională potrivit legislației şi în limita bugetului aprobat.

9.2.Cerințe generale

a) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate dispune de cunoştinţele, abilităţile şi experienţa care fac posibilă îndeplinirea eficientă şi eficace a atribuţiilor, precum şi îndeplinirea competentă a responsabilităților aferente mandatului de Director General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.
b) Competența profesională a salariaților Casei Naționale de Asigurări de Sănătate şi sarcinile stabilite trebuie să se afle în echilibru permanent, pentru asigurarea căruia Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate acționează prin:
   - definirea cunoştinţelor necesare pentru fiecare loc de muncă;
   - identificarea nevoilor de pregătire profesională şi stabilirea cerinţelor de formare profesională în contextul evaluării anuale a salariaților, precum şi urmărirea evoluției carierei acestora; nevoile de pregătire identificate sunt corelate cu rezultatele din rapoartele/fişele de evaluare a performanțelor profesionale individuale.
c) Performanțele profesionale ale salariaților sunt evaluate cel puțin o dată pe an în raport cu obiectivele anuale individuale;
d) Asigură fiecărui salariat participarea la cursuri de pregătire profesională în domeniul său de competență, conform legislației în domeniu şi bugetului aprobat cu această destinație;
e) Aplică experienţa proprie, pentru îmbunătățirea rezultatelor profesionale şi realizarea obiectivelor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.
f) Construieşte şi dezvoltă relații de încredere cu colegii şi personalul din subordinea sa, în vederea atingerii obiectivelor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.
g) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate organizează şi monitorizează aplicarea măsurilor de protecție a sistemelor de securitate gestionate, respectiv: cerințele de

securitate a prelucrărilor de date cu caracter personal, cerințe privind update-urile, protecția antivirus, blocarea încercărilor de acces neautorizat, precum și cerințele fizice minime de funcționare.

9.3. Indicatori de referință

1. Rapoartele de evaluare ale personalului din subordine cuprind propuneri de teme concrete, adaptate nevoilor instituționale și de dezvoltare profesională a funcționarilor publici în raport cu performanțele individuale:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte
2. Existența incidentelor negative înregistrate/raportate, generate de aplicarea defectuoasă a măsurilor de securitate a sistemelor informatice gestionate:
   - nu – 5 puncte
   - da – 0 puncte

E. Funcția managementului CONTROL – EVALUARE

10 – Standard de performanță - SUPRAVEGHERE, MONITORIZARE

10.1 Activități specifice corespunzătoare standardului de performanță:

a) participă la stabilirea obiectivelor urmărite de echipele de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în acțiunile de control desfășurate la nivelul Caselor de Asigurări de Sănătate;
b) analizează informațiile cuprinse în rapoartele de control încheiate de echipele de control ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în acțiunile de control desfășurate la nivelul Caselor de Asigurări de Sănătate în vederea luării deciziilor manageriale corect fundamentate și adaptate cerințelor sistemului.

10.2. Cerințe generale

a) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate participă la acțiuni care implică revizuiri ale activității realizate de salariați sau orice alte modalități care confirmă respectarea procedurilor prin conducătorii compartimentelor care verifică și aprobă activitățile salariaților, dau instrucțiunile necesare pentru a asigura minimizarea erorilor și pierderilor, eliminarea neregulilor și fraudei, respectarea legislației și corecta înțelegere și aplicare a instrucțiunilor;
b) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate întocmește o informare privind monitorizarea performanțelor, pe baza raportărilor anuale pentru monitorizarea performanțelor primite de la compartimente;
c) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate asigură evaluarea periodică a performanțelor profesionale individuale ale personalului din subordine, constată eventualele abateri de la obiective și propune/ia măsurile preventive și corective ce se impun;
d) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate monitorizează și verifică progresele și realizările înregistrate în cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pe toate domeniile de responsabilitate.

10.3 Indicatori de referință

1. Întocmirea raportului semestrial/anual privind activitatea structurilor de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, propuneri/revizuiri ale activității realizate de către aceștia:

- da – 5 puncte
- nu – 0 puncte

2. Existenta in cadrul tematicilor acțiunilor de control desfăşurate la nivelul Caselor de Asigurări de Sănătate a unor obiective propuse de Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate:
   - da – 5 puncte
   - nu – 0 puncte

11. Standard de performanță - PROCEDURI

11.1 Activități specifice corespunzătoare standardului de performanță:

a) asigurarea elaborării procedurilor de lucru pentru toate activitățile ce pot fi procedurate şi procesele de lucru din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate astfel încât să se asigure cunoaşterea, respectarea şi aplicarea legii în interesul asiguraților în condiții de asigurare a continuității a serviciului public;

b) asigurarea propriului sistem de control intern managerial pentru desfăşurarea în condiții de performanță a activității Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

c) participarea la actualizarea planului de dezvoltare a sistemului de control intern managerial;

d) participarea la elaborarea programului de dezvoltare a sistemului de control intern managerial şi luarea tuturor măsurilor pentru creşterea capacității controlului intern managerial în realizarea obiectivelor CAS, astfel încât să răspundă nevoilor de sănătate ale asiguraților.

11.2. Cerințe generale

a) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se asigură că pentru procesele şi activitățile ce pot fi procedurate, există o documentație adecvată şi că operațiunile sunt consemnate în proceduri documentate, asumate şi aprobate;

b) Procedurile trebuie să asigure o separare a funcțiilor de inițiere, realizare, verificare, avizare şi aprobare a operațiunilor, astfel încât acestea să fie încredințate unor persoane diferite;

c) Accesul la resurse, precum şi protejarea şi folosirea corectă a acestora se reglementează prin acte administrative, care se aduc la cunoştința salariaților;

d) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate se asigură că, pentru toate situațiile în care din cauza unor circumstanțe deosebite apar abateri față de procedurile stabilite, se întocmesc documente adecvate, aprobate la un nivel corespunzător, înainte de efectuarea operațiunilor. Circumstanțele şi modul de gestionare a situațiilor de abatere de la procedurile existente se analizează periodic, în vederea desprinderii unor concluzii de bună practică pentru viitor, ce urmează a fi formalizate;

e) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate participă la verificarea şi evaluarea în mod continuu a funcționării sistemului de control intern managerial şi a componentelor sale, pentru a identifica la timp punctele slabe, respectiv deficiențele controlului intern şi pentru a lua măsuri de corectare şi/sau eliminare în timp util a acestora.

11.3. Indicatori de referință

1. Proceduri documentate elaborate, în raport cu activitățile procedurale identificate:
   - 91-100% activități procedurale pentru care au fost elaborate proceduri documentate – 5 puncte
   - 76-90% activități procedurale pentru care au fost elaborate proceduri documentate – 2 puncte
   - 0-75% activități procedurale pentru care au fost elaborate proceduri documentate – 0 puncte
2. Nivelul de implementare a standardelor de control intern/managerial la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate:
   - 100% - 5 puncte

- între 80 – 99% - 3 puncte
- sub 80% - 0 puncte

12. Standard de performanță - EVALUARE, CONTROL

12.1 Activități specifice corespunzătoare standardului de performanță:

a) asigurarea evaluării şi controlului tuturor activităților din subordine pentru respectarea legalității şi regularității acestuia în vederea realizării obiectivelor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

b) asigurarea implementării standardelor de control managerial intern în activitatea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate şi urmărirea realizării acestora;

12.2. Cerințe generale

a) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate asigură coordonarea, monitorizarea, evaluarea şi controlul tuturor activităților din subordine, pentru respectarea legalității şi regularității acestora;

b) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate asigură implementarea standardelor de management în activitatea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate şi urmărirea realizării acestora.

12.3. Indicatori de referință

1. Asigurarea respectării legalității şi regularității activităților din subordine:
   - lipsă abateri de la legalitate şi regularitate – 5 puncte
   - existență abateri de la legalitate şi regularitate – 0 puncte

13. Standard de performanță - EFICIENȚĂ ŞI EFICACITATE

13.1 Activități specifice corespunzătoare standardului de performanță:

a) organizarea activității Casei Naționale de Asigurări de Sănătate la nivel intern şi extern pentru realizarea obiectivelor având ca prioritate instituțională respectarea drepturilor asiguraților şi creşterea gradului de satisfacție a acestora;

b) realizarea obiectivelor asumate prin planul de management şi a obligațiilor din contractul de management încheiat cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, asigurând funcționarea sistemului de asigurări de sănătate şi urmărirea realizării indicatorilor de referință asumați;

c) adoptarea tuturor măsurilor pentru utilizarea eficace a resurselor umane, materiale, financiare, de timp şi informaționale ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în beneficiul asiguraților, precum şi a măsurilor de supraveghere şi control, pentru preîntâmpinarea eventualelor neregularități.

13.2. Cerințe generale

a) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate asigură funcționarea în condiții de eficacitate a conducerii executive a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în baza prevederilor planului de management şi a contractului de management încheiat cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate asigurând funcționarea sistemului de asigurări de sănătate la nivelul indicatorilor de referință asumați;

b) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate asigură utilizarea eficace a resurselor materiale, financiare, umane de timp şi informaționale ale Casei Naționale de Asigurări

de Sănătate în executarea Contractului de management încheiat cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate;

c) Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate duce la îndeplinire în condiții de eficientă și eficacitate a ordinelor președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a oricărei dispoziții cu caracter normativ/administrativ.

13.3. Indicatori de referință[7]

1. Capacitatea de a organiza
   Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate identifică activitățile care trebuie desfășurate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, delimitarea lor în atribuții, stabilirea pe baza acestora a obiectivelor; repartizarea echilibrată și echitabilă a atribuțiilor și a obiectivelor în funcție de nivelul personalului din subordine.
2. Capacitatea de a conduce
   Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate creează o viziune realistă pe care o transpune în practică și o susține; administrează activitatea echipei, capacitatea de a adapta stilul de conducere la situații diferite, precum și de a acționa pentru gestionarea și rezolvarea conflictelor.
3. Capacitatea de coordonare
   Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate armonizează deciziile și acțiunile personalului, precum și activitățile din cadrul compartimentelor din subordine, în vederea realizării obiectivelor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind gestionarea sistemului de asigurări sociale de sănătate.
4. Capacitatea de control
   Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate are capacitatea de supraveghere a modului de transformare a deciziilor in soluții realiste, depistarea deficiențelor și luarea măsurilor necesare pentru corectarea la timp a acestora.
5. Capacitatea de a obține cele mai bune rezultate
   Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate are capacitatea de a motiva și de a încuraja dezvoltarea performanțelor personalului; aptitudinea de a asculta și de a lua în considerare diferite opinii, precum și de a oferi sprijin pentru obținerea unor rezultate pozitive pentru colectiv; recunoașterea meritelor și cultivarea performanțelor.
6. Abilități în gestionarea resurselor financiare, umane, informaționale, de timp
   Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate are capacitatea de a planifica și de a administra eficient activitatea și de a utiliza resursele, asigurând sprijinul și motivarea corespunzătoare a personalului din subordine.

[7]NOTA se acordă calificative de la 1 la 5 de către direcțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pe baza raportului de activitate semestrial/anual al Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

14. Standard de performanță - CAPACITATE DECIZIONALĂ

14.1 Activități specifice corespunzătoare standardului de performanță:

a) realizarea analizei fundamentate de diagnostic și prognostic la nivelul structurilor subordonate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru luarea celor mai bune, rapide și responsabile decizii operative;
b) stabilirea surselor de risc pentru diminuarea producerii acestora sau a impactului acestora asupra activității Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;
c) organizarea unui sistem decizional eficient în cadrul procesului de management al riscurilor, riguros implementat;

d) asigurarea implementării şi actualizării standardelor de control intern managerial la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

14.2. Cerinţe generale

a) Directorul General al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate îşi defineşte propriul proces decizional şi de management al riscurilor adaptat dimensiunii, complexităţii şi mediului specific, în vederea identificării tuturor surselor posibile de risc şi pentru diminuarea sau eliminarea probabilităţii şi impactului riscurilor;

b) Directorul General al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate stabileşte vulnerabilităţile şi ameninţările aferente obiectivelor şi activităţilor, care pot influenta realizarea acestora;

c) Directorul General al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate are obligaţia organizării şi implementării unui proces eficient de management decizional;

d) Toate activităţile şi acţiunile iniţiate şi puse în aplicare în cadrul procesului de management al riscurilor sunt riguros documentate, iar sinteza datelor, informaţiilor şi deciziilor luate în acest proces este cuprinsă în Registrul de riscuri, document care atestă că există un proces de management al riscurilor şi că acesta funcţionează; Registrul de riscuri include numai riscurile semnificative;

e) Riscurile sunt actualizate la nivelul compartimentelor ori de câte ori se impune acest lucru, dar obligatoriu anual, prin completarea modificărilor survenite în Registrul de riscuri;

f) Măsurile de control stabilite de compartimente se centralizează şi sunt aprobate de Directorul General al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate. Măsurile de control sunt obligatorii pentru gestionarea riscurilor semnificative de la nivelul compartimentelor şi se actualizează ori de câte ori este nevoie;

g) Pe baza raportărilor anuale primite de la compartimente se elaborează o informare privind desfăşurarea procesului de gestionare a riscurilor; informarea este analizată şi aprobată în Comisia de monitorizare, ulterior aceasta fiind prezentată Directorul General şi se raportează Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate împreună cu chestionarul privind stadiul de implementare a standardelor de control managerial intern.

14.3. Indicatori de referinţă

1. Planul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial este elaborat şi actualizat:
- da – 5 puncte
- nu – 0 puncte
2. Registrul riscurilor a fost elaborat în conformitate cu ANEXA 1 la OSGG 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităţilor publice, cu modificările şi completările ulterioare:
   - 100% grad de completare a secţiunilor Registrului riscurilor - 5 puncte;
   - 70-99% grad de completare a secţiunilor Registrului riscurilor - 3 puncte;
   - 50%-69% grad de completare a secţiunilor Registrului riscurilor - 1 punct;
   - 0-49% grad de completare a secţiunilor Registrului riscurilor - 0 puncte;
3. Nivelul de implementare a standardelor de control intern/managerial la nivelul Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate:
   - 100% - 5 puncte;
   - între 80 - 99% - 3 puncte;
   - sub 80% - 0 puncte.
4. Competenţa decizională:

Directorul General are capacitatea de a lua hotărâri rapid, cu simţ de răspundere şi conform

competenței legale cu respectarea actelor normative si a ordinelor președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu privire la desfășurarea activității Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

5. Capacitatea de a delega

Capacitatea de a delega atribuții personalului din subordine care corespunde din punct de vedere legal și al competențelor proprii, în scopul realizării la timp și în mod corespunzător a obiectivelor structurii conduse în conformitate cu Codul administrativ.

NOTĂ: Se acordă calificative de la 1 la 5 de către direcțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pe baza raportului de activitate semestrial/anual al Directorul General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și al evaluărilor managementului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

)NOTA: aplicabilitatea tuturor datelor referitoare la SARS CoV2 este valabilă exclusiv pe perioada menținerii actelor normative care reglementează pandemia cu CoVid 19.

Anexa nr.5
la metodologie

Standardele de performanță definite pentru Directorul General al CAS (corespunzător funcțiilor managementului la nivel local)

A. Funcția managementului- PREVIZIUNE

1. Standard de performanță – ANALIZĂ şi PLANIFICARE

1.1.Activități specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local corespunzătoare standardului de performanța:

a. analiza nevoilor de servicii medicale, medicamente, inclusiv cele utilizate în programele naționale de sănătate curative, dispozitive medicale si tehnologii asistive la nivel local, precum şi analiza nevoilor de asigurare a resurselor proprii de administrare şi funcționare ale Casei de Asigurări de Sănătate;
b. planificarea şi ierarhizarea alocării resurselor financiare prin bugetul Casei de Asigurări de Sănătate în funcție de nevoile de sănătate de la nivel local ținând cont de indicatorii de morbiditate şi mortalitate de la nivel local;
c. asigurarea resurselor proprii de administrare şi funcționare ale Casei de Asigurări de Sănătate, pentru realizarea obiectivelor sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local;
d. repartizarea resurselor financiare în bugetul Casei de Asigurări de Sănătate pe domenii de asistență medicală ținând cont de nevoia de servicii pentru populația din raza administrativ teritorială a Casei de Asigurări de Sănătate precum şi a populației care se adresează furnizorilor aflați în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate;
e. repartizarea resurselor financiare în bugetul Casei de Asigurări de Sănătate pe cheltuieli de administrare şi funcționare pentru desfăşurarea în condiții de eficiență şi eficacitate a activității Casei de asigurări de sănătate;
f. evaluarea realizării obiectivelor Casei de Asigurări de Sănătate privind planificarea, ierarhizarea, asigurarea şi repartizarea resurselor Casei de Asigurări de Sănătate;

1.2. Cerințe generale

a) Repartizarea resurselor Casei de Asigurări de Sănătate necesită decizii şi analize fundamentate cu privire la cel mai bun mod de alocare, cu încadrarea in bugetele aprobate;
b) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate asigură coordonarea acțiunilor compartimentelor pentru realizarea funcției de analiza si planificare;
c) Structura organizatorică este stabilită în concordanță cu misiunea şi cu scopul Casei de Asigurări de Sănătate, astfel încât să asigure procesul decizional printr-o delegare adecvată a responsabilităților şi pentru realizarea în condiții de eficiență, eficacitate şi economicitate a obiectivelor stabilite;
d) Competența, responsabilitatea, sarcina şi obligația de a realiza activitățile stabilite, sunt atribute asociate posturilor din structura organizatorica a Casei de Asigurări de Sănătate; acestea trebuie să fie bine definite, clare, coerente şi să reflecte elementele avute în vedere pentru realizarea obiectivelor Casei de Asigurări de Sănătate cu respectarea termenelor şi formatelor de raportare;
e) În cadrul Casei de Asigurări de Sănătate sunt definite reguli clare şi sunt stabilite proceduri cu privire la înregistrarea, expedierea, redactarea, clasificarea, îndosarierea, protejarea şi păstrarea documentelor.

f) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate stabileşte modalităţile de primire, înregistrare şi expediere a documentelor, iar la nivelul fiecărui compartiment se ţine, în mod obligatoriu, o evidenţă a documentelor primite şi expediate. Sunt implementate măsuri de securitate pentru protejarea documentelor, inclusiv a celor în format electronic, împotriva distrugerii, furtului, pierderii, incendiului etc., precum şi măsuri de respectare a reglementărilor privind protecţia si prelucrarea datelor cu caracter personal.

g) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate asigură condiţiile necesare cunoaşterii şi respectării de către salariaţi a reglementărilor legale privind accesul la documentele clasificate şi modul de gestionare a acestora.

h) Este creat un sistem de păstrare/arhivare a documentelor, potrivit unei proceduri, în vederea asigurării conservării lor în bune condiţii şi pentru a fi accesibile personalului/autorităţilor competente în a le utiliza.

1.3. Indicatori de referinţă

1. Structura organizatorică a Casei de Asigurări de Sănătate este stabilită conform organigramei cadru şi în concordanţă cu misiunea şi scopul Casei de Asigurări de Sănătate:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte
2. Elaborarea proiectului de buget anual pe baza indicatorilor macroeconomici în scopul finanţării unor acţiuni cărora le sunt asociate obiective şi indicatori de rezultat şi de eficienţă, precizând domeniile de activitate, obiectivele urmărite, acţiunile şi rezultatele aşteptate, inclusiv cu evidenţierea diferenţelor faţă de bugetul anului anterior, justificat prin definirea, cuantificarea şi includerea unor noi activităţi
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte
3. Estimarea cheltuielilor prevăzute în propunerile de trimestrializare şi transmise la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate sunt justificate în raport cu necesarul activităţilor finanţate din bugetul Fondului Naţional Unic de Asigurări Sociale de Sănătate:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte
4. Respectarea cerinţelor formulate în machetele de raportare solicitate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate prin direcţiile de specialitate referitoare la:
   a) corectitudinea conţinutului (respectarea formatului, formulelor de calcul, cerinţelor formulate prin note/precizări):
      - respectarea cerinţelor - 5 puncte;
      - nerespectare cerinţelor - 0 puncte;
   b) respectarea termenelor de raportare:
      - respectarea termenelor - 5 puncte;
      - nerespectarea termenelor - 0 puncte;
5. Concordanţa indicatorilor specifici raportaţi în machetele de raportare fără regim special a indicatorilor specifici aferenţi programelor/subprogramelor naţionale de sănătate curative şi datele existente în SIUI:
   - concordanţă pentru toate programele/subprogramele naţionale de sănătate curative - 5 puncte;
   - neconcordanţă - 0 puncte.
6. Identificarea activităţilor care implică protecţia şi prelucrarea datelor cu caracter personal la nivelul fiecărui departament:
   - da - 5 puncte;
   - nu - 0 puncte.
7. Înregistrarea de incidente referitoare la încălcarea prevederilor Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European şi al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în

ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE si a Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a acestuia:

- nu - 5 puncte;
- da - 0 puncte.

8. Elaborare si implementare procedură documentată referitoare la prelucrarea datelor cu caracter personal:
   - da - 5 puncte;
   - nu - 0 puncte.
9. Realizarea acțiunilor de control în concordanță cu planurile de activități actualizate
   Diferența între acțiunile de control realizate față de cele planificate:
   - sub 25%- 5 puncte
   - între 35%-25%-4 puncte
   - între 45%-35%-3puncte
   - între 55%-45%-2 puncte
   - peste 55%-1punct

2.Standard de performanță – OBIECTIVE MANAGERIALE

2.1Activități specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local corespunzătoare standardului de performanța:

g) asigurarea, supravegherea și controlul funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local;
h) asigurarea respectării drepturilor asiguraților și a accesului la servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, programe naționale de sănătate curative în condițiile utilizării eficiente a bugetului aprobat;
i) monitorizarea execuției contractelor de furnizare de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, programe naționale de sănătate curative;
j) asigurarea echilibrului bugetar și întărirea disciplinei financiare și contractuale la nivel local;
k) asigurarea resurselor financiare prin bugetul Casei de Asigurări de Sănătate în funcție de nevoile de sănătate de la nivel local ținând cont de indicatorii de morbiditate și mortalitate de la nivel local;
l) creșterea gradului de informare cu privire la drepturile și obligațiile asiguraților în sistemul de asigurări sociale de sănătate și creșterea gradului de satisfacție a asiguraților privind calitatea serviciilor medicale;
m) asigurarea resurselor umane, materiale, informaționale, etc., necesare funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local în condiții de eficienta si eficacitate;
n) respectarea termenelor stabilite pentru realizarea atribuțiilor Casei de Asigurări de Sănătate;

2.2. Cerințe generale

f) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate elaborează un plan de management, raportat la obiectivele instituționale și activitățile ce trebuie îndeplinite pe termen scurt, mediu și lung, resursele necesare, influențele mediului economic, social, etc.
g) Schimbarea elementelor procesului de fundamentare impune actualizarea planului de management.

h) Obiectivele Casei de Asigurări de Sănătate sunt corelate cu misiunea, viziunea, valorile, scopurile instituționale şi cu respectarea principiilor de economicitate, eficiență şi eficacitate.
i) Transpune obiectivele generale în obiective specifice şi în rezultate aşteptate pentru fiecare activitate şi le comunică salariaților.
j) Stabilirea obiectivelor este în competența Directorului General şi conducerii Casei de Asigurări de Sănătate, iar responsabilitatea realizării acestora este atât a Directorului General al Casei de Asigurări de Sănătate, conducerii, cât şi a salariaților.
k) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate prin structurile subordonate actualizează/reevaluează obiectivele ori de câte ori constată modificarea ipotezelor/premiselor care au stat la baza fixării acestora sau pentru a ține cont de schimbările semnificative în legislație,în activitate, bugetul alocat şi priorități.

2.3. Indicatori de referință

1. Gradul de realizare a obiectivelor generale instituționale, corelate cu misiunea, scopul, viziunea, valorile, principiile de eficiență şi eficacitate în activitate stabilite prin planul de management conform raportului de activitate transmis semestrial.
   - 100% - 5 puncte
   - 51%-99% - 2 puncte
   - sub 50% - 0 puncte
2. Planul de management şi Planul de activitate sunt transmise la Casa Națională de Asigurări de Sănătate anual/semestrial actualizate/reevaluate în funcție de legislația/bugetul/prioritățile de etapă:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte
3. Realizarea analizei de sistem de tip PEST privind influența factorilor de mediu (social, economic, politic, tehnic, etc.) asupra Casei de Asigurări de Sănătate:
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte

NOTĂ: Va fi anexă în Raportul anual de activitate, se evaluează anual.

B.Funcția managementului - ORGANIZARE

3.Standard de performanță –ATRIBUȚII, FUNCȚII

3.1.Activități specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local corespunzătoare standardului de performanța:

e) organizarea activității de control a sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local;
f) organizarea monitorizării execuției contractelor de furnizare de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, programe naționale de sănătate curative;
g) organizarea activității compartimentelor astfel încât sa fie atinse obiectivele instituționale în condiții de eficiență şi eficacitate cu respectarea termenelor de raportare către Casa Națională de Asigurări de Sănătate şi cerințelor specifice;
h) organizarea activității salariaților Casei de Asigurări de Sănătate pe compartimentele funcționale ale acestora în funcție de volumul, complexitatea şi atribuțiile stabilite prin Regulamentul de organizare şi funcționare;
i) organizarea activității privind utilizarea şi exploatare a PIAS-ului.

3.2. Cerințe generale

g) Regulamentul de organizare şi funcţionare cuprinde într-o manieră integrală, reglementări generale, rolul şi funcţiile Casei de Asigurări de Sănătate, atribuţiile principale, structura organizatorică, relaţiile funcţionale, competenţe şi atribuţii ale compartimentelor; regulamentul se publică pe pagina de internet a Casei de Asigurări de Sănătate.

h) Fiecare salariat trebuie să cunoască misiunea şi viziunea Casei de Asigurări de Sănătate, obiectivele generale şi specifice ale Casei de Asigurări de Sănătate şi ale compartimentului din care face parte, rolul său în cadrul compartimentului, stabilit prin fişa postului, precum şi atribuţiile postului pe care îl ocupă.

i) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate, prin conducătorii compartimentelor subordonate, identifica sarcinile noi şi/sau cu un grad de complexitate ridicat ce revin salariaţilor şi acorda suportul pentru realizarea acestora, inclusiv prin redimensionarea compartimentelor, oferindu-le o viziune concretă de lucru.

j) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate participă activ la dezvoltarea capacităţii instituţionale şi la implementarea de noi metode de lucru

k) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate are capacitatea de a lucra independent

l) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate are capacitatea de a lucra in echipă

3.3.Indicatori de referinţă

1. Monitorizarea concordanţei datelor referitoare la patrimoniul aferent imobilelor (construcţii/terenuri) aflate în administrarea/proprietatea Casei de Asigurări de Sănătate, date ce vizează inventarul centralizat al bunurilor din domeniul public/privat al statului în extrasele de carte funciară, precum şi valoarea de inventar a acestora:
   - concordanţa datelor - 5 puncte;
   - neconcordanţa datelor - 0 puncte.
2. Monitorizarea procesului de reevaluare a activelor fixe corporale în conformitate cu prevederile Ordonanţei Guvernului nr. 81/2003 privind reevaluarea şi amortizarea activelor fixe aflate în patrimoniul instituţiilor publice, aprobată prin Legea nr. 493/2003, cu modificările şi completările ulterioare, şi ale Normelor metodologice privind reevaluarea şi amortizarea activelor fixe corporale aflate în patrimoniul instituţiilor publice, aprobate prin Ordinul ministrului economiei şi finanţelor nr. 3.471/2008, cu completările ulterioare:
   - reevaluarea activelor fixe corporale - 5 puncte;
   - nereevaluarea activelor fixe corporale - 0 puncte.
3. Monitorizarea demersurilor legale privind actualizarea inventarului centralizat al bunurilor din domeniul public/privat al statului şi/sau actualizarea documentaţiei cadastrale şi a extraselor de carte funciară aferente, după caz, demersuri ce urmează să se întreprindă în termen de 5 zile de la data producerii oricăror modificări cantitative/valorice asupra patrimoniului aferent imobilelor aflate în administrarea/proprietatea Casei de Asigurări de Sănătate:
   - actualizarea inventarului centralizat - 5 puncte;
   - neactualizarea inventarului centralizat - 0 puncte.
4. Respectarea termenelor de transmitere către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, a propunerilor motivate în vederea elaborării proiectelor de acte normative:
   - propuneri transmise în termen şi motivate - 5 puncte;
   - propuneri transmise în termen, fără a fi motivate – 1 punct;
   - propuneri transmise fără respectarea termenelor - 0 puncte.
5. Transmiterea de către Casa de Asigurări de Sănătate, în dosarele în care Casa Naţională de Asigurări de Sănătate este parte, de date neconcordante*) către: Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, instanţele judecătoreşti, experţi judiciari, părţile adverse Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, etc.

*) Indicativul se raportează

- transmitere în integralitate de date concordante - 5 puncte;
- transmitere de date neconcordante - 0 puncte.

) Indicatorul se raportează la perioada mandatului de director general.

6. Respectarea termenelor în care sunt întocmite şi transmise către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate formularele europene E125 RO, precum şi alte situaţii solicitate în domeniul relaţiilor internaţionale:

a) pentru formularele europene E125 RO:

- în termen - 5 puncte;
- nerespectarea termenelor - 0 puncte.

b) alte situaţii solicitate în domeniul relaţiilor internaţionale:

- respectarea termenului de raportare - 5 puncte;
- întârzierea raportărilor pe suport hârtie - peste 1 - 10 zile - 2 puncte;
- întârzierea raportărilor pe suport hârtie - peste 11 - 15 zile - 1 punct;
- întârzierea raportărilor pe suport hârtie - peste 16 zile - 0 puncte.

NOTĂ: Acest indicator se va evalua semestrial.

7. Ponderea formularelor europene E125 RO, solicitărilor pentru acordarea de prevedere bugetară, cererilor pentru efectuarea plăţilor externe returnate de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate din totalul celor transmise, ca urmare a completării defectuoase a acestora, datorită nerespectării dispoziţiilor legale în vigoare:

- sub 5% - 5 puncte;
- între 6 - 10% returnate - 4 puncte;
- între 11% - 15% returnate - 3 puncte;
- între 16% - 20% returnate - 2 puncte;
- peste 21% returnate - 0 puncte.

NOTĂ: Acest indicator se va evalua semestrial.

8. Ponderea formularelor E125, sau similare, emise de instituţiile competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spaţiului Economic European/Elveţia, prelucrate la nivelul casei de asigurări de sănătate (având ca rezultat întocmirea de solicitări pentru acordare de prevedere bugetară sau contestarea acestora, precum şi transmiterea acestora la Casa Naţională de Asigurări de Sănătate), din totalul formularelor transmise de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate pe parcursul unui an calendaristic:

- 71% - 100% - 5 puncte;
- 61% - 70% - 2 puncte;
- 51% - 60% - 1 punct;
- sub 50% - 0 puncte.

NOTĂ: Acest indicator se va evalua anual.

9. Respectarea formatului standardizat (atât a celui pe hârtie, cât şi a celui electronic) stabilit prin Ordinul preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea şi recuperarea cheltuielilor reprezentând asistenţa medicală acordată în baza documentelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii la care România este parte, cu modificările şi completările ulterioare, şi prin circularele transmise de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate pentru toate documentele întocmite şi transmise de Casa de Asigurări de Sănătate în vederea rambursării şi recuperării cheltuielilor reprezentând asistenţa medicală acordată în baza documentelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii:

- respectarea formatului standardizat - 5 puncte;
- nerespectarea formatului standardizat - 0 puncte.

NOTĂ: Acest indicator se va evalua semestrial/anual.

10. Asigurarea respectării termenelor lunare de raportare electronica şi pe format hârtie a consumului de medicamente către Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, în vederea stabilirii contribuţiei trimestriale datorate de deţinătorii de autorizaţie de punere pe piaţă, CV/CVR:
    - respectarea termenului – 5 puncte
    - nerespectarea termenului – 0 puncte;
11. Monitorizarea numărului de unităţi sanitare cu paturi şi centre de dializă aflate în relaţie contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate privind raportarea electronică în PIAS a consumului de medicamente prin farmaciile cu circuit închis:
    - între 99% şi 100% - 5 puncte;
    - sub 98% - 0 puncte.
12. Respectarea termenelor de raportare a situaţiilor statistice trimestriale privind activitatea desfăşurată de furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, pe baza contractelor încheiate de Casa de Asigurări de Sănătate cu aceştia:
    - respectarea termenului de raportare - 5 puncte;
    - nerespectarea termenului de raportare - 0 puncte;
13. Fişa postului /atribuţiile delegate sunt asumate prin semnătură de către salariaţi:
    - în proporţie de 100% - 5 puncte
    - între 51%-99% - 3 puncte
    - sub 50% - 0 puncte
14. Sunt organizate grupuri de lucru/sesiuni informative/şedinţe de lucru cu privire la legislaţia incidentă şi pentru consultarea, după caz, în luarea deciziilor a personalului din subordine[2]
    - da - 5 puncte
    - nu - 0 puncte

[1si 2]Notă: numărul, tematica şi frecvenţa vor fi detaliate în raportul de activitate

[3]Notă:indicator cu raportare anuală

C.Funcţia managementului - COORDONARE

4.Standard de performanţă – CONTINUITATEA ACTIVITĂŢII, PENTRU ASIGURAREA CALITĂŢII SERVICIULUI PUBLIC FURNIZAT ASIGURAŢILOR

4.1. Activităţi specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local corespunzătoare standardului de performanţă:

a) asigurarea informării asiguraţilor cu privire la drepturile şi obligaţiile acestora;
b) asigurarea în mod continuu a accesului asiguraţilor la servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale şi programe de sănătate curative potrivit principiilor de funcţionare a sistemului de asigurări sociale de sănătate în condiţii de eficienţă şi eficacitate;
c) asigurarea calităţii serviciului public oferit asiguraţilor în limita bugetului aprobat urmărind creşterea gradului de satisfacţie al asiguraţilor privind calitatea serviciilor medicale;
d) asigurarea planului de continuitate a activităţilor Casei de Asigurări de Sănătate pe toate domeniile de activitate;

4.2. Cerinţe generale

4. Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate asigură în mod continuu accesul asiguraţilor la pachetul de servicii medicale de bază/programe de sănătate naţionale curative potrivit principiilor de funcţionare a sistemului de asigurări sociale de sănătate, asigurând calitatea serviciului public oferită asiguraţilor în limita fondurilor disponibile.

5. Directorul General prin structurile de specialitate asigură informarea asiguraților cu privire la drepturile și obligațiile acestora urmărind creșterea gradului de satisfacție al asiguraților privind calitatea serviciilor medicale.
6. Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate prin conducătorii structurilor din Casa de Asigurări de Sănătate inventariază situațiile generatoare care pot conduce la discontinuități în activitate și întocmesc un plan de continuitate a activităților, care are la bază identificarea și evaluarea cauzelor care pot afecta continuitatea operațională. Situații curente generatoare de discontinuități: fluctuația personalului; lipsa de coordonare; management defectuos; fraude; distrugerea sau pierderea documentelor; dificultăți și/sau disfuncționalități în funcționarea echipamentelor din dotare; disfuncționalități produse de unii prestatori de servicii; schimbări de proceduri, instabilitate politică și/sau legislativă etc.

4.3. Indicatori de referință

1. Respectarea obligației Casei de Asigurări de Sănătate de a asigura informarea asiguraților conform prevederilor legale:
   - da - 5 puncte;
   - nu - 0 puncte.
2. Gradul de satisfacție al asiguraților pe baza chestionarului de evaluare, aprobat prin ordinul președintelui CNAS - un chestionar pe semestru*):
   - 50 - 100% - 5 puncte;
   - 20 - 49% - 3 puncte;
   - sub 19% - 1 punct.

   *) Indicatorul se va lua în calcul la evaluare o singură dată pe semestru pe un eșantion de 400 de asigurați.

   Numărul optim de asigurați intervievați care vor constitui eșantionul de lucru este de 400 de asigurați. În rapoartele de evaluare se va preciza numărul asiguraților (valoarea absolută și procentuală din totalul persoanelor intervievate care au răspuns la chestionar) aferent fiecărei variante posibile de răspuns în parte, pentru fiecare întrebare a chestionarului de evaluare.
3. Monitorizarea activității de suport de specialitate referitor la Platforma informatică din asigurările de sănătate (PIAS), atât la nivelul Caselor de Asigurări de Sănătate, cât și pentru furnizorii de servicii medicale, farmaceutice, dispozitive medicale, angajatori și asigurați, în raport cu incidentele constatate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate *)
   - între 96% și 100% - 5 puncte;
   - între 70% și 95% - 3 puncte;
   - sub 69% - 0 puncte.

   *) Monitorizarea incidentelor de competența Casei de Asigurări de Sănătate raportate la Casa Națională de Asigurări de Sănătate.
4. Monitorizarea activităților de gestiune, distribuție a cardului național de asigurări sociale de sănătate și suport privind utilizarea acestuia, care revin Casei de Asigurări de Sănătate conform reglementărilor legale în vigoare:
   - 100% - 5 puncte;
   - sub 99% - 0 puncte.
5. Monitorizarea activităților legate de introducerea datelor în sistemul informatic, distribuția cardului european, conform legislației în vigoare:
   - peste 90% - 5 puncte;
   - sub 89% - 0 puncte.
6. Monitorizarea actualizării datelor și informațiilor publicate pe site-urile Casei de Asigurări de Sănătate pentru toate domeniile de activitate și a raportărilor on-line pentru furnizorii prevăzuți de actele normative:

- 100% - 5 puncte;
- între 90% şi 99% - 3 puncte;
- sub 89% - 0 puncte.

7. Monitorizarea activităţilor legate de transmiterea în sistemul dosarului electronic de sănătate al pacientului (DES) de către furnizorii de servicii medicale a informaţiilor şi datelor medicale stabilite prin actele normative în vigoare:
   - peste 75% din numărul asiguraţilor care au primit servicii medicale - 5 puncte;
   - sub 74% din numărul asiguraţilor care au primit servicii medicale - 0 puncte.
8. Utilizarea eficientă a patrimoniului cu privire la echipamente şi licenţe IT*):
   - da - 5 puncte;
   - nu - 0 puncte.
9. Respectarea obligaţiilor legale cu privire la politicile de securitate şi confidenţialitate a datelor, prevăzute de Regulamentul (UE) 2016/679, privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date:
   - da - 5 puncte;
   - nu - 0 puncte.
10. Respectarea termenelor de raportare a situaţiilor statistice trimestriale privind activitatea desfăşurată de furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, pe baza contractelor încheiate de Casa de Asigurări de Sănătate cu aceştia:
    - respectarea termenului de raportare - 5 puncte;
    - întârzierea raportărilor CAS pe suport hârtie - peste 1 - 11 zile - 2 puncte;
    - întârzierea raportărilor CAS pe suport hârtie - peste 12 - 15 zile - 1 punct;
    - întârzierea raportărilor CAS pe suport hârtie - peste 16 zile - 0 puncte.
11. Număr de litigii*) pierdute prin Comisia de arbitraj:
    - 0 - 5 puncte;
    - 1 sau peste 1 - 0 puncte.

*) Indicatorul se raportează la perioada mandatului de director general.

5. Standard de performanţă – INFORMARE, COMUNICARE

5.1. Activităţi specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local corespunzătoare standardului de performanţa:

a) Identificarea populaţiei ţintă;
b) Stabilirea canalului de comunicare;
c) Stabilirea informaţiilor ce trebuiesc transmise
d) Organizarea circuitului informaţional intern şi extern pentru categoriile de informaţii şi populaţie identificate ;
e) Analiza feed back-ului privind informaţiile furnizate;

5.2. Cerinţe generale

h) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate asigură comunicarea eficienta internă şi externă astfel încât salariaţii Casei de Asigurări de Sănătate să-şi îndeplinească eficient sarcinile şi responsabilităţile pentru realizarea obiectivelor Casei de Asigurări de Sănătate;
i) Informaţia tehnica si manageriala la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate trebuie să fie corectă, credibilă, clară, completă, oportună, utilă, uşor de înţeles şi receptat, atât la nivel intern cât şi extern
j) Informaţia trebuie să aibă un circuit intern/extern rapid, în condiţii de economicitate, prin evitarea paralelismelor, adică a circulaţiei simultane a aceloraşi informaţii pe canale diferite sau de mai multe ori pe acelaşi canal.

k) Directorul General stabileşte fluxuri şi canale de comunicare care să asigure transmiterea eficace a datelor, informaţiilor şi deciziilor necesare desfăşurării activităţilor CAS.

l) Comunicarea externa trebuie să se realizeze prin canale de comunicare stabilite şi aprobate conform legii, cu respectarea limitelor de responsabilitate şi a delegărilor de atribuţii

m) Sistemele IT asigura managementul eficient al datelor şi informaţiilor, inclusiv administrarea bazelor de date şi asigurarea calităţii datelor. Sistemele de management al datelor şi procedurile de operare sunt în conformitate cu politica IT a Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate / Casei de Asigurări de Sănătate, măsurile obligatorii de securitate şi regulile privind protecţia datelor personale.

n) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate comunică în mod proactiv cu partenerii sistemului de asigurări de sănătate la nivel local pentru a asigura buna colaborare a acestora în elaborarea şi implementarea deciziilor în materie de politici publice, în concordanţă cu strategia si dispoziţiile Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate.

5.3.Indicatori de referinţă

1. Există o strategie a comunicării (internă şi externă):
   - da – 5 puncte
   - nu – 0 puncte;
2. Număr de apariţii în mass-media în scopul promovării imaginii sistemului de asigurări de sănătate şi informarea asiguraţilor:
   - peste 12 articole – 5 puncte
   - între 10-11 articole – 4 puncte
   - între 8-9 articole – 3 puncte
   - între 6-7 articole – 2 puncte
   - între 4-5 articole – 1 punct
   - între 0-3 articole –0 puncte
3. Ponderea articolelor în totalul aparițiilor în media în scopul promovării imaginii sistemului de asigurări de sănătate şi informării asiguraţilor:
   - articole pozitiv-informative - peste 60% - 5 puncte;
   - articole pozitiv-informative - între 40 şi 60% - 4 puncte;
   - articole pozitiv-informative – peste 30% - 2 puncte;
   - articole negative[1] în proporţie de peste 70% – 0 puncte

Nota[1] cu justificare în raportul de activitate

4. Situaţia lunară privind petiţiile, audienţele şi apelurile TelVerde înregistrate şi la care s-a transmis răspunsul la Casa de Asigurări de Sănătate:
   - transmis în termen - 5 puncte;
   - netransmis - 0 puncte.
5. Cuantificarea trimestrială a evenimentelor media (conferinţe de presă, apariţii în direct la TV şi radio local):
   - sub 3 evenimente - 0 puncte;
   - 3 evenimente - 3 puncte;
   - 4 - 6 evenimente - 5 puncte.
6. Respectarea obligaţiilor de afişare publică şi actualizare pe site-ul Casei de Asigurări de Sănătate a tuturor informaţiilor conform prevederilor contractului-cadru, Legii 544/2001 şi OG 27/2002, cu modificările şi completările ulterioare, precum şi conform normelor de aplicare a actelor normative menţionate
   - da - 5 puncte;

- nu - 0 puncte.

7. Organizarea lunară a şedinţelor de consiliu de administraţie:
   - cel puţin o şedinţă pe lună - 5 puncte;
   - nici o şedinţă pe lună - 0 puncte.
8. Întâlniri lunare cu partenerii sistemului:
   - cel puţin 1 întâlnire/lună – 5 puncte;
   - nici o întâlnire /lună – 0 puncte.
9. Organizarea de întâlniri de lucru, seminare, pentru informarea profesională a salariaţilor (1 seminar/semestru):
   - da – 5 puncte
   - nu – 0 puncte;

6. Standard de performanţă – MANAGEMENT FINANCIAR

6.1. Activităţi specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local corespunzătoare standardului de performanţa:

a) utilizarea resurselor financiare pe domenii de asistenta medicală pentru asigurarea nevoii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, inclusiv programe naţionale de sănătate curative, la nivel local;
b) verificarea legalităţii plăţilor în limita creditelor de angajament către furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, inclusiv programe naţionale de sănătate curative;
c) verificarea, procesarea şi validarea cererilor de restituire a sumelor reprezentând indemnizaţii de asigurări sociale de sănătate pentru concedii medicale acordate asiguraţilor.
d) asigurarea plăţilor raportată la creditele bugetare deschise pentru formularele europene, precum şi alte situaţii solicitate în domeniul relaţiilor internaţionale.

6.2. Cerinţe generale

e) Directorul General asigură măsurile necesare pentru echilibrul bugetar şi întărirea disciplinei financiare la nivelul Casa de Asigurări de Sănătate.
f) Directorul General asigură angajarea şi utilizarea fondurilor în limita creditelor bugetare şi de angajament aprobate pe baza bunei gestiuni financiare.
g) Directorul General este responsabil de organizarea şi ţinerea la zi a contabilităţii şi de prezentarea la termen a situaţiilor financiare asupra situaţiei patrimoniului aflat în administrarea sa, precum şi a execuţiei bugetare, în vederea asigurării exactităţii tuturor informaţiilor contabile aflate sub controlul său.
h) Situaţiile financiare anuale sunt însoţite de rapoarte anuale de activitate în care se prezintă pentru fiecare program obiectivele, rezultatele preconizate şi cele obţinute, indicatorii şi costurile asociate.

6.3.Indicatori de referinţă

1. Plăţi restante peste 90 de zile de la termenul de scadenţă la sfârşitul perioadei de raportare, din care:
   - fără plăţi restante - 5 puncte;
   - existenţa plăţilor restante peste 90 de zile de la termenul de scadenţă - 0 puncte.
2. Disponibil în cont neutilizat la finele perioadei de raportare lunar/trimestrial/anual din deschiderile de credite efectuate*):
   - 99% - 100% faţă de deschiderea de credite - 5 puncte;
   - 98% - 99% faţă de deschiderea de credite - 3 puncte;
   - sub 98% faţă de deschiderea de credite - 0 puncte.

**) Disponibilul în cont neutilizat la finele perioadei de raportare lunar/trimestrial/anual reprezintă suma rămasă după efectuarea plăților din totalul deschiderilor de credite bugetare prezentată în procente, ca raport între plăti şi deschideri.*

3. Evaluarea corectă a deschiderilor de credite bugetare pe domenii de asistență medicală cu încadrarea în total credite bugetare aprobate:
   - evaluare corectă - 5 puncte;
   - solicitări de modificare a deschiderilor nejustificate - 0 puncte.
4. Respectarea cerințelor formulate şi corectitudinea conținutului în machetele de raportare periodică şi ocazională:
   - respectarea cerințelor - 5 puncte;
   - nerespectarea cerințelor - 0 puncte.
5. Respectarea termenelor de raportare privind situațiile solicitate periodic sau ocazional:
   - respectarea termenelor - 5 puncte;
   - nerespectarea termenelor - 0 puncte.
6. Plăți realizate trimestrial/anual raportate la creditele bugetare deschise trimestrial/anual, din care:
   6.1 Plăti realizate trimestrial/anual raportat la creditele bugetare deschise trimestrial/anual la **Titlul I CHELTUIELI DE PERSONAL**
   - între 99% şi 100% - 5 puncte;
   - între 98% şi 99% - 2 puncte;
   - sub 98% - 0 puncte.

   6.2 Plăți realizate trimestrial/anual raportat la creditele bugetare deschise trimestrial/anual la **Titlul II BUNURI SI SERVICII**, din care:

   6.2.1 Plăți realizate trimestrial/anual raportat la creditele bugetare deschise trimestrial/anual pentru „***programul național privind asigurarea serviciilor medicale, a medicamentelor si dispozitivelor medicale in cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate''.***
   - între 99% şi 100% - 5 puncte;
   - între 98% şi 99% - 2 puncte;
   - sub 98% - 0 puncte.

   6.2.2 Plăți realizate trimestrial/anual raportat la creditele bugetare deschise trimestrial/anual pentru „***programe naționale de sănătate curative''.***
   - între 99% şi 100% - 5 puncte;
   - între 98% şi 99% - 2 puncte;
   - sub 98% - 0 puncte.

   6.2.3 Plăți realizate trimestrial/anual raportat la creditele bugetare deschise trimestrial/anual pentru „***programul privind medicamentele care fac obiectul contractelor cost volum/cost volum rezultat''.***
   - între 99% şi 100% - 5 puncte;
   - între 98% şi 99% - 2 puncte;
   - sub 98% - 0 puncte.

   6.2.4 Plăți realizate trimestrial/anual raportat la creditele bugetare deschise trimestrial/anual pentru **Cheltuieli materiale**.
   - între 99% şi 100% - 5 puncte;
   - între 98% şi 99% - 2 puncte;
   - sub 98% - 0 puncte.

   6.3 Plăți realizate trimestrial/anual raportat la creditele bugetare deschise trimestrial/anual la **TITLUL VI TRANSFERURI INTRE UNITATI ALE ADMINISTRATIEI PUBLICE.**
   - între 99% şi 100% - 5 puncte;
   - între 98% şi 99% - 2 puncte;
   - sub 98% - 0 puncte.

6.4 Plăți realizate trimestrial/anual raportat la creditele bugetare deschise trimestrial/anual la **TITLUL IX ASISTENTA SOCIALA.**

- între 99% şi 100% - 5 puncte;
- între 98% şi 99% - 2 puncte;
- sub 98% - 0 puncte.

6.5 Plăți realizate trimestrial/anual raportat la creditele bugetare deschise trimestrial/anual la **TITLUL XII ACTIVE NEFINANCIARE.**

- între 99% şi 100% - 5 puncte;
- între 98% şi 99% - 2 puncte;
- sub 98% - 0 puncte.

7. Creditele de angajament realizate trimestrial/anual raportat la creditele de angajament aprobate trimestrial/anual, din care:

7.1 Creditele de angajament realizate trimestrial/anual raportat la creditele de angajament aprobate trimestrial/anual pentru „ ***programul național privind asigurarea serviciilor medicale, a medicamentelor si dispozitivelor medicale in cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate''.***

- între 99% şi 100% - 5 puncte;
- între 98% şi 99% - 2 puncte;
- sub 98% - 0 puncte.

7.2 Creditele de angajament realizate trimestrial/anual raportat la creditele de angajament aprobate trimestrial/anual pentru „***programe naționale de sănătate curative''.***

- între 99% şi 100% - 5 puncte;
- între 98% şi 99% - 2 puncte;
- sub 98% - 0 puncte.

7.3 Creditele de angajament realizate trimestrial/anual raportat la creditele de angajament aprobate trimestrial/anual pentru „***programul privind medicamentele care fac obiectul contractelor cost volum/cost volum rezultat''.***

- între 99% şi 100% - 5 puncte;
- între 98% şi 99% - 2 puncte;
- sub 98% - 0 puncte.

7.4 Creditele de angajament realizate trimestrial/anual raportat la creditele de angajament aprobate trimestrial/anual pentru **Cheltuieli de capital.**

- între 99% şi 100% - 5 puncte;
- între 98% şi 99% - 2 puncte;
- sub 98% - 0 puncte.

8. Credite de angajament contractate peste cele aprobate pe trimestre pe orice domeniu de asistență medicală*):

- depăşirea creditelor de angajament aprobate - 0 puncte;
- încadrare în creditele de angajament aprobate - 5 puncte.

9. Monitorizarea organizării activității de ținere la zi a contabilității

- monitorizarea – 5 puncte
- lipsa monitorizării – 0 puncte

10. Procesarea şi validarea lunară a cererilor de restituire sume reprezentând indemnizații, care se plătesc asiguraților şi care se recuperează din bugetul FNUASS, respectiv plata acestora:

Gradul de verificare a cererilor din totalul cererilor depuse:

- peste 75% - 5 puncte;
- între 50%-75% - 2 puncte;
- sub 50% - 0 puncte.

11. Procesarea, validarea lunara şi plată a cererilor de restituire pentru concedii medicale acordate persoanelor aflate în carantină cu suspiciune de infectare cu virusul SARS CoV2** şi a pacienţilor diagnosticaţi cu infecţia CoVid 19.
Gradul de verificare, validare şi plată a cererilor din total cereri depuse pentru carantina sau pacienţi diagnosticaţi cu infecţia CoVid19
- mai mare sau egal 95% - 5 puncte;
- sub 95% - 0 puncte.

7. Standard de performanţă – MANAGEMENTUL CONTRACTĂRII

7.1. Activităţi specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local corespunzătoare standardului de performanţa:

a) elaborarea strategiei de contractare a serviciilor medicale, medicamente, dispozitive medicale, programe naţionale de sănătate curative;
b) coordonarea/participarea activa la procesul de negociere cu furnizorii pe toate domeniile de asistenţă medicală;
c) semnarea contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale, programe naţionale de sănătate curative, urmare a procesului de negociere;
d) coordonarea activităţii de monitorizare a contractelor;
e) dispunerea de măsuri pentru remedierea, după caz sancţionarea, în condiţiile nerespectării obligaţiilor contractuale de către furnizori;

7.2. Cerinţe generale

a) stabilirea strategiei de contractare pentru serviciile medicale, medicamente, dispozitive medicale, programe naţionale de sănătate curative;
b) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate asigură respectarea reglementarilor legale, a normelor şi procedurilor specifice strategiei de contractare la nivel local.
c) Directorul General asigură încheierea şi monitorizarea derulării contractelor cu furnizorii de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale inclusiv programele naţionale curative, cu respectarea prevederilor legale în vigoare.
d) Directorul General asigură măsurile necesare pentru întărirea disciplinei contractuale la nivel local.

7.3. Indicatori de referinţă

1. Afişarea pe pagina web a Casei de Asigurări de Sănătate a condiţiilor de contractare a serviciilor medicale, medicamentelor şi dispozitivelor medicale, tehnologiilor şi dispozitivelor asistive, inclusiv programele naţionale curative:
   - da – 5 puncte:
   - nu – 0 puncte;
2. Afişarea pe pagina web a Casei de Asigurări de Sănătate a listei nominale a furnizorilor de servicii medicale, medicamente şi dispozitive medicale, tehnologii şi dispozitive asistive, inclusiv programele naţionale curative a datelor de contact (adresă, telefon, e-mail), a valorii de contract, după caz, a punctelor care au stat la baza stabilirii valorii de contract, după caz:
   - da – 5 puncte:
   - nu – 0 puncte;
3. Afişarea pe pagina web a Casei de Asigurări de Sănătate pentru asistenţa medicală primară a valorii definitive a punctului per capita şi pe serviciu rezultate în urma regularizării trimestriale şi valorile fondurilor aprobate în trimestrul respectiv pentru plata punctelor per capita şi per serviciu:

- da – 5 puncte:
- nu – 0 puncte;

4. Afişarea pe pagina web a Casei de Asigurări de Sănătate pentru asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice a valorii definitive a punctului pe serviciu, rezultat în urma regularizării trimestriale:
   - da – 5 puncte:
   - nu – 0 puncte;
5. Monitorizarea organizării întâlnirilor cu furnizorii de servicii medicale, de medicamente şi dispozitive medicale inclusiv programe de sănătate curative, privind derularea relațiilor contractuale şi respectarea actelor normative, precum şi utilizarea optimă a soluțiilor informatice:
   - cel puțin o întâlnire/trimestru/domeniu de asistență medicală - 5 puncte;
   - mai puțin de o întâlnire/trimestru/domeniu de asistență medicală - 0 puncte.
6. Monitorizarea derulării contractelor:
   - 100% servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale contractate, raportate, validate în SIUI şi decontate în ERP - 5 puncte;
   - sub 100% servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale contractate, raportate, validate în SIUI şi decontate în ERP - 0 puncte.

D. Funcția managementului - MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE

8.Standard de performanță ETICĂ, INTEGRITATE, RESPONSABILITATE

8.1. Activități specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local corespunzătoare standardului de performanța:

a) asigurarea unui nivel de cerințe şi instrumente care să stimuleze valorile etice ale personalului din subordine, evitarea conflictelor de interese, prevenirea şi raportarea fraudelor, actelor de corupție şi semnalarea neregulilor;

b) elaborarea codului de conduita, desemnarea consilierului de etică, şi a cadrului de desfăşurare a activității acestuia, raportarea cazurilor de încălcare a normelor de conduită în cadrul Casei de Asigurări de Sănătate, luarea măsurilor administrative în cazul încălcării normelor de conduită;

c) asigurarea la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate a tuturor măsurilor pentru prevenirea şi soluționarea situațiilor sesizate prin rapoartele de evaluare şi a altor sesizări întocmite de Agenția Națională de Integritate, pentru încălcarea regimului incompatibilităților şi conflictului de interese;

d) respectarea cerințelor formulate în machetele de raportare privind implementarea Strategiei naționale anticorupție la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate;

e) asigurarea cunoaşterii de către salariații Casei de Asigurări de Sănătate a normelor privind Codul etic, consilierul de etică, declararea averilor, incompatibilități şi conflict de interese;

f) asigurarea la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate a tuturor condițiilor legale pentru respectarea normelor de sănătate şi securitate în muncă şi a măsurilor suplimentare specifice, limitării răspândirii infectării cu virusul SARS CoV2**.

8.2.Cerințe generale

k) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate sprijină şi promovează, prin deciziile sale şi prin puterea exemplului personal, valorile etice, integritatea personală şi profesională a salariaților din subordine.

l) Adoptă un cod de conduită, dezvoltă şi implementează politici şi proceduri privind integritatea, valorile etice, evitarea conflictelor de interese, prevenirea şi raportarea fraudelor, actelor de corupţie şi semnalarea neregulilor.

m) Înlesneşte comunicarea deschisă de către salariaţi a preocupărilor acestora în materie de etică şi integritate, prin consilierul de etică care să monitorizeze respectarea normelor de conduită la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate.

n) Declararea averilor, intereselor şi bunurilor primite cu titlu gratuit se realizează de către toţi factorii vizaţi, în conformitate cu prevederile legale.

o) Acţionează respectând interesele angajaţilor conform politicilor si dispoziţiilor Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate şi priorităţilor stabilite prin programul de guvernare.

p) Promovează valorile etice ale serviciului public, acţionează pentru prevenirea oricărui risc sau oricărei suspiciuni de corupţie, asigură încrederea publică a asiguraţilor printr-o conduită onestă, imparţială şi transparentă.

q) Respectă legea si dispoziţiile Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate în gestionarea tuturor activităţilor şi în utilizarea tuturor resurselor Casei de Asigurări de Sănătate.

r) Îşi asumă şi demonstrează responsabilitatea personală pentru obţinerea de rezultate performante în activitatea sa, este un exemplu personal de conduită profesională şi etică.

s) Are capacitate de asumare a responsabilităţilor.

t) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate motivează personalul din subordinea sa şi contribuie la dezvoltarea profesională a acestuia, pentru a atinge cel mai bun nivel de performanţă şi rezultate

8.3.Indicatori de referinţă

1. Monitorizarea gestiunii curente a resurselor umane şi a funcţiilor publice:
   a) actualizarea şi corectitudinea datelor în portalul de management al funcţiilor publice şi funcţionarilor publici:
      - sub 98% - 0 puncte;
      - peste 99% - 5 puncte;
   b) neconcordanţe în portalul de management faţă de structura existentă:
      - neconcordanţe sub 5% - 5 puncte;
      - neconcordanţe peste 6% - 0 puncte.
2. Număr cazuri de încălcare a normelor de conduita in cadrul Casei de Asigurări de Sănătate
   a) număr cazuri soluţionate din total sesizări
      - 100% cazuri soluţionate - 5 puncte
      - sub 100% cazuri soluţionate - 0 puncte
   b) masuri administrative dispuse pentru înlăturarea cauzelor/circumstanţelor care au favorizat încălcarea normelor de conduita
      - măsuri adoptate/dispuse - 5 puncte
      - nu s-au dispus masuri - 0 puncte
3. a) Procent funcţionarii publici de conducere care au beneficiat de consiliere etică din cauza mediului intern de lucru din total funcţionari publici de conducere
      - peste 50% - 0 puncte
      - între 25%-50% - 3 puncte
      - sub 25% - 5 puncte
   b) Procent funcţionarii publici de execuţie/personal contractual care au beneficiat de consiliere etică din cauza mediului intern de lucru din total funcţionari publici de conducere
      - peste 50% - 0 puncte
      - între 25%-50% - 3 puncte
      - sub 25% - 5 puncte

4. Existenta la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate a rapoartelor de evaluare şi altor sesizări întocmite de Agenţia Naţională de Integritate pentru încălcarea regimului incompatibilităţilor/conflictului de interese pentru personalul Casei de Asigurări de Sănătate în sarcina Directorului General.
   - nici un/o raport/sesizare - 5 puncte
   - raport evaluare/sesizare rezolvat - 3 puncte
   - raport evaluare/sesizare nerezolvat - 0 puncte
5. Existenta măsurilor de prevenire a incidentelor de integritate adoptate/dispuse la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate:
   - măsuri adoptate/dispuse – 5 puncte;
   - nu s-au dispus măsuri – 0 puncte
6. Respectarea cerinţelor formulate în machetele de raportare periodică şi ocazională privind datele aferente implementării ***Strategiei naţionale anticorupţie (SNA)*** la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate:

   a) corectitudinea conţinutului (respectarea formatului, cerinţelor formulate prin note/precizări):
      - respectarea cerinţelor – 5 puncte;
      - nerespectarea cerinţelor – 0 puncte

   b) respectarea termenelor de raportare privind situaţiile solicitate periodic sau ocazional:
      - respectarea cerinţelor – 5 puncte;
      - nerespectarea cerinţelor – 0 puncte

NOTĂ: Indicator cu evaluare anuală

7. Utilizarea de chestionare de evaluare în vederea aprecierii gradului de cunoaştere de către salariaţii Casei de Asigurări de Sănătate a normelor privind Codul etic/deontologic/de conduită, Consilierul de etică, Declararea averilor, Conflictul de interese şi Incompatibilităţile:
   - utilizarea de chestionare de evaluare – 5 puncte;
   - neutilizarea de chestionare de evaluare – 0 puncte

NOTĂ: Indicator cu evaluare anuală

8. Sunt organizate întâlniri de lucru şi alte acţiuni motivaţionale şi de dezvoltare profesională[1]
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte
9. Capacitatea de motivare şi fidelizare a personalului reflectată în: nr. demisii din totalul numărului de personal angajat în perioada de referinţă:
   - între 0%-0,59% - 5 puncte
   - între 0,6%-1% – 3 puncte
   - peste 1% - 0 puncte
10 Implementarea tuturor măsurilor pentru asigurarea protecţiei la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate pentru limitarea răspândirii infectării cu virusul SARS CoV2**
   - da – 5 puncte
   - nu – 0 puncte

9. Standard de performanţă - COMPETENŢĂ, PERFORMANŢĂ

9.1. Activităţi specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local corespunzătoare standardului de performanţa:

a) asigurarea unui nivel performant de cunoştinţe şi abilităţi pentru personalul din subordine;

b) asigurarea procesului de evaluare a performanţelor profesionale ale salariaţilor în raport cu realizarea obiectivelor anuale individuale;

c) asigurarea activităţii de formare profesionala potrivit legislaţiei şi în limita bugetului aprobat;

9.2.Cerințe generale

h) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate dispune de cunoştinţele, abilitățile şi experiența care fac posibilă îndeplinirea eficientă şi eficace a atribuțiilor, precum şi îndeplinirea competenta a responsabilităților aferente mandatului de Director General al Casei de Asigurări de Sănătate.

i) Competența profesionala a salariaților Casei de Asigurări de Sănătate şi sarcinile stabilite trebuie să se afle în echilibru permanent, pentru asigurarea căruia Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate acționează prin:
   - definirea cunoştinţelor necesare pentru fiecare loc de muncă;
   - identificarea nevoilor de pregătire profesională şi stabilirea cerințelor de formare profesională în contextul evaluării anuale a salariaților, precum şi urmărirea evoluției carierei acestora; nevoile de pregătire identificate sunt corelate cu rezultatele din rapoartele/fişele de evaluare a performanțelor profesionale individuale.

j) Performanțele profesionale ale salariaților sunt evaluate cel puțin o dată pe an în raport cu obiectivele anuale individuale.

k) Asigură fiecărui salariat participarea la cursuri de pregătire profesională în domeniul său de competență, conform legislației în domeniu şi bugetului aprobat cu această destinație.

l) Aplică experiența proprie, pentru îmbunătățirea rezultatelor profesionale şi realizarea obiectivelor Casei de Asigurări de Sănătate.

m) Construieşte şi dezvoltă relații de încredere cu colegii şi personalul din subordinea sa, în vederea atingerii obiectivelor Casei de Asigurări de Sănătate.

n) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate organizează şi monitorizează aplicarea măsurilor de protecție a sistemelor de securitate gestionate, respectiv: cerințele de securitate a prelucrărilor de date cu caracter personal, cerințe privind up-date-urile, protecția antivirus, blocarea încercărilor de acces neautorizat, precum şi cerințele fizice minime de funcționare.

9.3. Indicatori de referință

1. Este asigurată repartizarea/distribuirea chestionarelor de identificare a nevoilor de formare profesională elaborate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate către personalul din subordine şi propunerea de teme de instruire adecvate/adaptate cerințelor de dezvoltare profesională a acestora[4]
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte

[4]***Notă:indicator cu raportare anuală***

2.Rapoartele de evaluare cuprind propuneri de teme concrete, adaptate nevoilor instituționale şi de dezvoltare profesională a funcționarilor publici în raport cu performantele individuale
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte

[4]***Notă:indicator cu raportare anuală, obligatoriu prevăzut în chestionarul de identificare a nevoilor de formare***

3.Transmiterea la Casa Națională de Asigurări de Sănătate a rezultatelor procesului de evaluare a performantelor profesionale individuale la termenele stabilite de Casa Națională de Asigurări de Sănătate [5]
   - da - 5 puncte
   - nu - 0 puncte

[5]***Notă:indicator cu raportare anuală,***

4. Existenta incidentelor negative înregistrate/raportate, generate de aplicarea defectuoasă a măsurilor de securitate a sistemelor informatice gestionate:
   - nu – 5 puncte

- da – 0 puncte

E.Funcția managementului CONTROL – EVALUARE

10 – Standard de performanță - SUPRAVEGHERE, MONITORIZARE

10.1 Activități specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local corespunzătoare standardului de performanța:

a) planificarea şi efectuarea acțiunilor de control şi urmărirea implementării măsurilor dispuse urmare a acțiunilor de control şi evaluarea rezultatelor acestora;
b) răspunde de transmiterea completă, corectă şi actualizată a informațiilor privind acțiunile de control derulate la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate, utilizând SIUI;

10.2. Cerințe generale

e) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate stabileşte obiective pentru acțiunile de control care vizează verificarea respectării drepturilor asiguraților cu privire la acordarea serviciilor medicale, medicamente, dispozitive medicale, inclusiv a celor cuprinse în programele naționale de sănătate curative, concedii medicale;
f) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate monitorizează respectarea de către salariați a procedurilor specifice privind activitatea de control;
g) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate asigură supravegherea activității Casei de Asigurări de Sănătate care implică revizuiri ale activității realizate de salariați sau orice alte modalități care confirmă respectarea procedurilor prin conducătorii compartimentelor care verifică şi aprobă activitățile salariaților, dau instrucțiunile necesare pentru a asigura minimizarea erorilor şi pierderilor, eliminarea neregulilor şi fraudei, respectarea legislației şi corecta înțelegere şi aplicare a instrucțiunilor.
h) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate întocmeşte o informare privind monitorizarea performanțelor care se cuprinde în raportul de activitate al Casei de Asigurări de Sănătate, pe baza raportărilor anuale pentru monitorizarea performanțelor primite de la compartimente.
i) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate asigură evaluarea periodică a performanțelor, constată eventualele abateri de la obiective şi propune/ia măsurile preventive şi corective ce se impun.
j) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate monitorizează şi verifică progresele şi realizările înregistrate în cadrul Casei de Asigurări de Sănătate pe toate domeniile de responsabilitate.

10.3. Indicatori de referință

1. Gradul de implementare a recomandărilor formulate în rapoartele de audit intern, cu termene de implementare în perioada de raportare:
   - 100% - 5 puncte;
   - 75% - 99% - 3 puncte;
   - sub 75% - 0 puncte;
2. Tipul de calificativ acordat, ca urmare a misiunii de audit desfăşurate de Direcția audit public intern, pentru fiecare din obiectivele urmărite, conform raportului de audit intern finalizat în perioada de raportare*):
   - peste 11 obiective cu calificativul "funcțional" - 5 puncte;
   - între 7 - 11 obiective cu calificativul "funcțional" - 2 puncte;
   - sub 7 obiective cu calificativul "funcțional" - 0 puncte.

---

*) Se cuantifică numai pentru casele la care a fost întocmit raport de audit în perioada de raportare (trimestru).

3. Calificativul acordat activității de organizare, implementare, funcționare și dezvoltare privind Standardele de control intern/managerial, urmare a evaluării prin misiunile de audit public intern
   - calificativul ***funcțional*** – 5 puncte
   - calificativul ***de îmbunătățit*** – 3 puncte
   - calificativul ***critic*** – 0 puncte
4. Aprecierea funcționalității activităților auditate conform obiectivelor misiunilor de audit public intern
   - 100% obiective cu calificativul ***funcțional*** – 5 puncte
   - 80-100% obiective cu calificativul ***funcțional*** și 20% cu calificativul ***de îmbunătățit*** – 3 puncte
   - sub 80% obiective cu calificativul ***funcțional*** – 0 puncte
5. Respectarea termenelor de transmitere a punctului de vedere la proiectul Raportului de audit public intern
   - respectarea termenului de răspuns – 5 puncte
   - întârzierea termenului de răspuns cu 1-5 zile – 3 puncte
   - întârzierea termenului de răspuns peste 6 zile – 0 puncte
6. Respectarea termenelor de transmitere a Planului de acțiune și a Calendarului de implementare a recomandărilor din Raportul de audit public intern aprobat
   - respectarea termenului de răspuns – 5 puncte
   - întârzierea termenului de răspuns cu 1-5 zile – 3 puncte
   - întârzierea termenului de răspuns peste 6 zile – 0 puncte
7. Respectarea termenelor de comunicare a stadiului progresului înregistrat în procesul de implementare a recomandărilor din Raportul de audit public intern aprobat, conform calendarului asumat
   - respectarea termenului de comunicare – 5 puncte
   - întârzierea termenului de comunicare cu 1-5 zile – 3 puncte
   - întârzierea termenului de comunicare peste 6 zile – 0 puncte

---

*) Acești indicatori de referință se aplică pentru misiunile de audit public intern efectuate în perioada de raportare la structurile organizatorice aflate în subordinea directă a Directorului General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respective la Casele de Asigurări de Sănătate, în cazul Directorilor Generali ai Caselor de Asigurări de Sănătate

8. Introducerea și actualizarea informațiilor privind implementarea măsurilor din rapoartele de control în modulul ***„Corpul de control" (SIUI)***
   - peste 90% - 5 puncte;
   - intre 70%-90% - 3 puncte;
   - sub 70% - 0 puncte.
9. Ponderea valorii măsurilor anulate din valoarea totală a măsurilor cu impact financiar asupra fondurilor publice administrate de Casa de Asigurări de Sănătate rezultate ca urmare a acțiunilor de control.
   - sub 5%- 5 puncte
   - între 20%-5%-3 puncte
   - peste 20%- 0 puncte.

11. Standard de performanță - PROCEDURI

11.1 Activități specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local corespunzătoare standardului de performanța

a) elaborarea procedurilor de lucru pentru toate activitățile ce pot fi procedurate și procesele de lucru din cadrul Casei de Asigurări de Sănătate astfel încât sa se asigure cunoașterea, respectarea

şi aplicarea legii în interesul asiguraților în condiții de asigurare a continuității a serviciului public;

b) asigurarea propriului sistem de control intern managerial pentru desfăşurarea în condiții de performantă a activității Casei de Asigurări de Sănătate;

c) elaborarea şi actualizarea planului de dezvoltare a sistemului de control intern managerial;

d) elaborarea programului de dezvoltare a sistemului de control intern managerial şi luarea tuturor măsurilor pentru creşterea capacității controlului intern managerial în realizarea obiectivelor Casei de Asigurări de Sănătate, astfel încât să răspundă nevoilor de sănătate ale asiguraților

11.2. Cerințe generale

a. Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate se asigură că pentru procesele şi activitățile ce pot fi procedurate, există o documentație adecvată şi că operațiunile sunt consemnate în proceduri documentate, asumate si aprobate.
b. Procedurile trebuie să asigure o separare a funcțiilor de inițiere, realizare, verificare, avizare şi aprobare a operațiunilor, astfel încât acestea să fie încredințate unor persoane diferite.
c. Accesul la resurse, precum şi protejarea şi folosirea corectă a acestora se reglementează prin acte administrative, care se aduc la cunoştința salariaților.
d. Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate se asigură că, pentru toate situațiile în care din cauza unor circumstanțe deosebite apar abateri față de procedurile stabilite, se întocmesc documente adecvate, aprobate la un nivel corespunzător, înainte de efectuarea operațiunilor. Circumstanțele şi modul de gestionare a situațiilor de abatere de la procedurile existente se analizează periodic, în vederea desprinderii unor concluzii de bună practică pentru viitor, ce urmează a fi formalizate.
e. Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate asigură verificarea şi evaluarea în mod continuu a funcționării sistemului de control intern managerial şi a componentelor sale, pentru a identifica la timp punctele slabe, respectiv deficiențele controlului intern şi pentru a lua măsuri de corectare şi/sau eliminare în timp util a acestora.
f. Directorul General efectuează, cel puțin o dată pe an, o verificare şi autoevaluare a propriului sistem de control intern managerial, pentru a stabili gradul de conformitate a acestuia cu standardele de control intern managerial şi dispune conducătorilor compartimentelor din cadrul Casei de Asigurări de Sănătate să ia măsuri adecvate şi prompte pentru remedierea punctelor slabe, respectiv a deficiențelor identificate în procesul de autoevaluare a sistemului de control intern managerial; aceste măsuri se transpun anual într-un program de dezvoltare a sistemului de control intern managerial.
g. Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate asigura elaborarea anuala a raportului privind sistemul de control intern managerial, ca bază pentru un plan de acțiune care să conțină punctele vulnerabile identificate, instrumentele de control necesar a fi implementate, măsuri şi direcții de acțiune pentru creşterea capacității controlului intern managerial în realizarea obiectivelor Casei de Asigurări de Sănătate.

11.3. Indicatori de referință

1.Proceduri documentate elaborate, în raport cu activitățile procedurale identificate:

- 91-100% activități procedurale pentru care au fost elaborate proceduri documentate – 5 puncte;
- 76-90% activități procedurale pentru care au fost elaborate proceduri documentate – 2 puncte;
- 0-75% activități procedurale pentru care au fost elaborate proceduri documentate – 0 puncte;

2.Transmiterea în termen a situației centralizatoare anuale privind stadiul implementării și dezvoltării sistemului de control intern managerial, a stadiului implementării standardelor de control intern managerial și a situației sintetice a rezultatelor evaluării;

- respectarea termenului de raportare – 5 puncte;
- întârzierea raportării – 0 puncte.

3. Nivelul de implementare a standardelor de control intern/managerial la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate:

- 100% - 5 puncte;
- între 80 – 99% - 3 puncte;
- sub 80% - 0 puncte.

12. Standard de performanță - EVALUARE, CONTROL

12.1 Activități specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local corespunzătoare standardului de performanța:

a) asigurarea evaluării și controlului tuturor activităților din subordine pentru respectarea legalității și regularității acestuia în vederea realizării obiectivelor Casei de Asigurări de Sănătate;
b) asigurarea implementării standardelor de control managerial intern în activitatea Casei de Asigurări de Sănătate și urmărirea realizării acestora;
c) asigurarea controlului in ceea ce privește activitatea de contractare pe toate domeniile de asistență medicală, medicamente, dispozitive medicale și programe naționale curative și de urmărire a respectării drepturilor asiguraților, pentru creșterea gradului de satisfacție al asiguraților privind calitatea serviciilor medicale

12.2. Cerințe generale

a) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate asigură coordonarea, monitorizarea, evaluarea și controlul tuturor activităților din subordine, pentru respectarea legalității și regularității acestora;
b) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate asigură implementarea standardelor de management în activitatea Casei de Asigurări de Sănătate și urmărirea realizării acestora;

12.3. Indicatori de referință

1. Gradul de recuperare a sumelor aferente acțiunilor de control:
   - peste 95% - 5 puncte;
   - 70-94% - 3 puncte;
   - sub 70% - 0 puncte
2. Urmărirea implementării măsurilor dispuse prin rapoartele de control încheiate ca urmare a acțiunilor de control derulate de structurile de control din cadrul Casei de Asigurări de Sănătate:
   - implementarea măsurilor în termenele stabilite prin rapoartele de control 100% - 5 puncte;
   - implementarea măsurilor în termenele stabilite prin rapoartele de control, 66,66% - 99,99% - 3 puncte;
   - implementarea măsurilor în termenele stabilite prin rapoartele de control, 0% - 66,65% - 0 puncte.

13. Standard de performanță - EFICIENȚĂ ȘI EFICACITATE

13.1 Activități specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local corespunzătoare standardului de performanța:

a) organizarea activității Casei de Asigurări de Sănătate la nivel intern şi extern pentru realizarea obiectivelor având ca prioritate instituțională respectarea drepturilor asiguraților şi creşterea gradului de satisfacție a acestora;

b) realizarea obiectivelor asumate prin planul de management si a obligațiilor din contractul de management încheiat cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, asigurând funcționarea sistemului de asigurări de sănătate la nivel local şi urmărirea realizării indicatorilor de referință asumați;

c) adoptarea tuturor masurilor pentru utilizarea eficace a resurselor umane, materiale, financiare, de timp şi informaționale ale Casei de Asigurări de Sănătate, în beneficiul asiguraților, precum şi a măsurilor de supraveghere şi control, pentru preîntâmpinarea eventualelor neregularități;

13.2. Cerințe generale

d) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate asigură funcționarea în condiții de eficacitate a conducerii executive a Casei de Asigurări de Sănătate în baza prevederilor planului de management şi a contractului de management încheiat cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate asigurând funcționarea sistemului de asigurări de sănătate la nivelul indicatorilor de referință asumați.

e) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate asigură utilizarea eficace a resurselor materiale, financiare, umane de timp şi informaționale ale Casei de Asigurări de Sănătate în executarea Contractului de management încheiat cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

f) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate duce la îndeplinire în condiții de eficientă şi eficacitate a ordinelor preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate si a oricărei dispoziții cu caracter normativ/administrativ.

13.3. Indicatori de referință[7]

1. Capacitatea de a organiza
   Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate identifica activitățile care trebuie desfăşurate de Casa de Asigurări de Sănătate, delimitarea lor în atribuții, stabilirea pe baza acestora a obiectivelor; repartizarea echilibrată şi echitabilă a atribuțiilor şi a obiectivelor în funcție de nivelul personalului din subordine.
2. Capacitatea de a conduce
   Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate creează o viziune realistă pe care o transpune în practică o susține; administrează activitatea echipei, capacitatea de a adapta stilul de conducere la situații diferite, precum şi de a acționa pentru gestionarea şi rezolvarea conflictelor.
3. Capacitatea de coordonare
   Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate armonizează deciziile şi acțiunile personalului, precum şi activitățile din cadrul compartimentelor, în vederea realizării obiectivelor Casei de Asigurări de Sănătate privind gestionarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local.
4. Capacitatea de control
   Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate are capacitatea de supraveghere a modului de transformare a deciziilor in soluții realiste, depistarea deficiențelor şi luarea măsurilor necesare pentru corectarea la timp a acestora
5. Capacitatea de a obține cele mai bune rezultate
   Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate are capacitatea de a motiva şi de a încuraja dezvoltarea performanțelor personalului; aptitudinea de a asculta şi de a lua în considerare diferite opinii, precum şi de a oferi sprijin pentru obținerea unor rezultate pozitive pentru colectiv; recunoaşterea meritelor şi cultivarea performanțelor

6. Abilități în gestionarea resurselor financiare, umane, informaționale, de timp
Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate are capacitatea de a planifica şi de a administra eficient activitatea şi de a utiliza resursele, asigurând sprijinul şi motivarea corespunzătoare a personalului din subordine.

[7]**NOTA se acordă calificative de la 1 la 5 de către direcțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pe baza raportului de activitate semestrial/anual al Casei de Asigurări de Sănătate şi al evaluărilor managementului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.**

14. Standard de performanță - CAPACITATE DECIZIONALĂ

14.1 Activități specifice sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel local cor

a) realizarea analizei fundamentate de diagnostic si prognostic la nivelul structurilor subordonate din cadrul Casei de Asigurări de Sănătate, pentru luarea celor mai bune, rapide si responsabile decizii operative;
b) stabilirea surselor de risc pentru diminuarea producerii acestora sau a impactului acestora asupra activității Casei de Asigurări de Sănătate;
c) organizarea unui sistem decizional eficient in cadrul procesului de management al riscurilor, riguros implementat;
d) asigurarea implementării şi actualizării standardelor de control intern managerial la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate.

14.2. Cerințe generale

h) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate îşi defineşte propriul proces decizional şi de management al riscurilor adaptat dimensiunii, complexității şi mediului specific, în vederea identificării tuturor surselor posibile de risc şi pentru diminuarea sau eliminarea probabilității şi impactului riscurilor.
i) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate stabileşte vulnerabilitățile şi amenințările aferente obiectivelor şi activităților, care pot influenta realizarea acestora.
j) Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate are obligația organizării şi implementării unui proces eficient de management decizional.
k) Toate activitățile şi acțiunile inițiate şi puse în aplicare în cadrul procesului de management al riscurilor sunt riguros documentate, iar sinteza datelor, informațiilor şi deciziilor luate în acest proces este cuprinsă în Registrul de riscuri, document care atestă că există un proces de management al riscurilor şi că acesta funcționează; Registrul de riscuri include numai riscurile semnificative.
l) Riscurile sunt actualizate la nivelul compartimentelor ori de câte ori se impune acest lucru, dar obligatoriu anual, prin completarea modificărilor survenite în Registrul de riscuri.
m) Măsurile de control stabilite de compartimente se centralizează şi sunt aprobate de Directorul General al Casei de Asigurări de Sănătate. Măsurile de control sunt obligatorii pentru gestionarea riscurilor semnificative de la nivelul compartimentelor şi se actualizează ori de câte ori este nevoie.
n) Pe baza raportărilor anuale primite de la compartimente se elaborează o informare privind desfăşurarea procesului de gestionare a riscurilor; informarea este analizată şi aprobată în Comisia de monitorizare, ulterior aceasta fiind prezentată de Directorul General şi se raportează la Casa Națională de Asigurări de Sănătate împreună cu chestionarul privind stadiul de implementare a standardelor de control managerial intern.

14.3. Indicatori de referință

1.Planul de dezvoltare a sistemului de control intern managerial este elaborat si actualizat:

- da – 5 puncte
- nu – 0 puncte

2.Comisia de monitorizare a implementării şi dezvoltării sistemului de control managerial a avut cel puțin o întâlnire/şedință/ trimestru (conform minutei de şedință):

– da – 5 puncte;

– nu – 0 puncte

3.Registrul riscurilor a fost elaborat în conformitate cu ANEXA 1 la OSGG 600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice, cu modificările şi completările ulterioare:

- 100% grad de completare a secțiunilor Registrului riscurilor - 5 puncte;
- 70-99% grad de completare a secțiunilor Registrului riscurilor - 3 puncte;
- 50%-69% grad de completare a secțiunilor Registrului riscurilor - 1 punct;
- 0-49% grad de completare a secțiunilor Registrului riscurilor - 0 puncte;

4. Nivelul de implementare a standardelor de control intern/managerial la nivelul Casei de Asigurări de Sănătate:

- 100% - 5 puncte;
- între 80 - 99% - 3 puncte;
- sub 80% - 0 puncte.

5. Competența decizională:

Directorul General are capacitatea de a lua hotărâri rapid, cu simț de răspundere şi conform competenței legale cu respectarea actelor normative şi a ordinelor Preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu privire la desfăşurarea activității Casei de Asigurări de Sănătate.

6. Capacitatea de a delega

Capacitatea de a delega atribuții personalului din subordine care corespunde din punct de vedere legal şi al competențelor proprii, în scopul realizării la timp şi în mod corespunzător a obiectivelor structurii conduse în conformitate cu Codul administrativ.

NOTA se acordă calificative de la 1 la 5 de către direcțiile de specialitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pe baza raportului de activitate semestrial/anual al Casei de Asigurări de Sănătate şi al evaluărilor managementului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

****)NOTA: aplicabilitatea tuturor datelor referitoare la SARS CoV2 este valabilă exclusiv pe perioada menținerii actelor normative care reglementează pandemia cu CoVid 19**

Anexa nr.6
la metodologie
FIŞA DE EVALUARE
a directorului general al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate

În vederea ..... a doamnei/domnului ....., director general al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate .....

Nr.crt.	**Criteriu de apreciere(standard de performanţă)**	Pondere	Notă
1	Analiza Şi Planificare	5%	
2	**Obiective Manageriale**	5%	
3	**Atribuţii, Funcţii**	5%	
4	Continuitatea activităţii pentru asigurarea calităţii serviciului public furnizat asiguraţilor	10%	
5	Informare Comunicare	5%	
6	Management Financiar	10%	
7	Managementul Contractării	10%	
8	Etica Integritate Responsabilitate	5%	
9	Competenţă Performanţă	10%	
10	Supraveghere Monitorizare	5%	
11	Proceduri	5%	
12	Evaluare Control	5%	
13	Eficientă şi Eficacitate	10%	
14	Capacitate decizională	10%	
PUNCTAJ FINAL PONDERAT			

Nota acordată pentru fiecare criteriu de apreciere este cuprinsă între 1 şi 5.

Punctajul final reprezintă media ponderată a notelor acordate pentru fiecare criteriu de apreciere, având următoarea semnificaţie:

- până la 4 - calificativ "nesatisfăcător" (necorespunzător cerinţelor postului);
- 4 - 4,5 - calificativ "bine" (la nivelul standardului de performanţă stabilit);
- 4,5 - 5 - calificativ "foarte bine".

Rezultatul evaluării

Evaluarea performanţelor profesionale pentru perioada ....., cu punctaj final ....., care corespunde calificativului .....

Evaluator,
Preşedintele Casei Naţionale
de Asigurări de Sănătate,
.....

Luat cunoştinţă
Directorul general al Casei Naţionale
de Asigurări de Sănătate,
... .

Data .....

Anexa nr.7
la metodologie

FIŞA DE EVALUARE
a directorului general al Casei de Asigurări de Sănătate

În vederea ..... a doamnei/domnului ....., director general al Casei de Asigurări de Sănătate .....

Nr.crt.	Criteriu de apreciere(standard de performanță)	Pondere	Notă
1	Analiza şi Planificare	5%	
2	**Obiective Manageriale**	5%	
3	**Atribuții, Funcții**	5%	
4	Continuitatea activității pentru asigurarea calității serviciului public furnizat asiguraților	10%	
5	Informare Comunicare	5%	
6	Management Financiar	10%	
7	Managementul Contractării	10%	
8	Etica Integritate Responsabilitate	5%	
9	Competență Performanță	5%	
10	Supraveghere Monitorizare	10%	
11	Proceduri	5%	
12	Evaluare Control	10%	
13	Eficientă şi Eficacitate	10%	
14	Capacitate decizională	5%	
PUNCTAJ FINAL PONDERAT			

Nota acordată pentru fiecare criteriu de apreciere este cuprinsă între 1 şi 5.

Punctajul final reprezintă media ponderată a notelor acordate pentru fiecare criteriu de apreciere, având următoarea semnificație:

- până la 4 - calificativ "nesatisfăcător" (necorespunzător cerințelor postului);
- 4 - 4,5 - calificativ "bine" (la nivelul standardului de performanță stabilit);
- 4,5 - 5 - calificativ "foarte bine".

Rezultatul evaluării

Evaluarea performanțelor profesionale pentru perioada ....., cu punctaj final ....., care corespunde calificativului .....

Evaluator,
Preşedintele CNAS
.....

Luat cunoştință
Directorul general al CAS
.....

Data .....

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
DIRECTOR GENERAL
Calea Călăraşilor nr. 248, Bloc S19, Sector 3, Bucureşti
E-mail: directorgeneral@casan.ro Tel. 0372.309.274, Fax 0372.309.288

Se aprobă,
PREȘEDINTE,
Adela COJAN

REFERAT DE APROBARE

Prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 25/2020, prevederile Legii nr. 95/2006 referitoare la statutul directorului general al caselor de asigurări de sănătate au fost modificate în sensul redefinirii acestuia, prin stabilirea unor standarde de performanță şi indicatori de referință asociați, pentru a da posibilitatea ca aceste standarde și indicatori sa se aplice unitar și coordonat, cu respectarea reglementărilor legale şi procedurile administrative de sistem, în pofida unor deosebiri semnificative generate de specificul local/zonal, cu impact direct asupra calității serviciului public, pentru respectarea drepturilor asiguraților la nivel local.

Din această perspectivă, având în vedere prevederile legale de nivel primar, s-a impus detalierea în legislația secundară a statutului directorului general al CNAS / caselor de asigurări de sănătate, în acest sens fiind emise HG nr. 338/2020 pentru modificarea şi completarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006 și ulterior Ordinul președintelui CNAS nr. 541/2020 pentru aprobarea Metodologiei privind organizarea concursului sau numirea prin delegare pentru ocuparea postului de director general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate şi a posturilor de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, în vederea realizării indicatorilor de referință asociați standardelor de performanță pentru îndeplinirea obligațiilor asumate, încheierea contractelor de management şi evaluarea activității acestora.

Prin Decizia Curții Constituționale a României nr. 229 din 2 iunie 2020, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 602 din 9 iulie 2020, instanța de control constituțional a constatat ca fiind neconstituționale în integralitate dispozițiile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 25/2020, întrucât la data emiterii acesteia Guvernul nu a solicitat avizul Consiliului Legislativ.

Potrivit art. 147 alin. (1) din Constituția României, *"dispozițiile din legile şi ordonanțele în vigoare, precum şi cele din regulamente, constatate ca fiind neconstituționale, își încetează efectele juridice la 45 de zile de la publicarea deciziei Curții Constituționale dacă, în acest interval, Parlamentul sau Guvernul, după caz, nu pun de acord prevederile neconstituționale cu dispozițiile Constituției, pe durata acestui termen, dispozițiile constatate ca fiind neconstituționale fiind suspendate de drept. Pe durata acestui termen, dispozițiile constatate ca fiind neconstituționale sunt suspendate de drept."*

În acest context, întrucât motivele care au determinat emiterea în regim de urgență a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 25/2020 subzistă și în prezent, a fost reluat demersul legislativ de emitere a unui nou act normativ de nivel primar prin care dispozițiile Deciziei Curții Constituționale nr. 229/2020 să fie puse în aplicare.

Astfel, a fost adoptată OUG nr. 145/2020, act normativ prin care au fost puse în acord prevederile declarate neconstituționale cu dispozițiile Constituției.

Menționăm faptul că după trecerea termenului de 45 de zile de la publicarea deciziei Curții Constituționale, atât prevederile OUG nr. 25/2020, cât și cele ale HG nr. 338/2020 și cele ale Ordinului președintelui CNAS nr. 541/2020 și-au încetat efectele juridice.

Potrivit dispozițiilor art. 293 alin. (4) și la art. 298 alin. (3^1) din Legea nr. 95/2002, republicată, cu modificările și completările ulterioare, metodologia privind organizarea concursului pentru ocuparea postului de director general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, respectiv a posturilor de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, standardele de performanță și indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate, condițiile și criteriile de selecție specifice pentru ocuparea posturilor de director general CNAS, respectiv de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, încheierea contractelor de management, situațiile în care se pot ocupa temporar posturile de directori generali, precum și procedura de evaluare a performanțelor profesionale ale acestora se aprobă prin ordin al președintelui CNAS, cu avizul consiliului de administrație.

În acest context, contractele de management pe care CNAS urmează să la încheie cu directorul general al CNAS, respectiv cu directorii generali ai caselor de asigurări de sănătate vor avea la bază standarde de performanță și indicatori de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate.

Aceste standarde și indicatori vor fi aplicate în mod unitar și coordonat, cu respectarea reglementărilor legale și procedurile administrative de sistem, cu impact direct asupra calității serviciului public, având ca obiectiv final respectarea drepturilor asiguraților.

Modelul contractelor de management, standardele de performanță și indicatorii de referință asociați pentru îndeplinirea obligațiilor asumate, precum și condițiile specifice pentru ocuparea posturilor de director general al CNAS, respectiv de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate se avizează de Consiliul de Administrație al CNAS și ulterior se aprobă prin ordin al președintelui CNAS.

Contractele de management, în baza cărora directorii generali ai CNAS/caselor de asigurări de sănătate sunt mandatați să exercite funcția de manager al sistemului la nivel local, au ca reglementare primară dispozițiile Codului administrativ – art. 543 și urm. din OUG nr. 57/2019, cu modificările ulterioare, vor avea în vedere reglementările specifice prevăzute de Legea nr. 95/2006 pentru respectarea drepturilor asiguraților și se vor completa în mod corespunzător cu regulile generale referitoare la mandat, prevăzute de Codul civil.

Standardele de performanță au în vedere realizarea funcțiilor de management asociate funcției de director general al CNAS, precum și funcției de director general al CAS – manager al sistemului la nivel local, în concordanță cu calitatea acestuia de ordonator de credite – fiind reglementate, totodată, și activitățile specifice și cerințele generale pentru fiecare standard în parte, astfel încât acestea să fie aplicate în mod unitar, să fie cunoscute de ocupanții posturilor – directori generali, asigurându-se un proces de evaluare transparent.

În acest sens, Comitetul Director al CNAS a elaborat *Metodologia privind organizarea concursului sau numirea prin delegare pentru ocuparea postului de director general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și a posturilor de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, în vederea realizării indicatorilor de referință asociați standardelor de performanță pentru îndeplinirea obligațiilor asumate, încheierea contractelor de management și evaluarea activității acestora*, care cuprinde următoarele:

a) standardele de performanță și indicatorii de referință asociați care definesc noul contract de management si care vor sta la baza noului plan de management pentru directorul general al CNAS și directorul general al CAS. Standardele de performanță și a indicatorii

de referinţă asociaţi sunt elaboraţi de către direcţiile de specialitate ale CNAS conform domeniului de competenţă şi în raport cu obligaţia de îndrumare metodologica a CAS de către CNAS prevăzută art.280 din Legea nr.95/2006, privind reforma în domeniul sănătăţii, republicată cu modificările şi completările ulterioare;

b) modelul de contract de management pentru directorul general al CNAS şi directorul general al CAS care conţine standarde de performanţă şi indicatori de referinţă asociaţi pentru îndeplinirea obligaţiilor asumate în condiţiile legii;
c) condiţiile şi criteriile de selecţie specifice pentru ocuparea postului de director general CNAS, respectiv directori generali ai caselor de asigurări de sănătate
d) situaţiile în care se poate ocupa temporar postul de director general CNAS, respectiv directori generali ai caselor de asigurări de sănătate;
e) procedura de evaluare a performanţelor profesionale pentru director general CNAS, respectiv directori generali ai caselor de asigurări de sănătate;

În şedinţa din data de 02.09.2020, Consiliul de Administraţie al CNAS, având în vedere prevederile legale anterior menţionate, a avizat Metodologia mai sus menţionată.

În consecinţă, a fost elaborat proiectul de ordin al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate pentru aprobarea Metodologiei privind organizarea concursului pentru ocuparea postului de director general al Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, respectiv a posturilor de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, standardele de performanţă şi indicatorii de referinţă asociaţi pentru îndeplinirea obligaţiilor asumate, condiţiile şi criteriile de selecţie specifice pentru ocuparea posturilor de director general CNAS, respectiv de directori generali ai caselor de asigurări de sănătate, încheierea contractelor de management, situaţiile în care se pot ocupa temporar posturile de directori generali, precum şi procedura de evaluare a performanţelor profesionale ale acestora, pe care îl supunem spre aprobare.

DIRECTOR GENERAL,

Călin Gheorghe FECHETE