CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE SĂLAJ
Str. Unirii, nr. 20, Zalău, Sălaj, tel: 0260-613242, fax: 612614
Cod fiscal: 11346922, e-mail: cas@cassalaj.ro
Operator de date cu carácter personal – Notificare ANSPDCPnr.17100

RAPORT ANUAL DE ACTIVITATE

AL CASEI DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

SĂLAJ

ANUL 2021

CUPRINS

1. PREZENTARE GENERALA 3

2. DIRECTIA RELAȚII CONTRACTUALE 4

3. ACTIVITATEA ECONOMICĂ 23

4. MEDIC SEF 33

5. COMPARTIMENT CONTROL 38

1. PREZENTARE GENERALA

Casa de Asigurări de Sănătate Sălaj este institutie publică autonomă de interes local, cu personalitate juridică, cu buget propriu, în subordinea Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, care gestionează Fondul naţional unic al asigurărilor sociale de sănătate, cu respectarea normelor elaborate de Casa Natională de Asigurări de Sănătate, asigurând funcţionarea sistemului de asigurări de sănătate la nivel judeţean.

Sistemul asigurărilor sociale de sanatate reprezinta principalul sistem de finantare a ocrotirii şi promovarii populatiei care ofera un pachet de servicii de baza care cuprinde servicii medicale, servicii de ingrijire a sănătăţii, medicamente, materiale sanitare şi dispozitive medicale.

Casa de Asigurări de Sănătate Sălaj gestioneaza bugetul Fondului naţional unic de asigurări sociale de sanatate aprobat, cu respectarea prevederilor legii, îşi dedică întreaga activitate în slujba asiguraţilor săi si îi reprezintă pe acestia în relaţia cu furnizorii de servicii medicale, fiind o instituţie deschisă pentru a colabora pe termen lung cu toţi factorii implicaţi activ în domeniul sănătăţii pentru promovarea calităţii la costuri minime.

Casa de Asigurări de Sănătate Sălaj functioneaza pe baza unui statut propriu aprobat prin Ordin al presedintelui CNAS şi are urmatoarele atributii:

- să administreze bugetul propriu;
- să înregistreze, să actualizeze datele referitoare la asiguraţi şi să le comunice CNAS;
- să elaboreze şi să publice raportul anual şi planul de activitate pentru anul următor;
- să furnizeze gratuit informaţii, consultanţă, asistenţă în problemele asigurărilor sociale de sănătate şi ale serviciilor medicale persoanelor asigurate, angajatorilor şi furnizorilor de servicii medicale;
- să administreze bunurile casei de asigurări, conform prevederilor legale;
-să negocieze, să contracteze şi să deconteze serviciile medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale în condiţiile contractului-cadru;
- să monitorizeze numărul serviciilor medicale furnizate şi nivelul tarifelor acestora;
- pot să organizeze licitaţii în vederea contractării unor servicii din pachetul de servicii, pe baza prevederilor contractului-cadru;
- să asigure, în calitate de instituţii competente, activităţile de aplicare a documentelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii încheiate de România cu alte state, inclusiv cele privind rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor medicale şi a altor prestaţii, în condiţiile respectivelor documente internaţionale;
- alte atribuţii prevăzute de acte normative în domeniul sănătăţii.

Casa de Asigurări de Sănătate Sălaj are aprobate un numar de 41 posturi conform Organigramei si Structurii de functii publice si contractuale avizate de ANFP, respectiv aprobate de CNAS prin Ordinul Presedintelui nr.802/27.09.2016.

Alocarea numarului de posturi aprobate pe directii, servicii, compartimente s-a realizat in functie de necesitatea gestionarii cu maxima eficienta a sistemului la nivel local, respectand prevederile art. 391 din OUG nr.57/ 2019 privind Codul Administrativ, cu modificarile si completarile ulterioare.

Structura organizatorică a Casei de Asigurari de Sanatate Sălaj

Casa de Asigurări de Sănătate Sălaj are următoarele organe de conducere:
a) Consiliul de Administraţie;
b) Director General;
c) Director executiv Direcţia Relaţii Contractuale;
d) Director executiv adjunct - Medic Şef.

În subordinea Directorului General al Casei de Asigurări de Sănătate Sălaj îşi desfăşoară activitatea:

a) Directorul executiv Direcţia Relaţii Contractuale;
b) Directorul executiv adjunct - Medic Sef;
c) Compartimentul Control;
d) Compartimentul Resurse Umane Salarizare Evaluare Personal;
e) Compartimentul Tehnologia Informaţiei;
f) Compartimentul Juridic Contencios Administrativ, Relaţii Publice si Purtator de Cuvant;
g) Serviciul Buget, Financiar Contabilitate
h) Compartimentul Evidenţă Asiguraţi, Carduri si Concedii Medicale;
i) Compartimentul Achiziţii Publice, Logistică şi Patrimoniu

În subordinea Directorului Executiv Direcţia Relaţii Contractuale îşi desfăşoară activitatea :
a) Compartimentul Evaluare, Contractare Servicii Medicale;
b) Serviciul Decontare Servicii Medicale,
c) Compartimentul Acorduri, Regulamente si Formulare Europene.
d) Analiza Cereri si Eliberare Decizii Ingrijiri la Domiciliu şi Dispozitive Medicale

În subordinea Medicului Şef îşi desfăşoară activitatea :
a) Serviciul Medical, Comisii Terapeutice si Clawback;
b) Compartimentul Programe de Sănătate.

Avand in vedere Strategia nationala anticoruptie 2016-2020, cuprinsa in HGR nr.583/2016, in anul 2020 s-a urmarit implementarea masurilor cuprinse in planul de integritate dezvoltat la nivelul institutiei noastre, precum si realizarea evaluarii indicatorilor cuprinsi in inventarul masurilor de transparenta institutionala si de prevenire a coruptiei de la nivelul CAS Sălaj;

Aplicand Ordinul SGG nr.600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entitatii s-au actualizat procedurile documentate de la nivelul institutiei;

Prin implementarea Regulamentului 2016/679 al Parlamentului European si al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecţia persoanelor fizice în ceea ce priveşte prelucrarea datelor cu caracter personal şi privind libera circulaţie a acestor date, casa de asigurari de sanatate urmareste continuu respectarea obiectivului general al acestui regulament, si anume acela de a crește nivelul de protecție al datelor cu caracter personal.

2. DIRECȚIA RELAŢII CONTRACTUALE

2.1. Contractarea - Decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale

Activități specifice derulate în perioada ianuarie-decembrie 2021

Principalele activităţi desfășurate în anul 2021 de către Direcția Relații Contractuale sunt:

- Evaluarea furnizorilor de servicii medicale, farmaceutice și dispozitive medicale
- Negocierea, contractarea şi decontarea serviciilor medicale, medicamentelor și dispozitivelor medicale, cu respectarea prevederilor legale în vigoare
- Furnizarea de informaţii în ce privește condițiile de contractare, condițiile de acordare a serviciilor medicale, farmaceutice si dispozitive medicale în baza contractelor încheiate, respectiv conditiile de decontare
- Monitorizarea derulării contractelor sub aspectul expirarii termenului de validare a actelor care stau la baza incheierii contractelor; modificarilor aparute privind schimbarea sediilor cabinetelor, infiintarii punctelor de lucru, schimbarilor intervenite in structura personalului medical angajat; urmarirea incadrarii in valorile contractate pentru toate serviciile medicale
- Elaborarea de situatii si analize pe baza informatiilor statistice prelucrate
- Aplicarea masurilor prevazute de legislatia in vigoare in situatia constatarii nerespectarii, de catre furnizori, a legislatiei incidente sistemului de asigurari sociale de sanatate

- Furnizarea de informaţii in ce priveste accesarea serviciilor medicale de catre asiguraţi
- Asigurarea activităţilor de aplicare a acordurilor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, încheiate de România cu alte state, inclusiv cele privind rambursarea cheltuielilor ocazionate de acordarea serviciilor medicale şi a altor prestaţii, în condiţiile respectivelor acorduri internaţionale, cu respectarea prevederilor legale
- Actualizarea datelor și informațiilor publice pe site-ul institutiei pentru toate domeniile de asistență medicală.
- Fundamentarea proiectului de rectificare a bugetului pentru anul in curs și a proiectului de buget al FNUASS pentru anul urmator.

Pentru asigurarea accesului populației județului la servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale în anul 2021, CAS Salaj a încheiat, pentru perioadele: 01.01.2021-31.03.2021, 01.04.2021-30.06.2021 si 01.07.2021-31.07.2021 acte adiționale de prelungire a valabilitatii contractelor incheiate in anul 2018, cu respectarea prevederilor actelor normative cu incidență în domeniul asigurărilor sociale de sănătate.

In baza adresei CNAS nr. P5064/29.06.2021 in legatura cu incheierea contractelor pentru anul 2021 si adresei privind bugetul FNUASS pentru anul 2021, a fost declansata o noua sesiune de contractare in cursul lunii iulie, fiind incheiate contracte pentru perioada 01.08.2021-31.12.2021 pentru toate segmentele de activitate.

In luna decembrie, in baza prevederilor Art. 196 alin.(3) din Anexa 2 la HG nr.696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale si a Contractului cadru care reglementeaza conditiile acordarii asistentei medicale, a medicamentelor si a dispozitivelor medicale, in cadrul sistemului de asigurari sociale pentru anii 2021-2022, a fost declansata procedura de contractare a serviciilor medicale pentru urmatoarele segmente: dispozitivelor medicale, tehnologii și dispozitive asistive.

Masuri instituite pe perioada starii de alerta in cursul anului 2021 -dispoziții aplicabile până la finalul lunii în care încetează starea de alertă declarată potrivit legii, în contextul epidemiei cu virusul SARS-CoV-2 (conform prevederilor din HG. 696/2021)

ASISTENTA MEDICALA PRIMARA, CLINIC SI RECUPERARE REABILITARE A SANATATII IN AMBULATORIU

(1) Numărul maxim de consultații acordate la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice este de **maximum 5 consultații pe oră/medic,** cu posibilitatea acordării de către medicul de familie a două consultații/lună/pacient cu boli cronice.

(2) Numărul maxim de consultații ce poate fi raportat pe zi la nivelul furnizorilor de servicii medicale în asistența medicală primară și din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice se stabilește prin raportare la programul la cabinet al medicilor și **la numărul maxim de 5 consultații/oră/medic prevăzut la alin. (1).**

(3) Consultațiile medicale prevăzute în pachetul de serviciide bază, respectiv în pachetul minimal de servicii medicale **pot fi acordate și la distanță**, acestea putând fi acordate atât de **medicii de familie, cât și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, inclusiv medicină fizică și de reabilitare, și pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, cu încadrarea în numărul maxim de 5 consultații/oră.**

(4) Pacienții simptomatici, pentru manifestări clinicesugestive pentru COVID-19, beneficiază de consultații, inclusiv consultații la distanță ce pot fi realizate prin orice mijloace de comunicare, care pot fi acordate de medicii de familie și de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic, cu încadrarea în numărul maxim de 5 consultații/oră. De aceste consultații beneficiază toate persoanele aflate pe teritoriul României.

(5) Medicul de familie, precum și medicul de specialitate dinambulatoriul clinic, inclusiv medicul de medicină fizică și de reabilitare, vor consemna consultațiile medicale la distanță în registrul de consultații și în fișa pacientului, după caz, cu indicarea mijlocului de comunicare utilizat și a intervalului orar în care acestea au fost efectuate, și vor emite toate documentele necesare pacientului ca urmare a actului medical. Documentele vor fi transmise pacientului prin mijloace de comunicare electronică.

(6) Consultațiile la distanță prevăzute la alin. (3) se acordă și se decontează conform reglementărilor legale în vigoare aplicabile consultațiilor la cabinet prevăzute în pachetele de servicii, prevăzute în prezenta hotărâre și normele metodologice de aplicare a acesteia.

(7) Consultațiile prevăzute la alin. (4), inclusiv cele la distanță, se asimilează consultațiilor din pachetul de servicii de bază acordate la cabinet pentru afecțiuni acute, subacute și acutizări ale unor afecțiuni cronice.

UNITATI SANITARE CU PATURI

(1) Casele de asigurări de sănătate contractează întreaga sumă alocată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu destinație servicii medicale spitalicești, luând în calcul indicatorii specifici fiecărei unități sanitare cu paturi conform hotărârii 696/2021 și normelor metodologice de aplicare a acesteia (Ordin comun 1068/627/2021).

(2) Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii înregim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, suma contractată lunar poate fi suplimentată la solicitarea unităților sanitare cu paturi pe bază de documente justificative, fără a depăși suma ce poate fi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital.

(3) Pentru situațiile prevăzute la art. 215 alin. (2) și (3), pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, prevăzute în ordin al ministrului sănătății, suma contractată lunar, pe baza indicatorilor specifici fiecărei unități sanitare cu paturi, poate fi suplimentată la solicitarea furnizorilor pe bază de documente justificative, pentru a acoperi cheltuielile aferente activității desfășurate, prin încheierea unor acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

(4) Casele de asigurări de sănătate decontează unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute activitatea desfășurată lunar, după cum urmează:

a) la nivelul valorii aferente indicatorilor realizați în limitavalorii de contract, dacă se acoperă contravaloarea cheltuielilor efectiv realizate;

b) la nivelul cheltuielilor efectiv realizate în limita valorii decontract, în situația în care valoarea aferentă indicatorilor realizați este mai mică sau egală cu nivelul cheltuielilor efectiv realizate;

c) la nivelul indicatorilor realizați, fără a depăși suma ce poatefi contractată în funcție de capacitatea maximă de funcționare lunară a fiecărui spital, dacă se acoperă cheltuiala efectiv realizată.

În cazul creșterii numărului de cazuri COVID-19, care necesită internarea în unitățile sanitare care tratează pacienți diagnosticați cu COVID-19, casele de asigurări de sănătate pot deconta unităților sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19, prevăzute în ordin al ministrului sănătății, activitatea desfășurată lunar, la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, justificat de situația epidemiologică generată de coronavirusul SARS-CoV-2.

(4) Pentru unitățile sanitare cu paturi care au început săacorde servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă pacienților diagnosticați cu COVID-19 în cursul unui trimestru și care nu au încheiat în fiecare lună a respectivului trimestru acte adiționale de suplimentare a valorii de contract, în trimestrul următor decontarea se face la nivelul cheltuielilor efectiv realizate, în situația în care acestea depășesc nivelul contractat, pe bază de documente justificative, prin încheiere de acte adiționale de suplimentare a sumelor contractate.

(5) Pentru situațiile prevăzute la alin. (2) și (3), CasaNațională de Asigurări de Sănătate, în baza solicitărilor fundamentate ale caselor de asigurări de sănătate, justificate de evoluția situației epidemiologice de la nivel local și/sau național, după caz, poate suplimenta creditele de angajament alocate inițial.

(6) Pentru unitățile sanitare cu paturi aflate în relațiecontractuală cu casele de asigurări de sănătate care acordă servicii în regim de spitalizare continuă pentru afecțiuni cronice se aplică prevederile alin. (1) lit. a) și b).

(7) Pentru unitățile sanitare cu paturi care acordă servicii înregim de spitalizare continuă prevăzute la alin. (1) și (2), cărora le sunt aplicabile prevederile alin. (1) lit. c), respectiv alin. (2), se încheie acte

adiționale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate serviciile medicale.

(8) Decontarea lunară pentru unitățile sanitare cu paturi carefurnizează servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare continuă, aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, se face potrivit prevederilor alin. (1)—(3), fără a mai fi necesară o regularizare trimestrială.

(9) Unitățile sanitare cu paturi raportează lunar și trimestrial datele aferente cazurilor rezolvate/serviciilor furnizate la casele de asigurări de sănătate și la Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București.

(10) Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București are obligația transmiterii lunar și trimestrial a datelor/informațiilor de confirmare clinică și medicală a activității unităților sanitare cu paturi, la termenele și potrivit reglementărilor Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea regulilor de confirmare din punctul de vedere al datelor clinice și medicale la nivel de pacient pentru cazurile spitalizate în regim de spitalizare continuă și de zi, precum și a metodologiei de evaluare a cazurilor neconfirmate din punctul de vedere al datelor clinice și medicale pentru care se solicită reconfirmarea.

Pentru unităţile sanitare cu paturi care acordă servicii în regim de spitalizare continuă, prin **cheltuieli efectiv realizate se înţelege totalitatea cheltuielilor aşa cum sunt prevăzute în clasificaţia bugetar**ă, cu excepţia celor care se suportă din alte surse decât Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate

PARACLINIC

(1) Pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, necesare monitorizării pacienților diagnosticați cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum și a pacienților diagnosticați cu boli oncologice, diabet, afecțiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice, sumele contractate cu casele de asigurări de sănătate se pot suplimenta prin acte adiționale după încheierea lunii în care au fost acordate investigațiile paraclinice.

(2) Pentru investigațiile paraclinice prevăzute la alin. (1) furnizorii de servicii medicale paraclinice vor ține evidențe distincte.

(3) Biletele de trimitere pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19 după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, eliberate în semestrul II al anului 2021, vor avea evidenţiat faptul că investigaţiile sunt recomandate pentru monitorizarea pacientului cu COVID-19.

(4) Biletele de trimitere pentru efectuarea investigaţiilor medicale paraclinice în regim ambulatoriu, necesare monitorizării pacienţilor diagnosticaţi cu boli oncologice, diabet zaharat, boli rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare şi boli neurologice, potrivit ghidurilor de practică medicală, aprobate prin ordin al ministrului sănătății, eliberate în semestrul II al anului 2021, vor avea evidenţiat faptul că investigaţiile sunt recomandate pentru afecţiunile respective.

(5) Investigaţiile paraclinice recomandate potrivit alin. (1) şi (2) vor fi efectuate în termenul de valabilitate a biletelor de trimitere, dar nu mai târziu de ultima zi a lunii în care încetează starea de alertă, declarată potrivit legii.

Începând cu luna iulie 2021, investigațiile recomandate de medicul de familie în cadrul consultațiilor de prevenție, acordate pentru toate categoriile de vârstă, s-au decontat din fondul alocat de casele de asigurări de sănătate pentru investigații paraclinice, prin intermediul contractelor încheiate cu furnizorii de servicii paraclinice, în limita valorilor de contract.

Excepție au facut investigațiile recomandate de medicul de familie în cadrul consultațiilor de prevenție efectuate asiguraților din lista proprie cu vârsta de peste 40 de ani, care au putut fi acordate de furnizorii de servicii paraclinice și peste valoarea de contract, în limita fondurilor alocate asistenței medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialități paraclinice. Astfel, în situația în care fondurile alocate de casa de asigurări de sănătate au fost epuizate la momentul în care asiguratul a solicitat acordarea serviciilor recomandate, acesta a beneficiat de investigații. Furnizorul a primit ulterior contravaloarea lor, peste valoarea de contract, prin încheierea unui act adițional, în baza documentelor care justifică acordarea investigațiilor recomandate de medicul de familie pentru

evaluarea stării de sănătate a asiguratului asimptomatic cu vârsta de peste 40 de ani (prevederile art. 2 alin. (4) din Anexa 18 la Ordinul ministrului sănătății și președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1068/627/2021 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2021 a Hotărârii Guvernului nr. 696/2021 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, tehnologiilor și dispozitivelor asistive în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2021—2022).

Niciun furnizor de servicii paraclinice nu a putut refuza acordarea investigațiilor recomandate de medicul de familie în cadrul consultației de prevenție pentru asiguratul din lista proprie cu vârsta de peste 40 de ani, pe motiv că s-au epuizat fondurile.

PACIENTI COVID-19

Din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se suportă serviciile medicale și medicamentele necesare pentru tratarea pacienților diagnosticați cu COVID-19 și a complicațiilor acestora, acordate persoanelor asigurate, persoanelor neasigurate, precum și altor persoane aflate pe teritoriul României.

PREVEDERI CETATENI STRAINI

(1) În cazul persoanelor asigurate din statele cu care România a încheiat documente internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au beneficiat pe teritoriul României de servicii medicale acordate în unități sanitare cu paturi, recuperarea cheltuielilor se face la nivelul tarifelor aferente serviciilor medicale sau, după caz, la nivelul sumei corespunzătoare decontului de cheltuieli pentru fiecare bolnav externat.

(2) Furnizorii de servicii medicale spitalicești prevăzuți la art. 215 alin. (1)—(3), cărora le sunt aplicabile, după caz, reglementările art. 215 alin. (1) lit. b), respectiv alin. (2) și (3), au obligația să transmită caselor de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală, în vederea recuperării cheltuielilor pentru serviciile prevăzute la alin. (1), pe lângă copii ale documentelor de deschidere de drepturi, și copii ale deconturilor de cheltuieli pe fiecare pacient externat.

Situația privind creditele de angajament aprobate și realizate la data de 31.12.2021

Mii lei

Denumire indicator	**Credite de angajament aprobate definitiv an 2021**	**Credite de angajament realizate la 31.12.2021**	**Credite de angajament nerealizate la 31.12.2021**	**Grad de realizare %**
Total general				
Materiale si prestari servicii cu caracter medical, din care:	**277.183,57**	**275.604,49**	*1.579,08*	99,43
I. Produse farmaceutice, materiale sanitare specifice si dispozitive medicale	**122.989,72**	**122.096,14**	*893,58*	99,27
1.Medicamente cu si fara contributie personala, din care:	61.418,95	61.002,16	*416,79*	99,32
~ activitatea curenta	53.890,04	53.482,75	*407,29*	99,24
~ sume cost volum-rezultat	0	0	0	0
~ sume cost volum	5.924,72	5.924,72	*0,00*	100,00
~ personal contractual	47,36	47,36	*0,00*	100,00
~ medicamente 40% - conform HG nr. 186/2009 privind aprobarea Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, cu modificările și completările ulterioare	1.556,83	1.547,33	*9,50*	99,39
2. Medicamente pentru boli cronice cu risc crescut utilizate in programele nationale cu	46.674,21	46.293,81	*380,40*	99,18

scop curativ, din care :				
Programe nationale	35.971,62	35.883,37	88,25	99,75
Sume pentru medicamente utilizate in programele nationale cu scop curativ care fac obiectul contractelor de tip COST VOLUM	10.702,59	10.410,44	*292,15*	97,27
3. Materiale sanitare specifice utilizate in programele nationale cu scop curativ	1.580,93	1.575,83	5,10	99,68
4. Servicii medicale de hemodializa si dializa peritoneala	**10.406,63**	**10.315,34**	***91,29***	99,12
5. Dispozitive si echipamente medicale	**2.909,00**	**2.909,00**	***0,00***	100,00
II. Servicii medicale in ambulator:				
1. Asistenta medicala primara, din care:	**30.958,47**	**30.905,13**	53,34	99,83
~ activitatea curenta	27.559,00	27.547,35	*11,65*	99,96
~ centre de permanenta	2.199,32	2.184,82	*14,50*	99,34
~ servicii de monitorizare a starii de sanatate a pacientilor in conditiile art.8, alin.3^1-3^3 din Legea 136/2020	881,89	854,70	*27,19*	96,92
~ finantarea activitatii prestate de medicii de familie potrivit OUG nr 3/2021, cu modificarile si completarile ulterioare	318,26	318,26	*0,00*	100,00
2. Asistenta medicala pentru specialitati clinice	**11.823,00**	**11.477,78**	***345,22***	97,08
3. Asistenta medicala stomatologica	**1.643,00**	**1.639,95**	*3,05*	99,81
4.Asistenta medicala pentru specialitati paraclinice din care:	**7.177,52**	**7.166,29**	*11,23*	99,84
~ activitatea curenta	7.170,52	7.159,68	*10,84*	99,85
~ sume pentru evaluarea anuala a bolnavilor cu diabet zaharat (hemoglobina glicata)	7,00	6,61	*0,39*	94,43
5. Asistenta medicala in centrele medicale multifunctionale	**480,00**	**479,88**	*0,12*	99,98
IV. Spitale generale, din care:	**97.286,02**	**97.018,65**	*267,37*	99,73
~ activitatea curenta	97.286,02	97.018,65	*267,37*	99,73
VI. Ingrijiri medicale la domiciliu	34,00	28,84	***5,16***	84,82
VII. Prestatii medicale acordate in baza documentelor internationale	4.791,84	4.791,83	***0,01***	100,00

Situaţia privind numărul de contracte în anul 2021

La data de 31.12.2021, Casa de Asigurari de Sanatate are incheiate un numar total de 296 contracte cu furnizorii de servicii medicale, medicamente si dispozitive medicale, detaliate pe domenii de asistenta medicala,astfel :

Nr. crt.	Tipul de asistenta medicala	Nr. Contracte aflate în derulare la 31.12.2021
1.	Asistenta medicala primara	101

2.	Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru **specialitatile clinice**	13
3	**a) Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialităţile paraclinice din care :**	**6**
	- nr. contracte incheiate cu furnizori de servicii medicale paraclinice: analize medicale de laborator / radiologie si imagistica / anatomie patologica	6
	acte aditionale incheiate cu medicii de specialitate din specialitatile clinice pentru ecografii	-
	acte aditionale incheiate cu medicii de familie pentru EKG si ecografie generala (abdomen si pelvis	-
4	a) Asistenţa medicală de specialitate de **recuperare, medicină fizică şi balneologie** (unităţi sanitare ambulatorii de recuperare, medicină fizică şi balneologie)	3
5	Asistenta medicala ambulatorie de specialitate pentru specialitatea medicină dentară	60
6	Asistenta medicala spitaliceasca	6
7	Ingrijiri medicale la domiciliu	2
8	Acordarea medicamentelor cu si fara contributie personala in tratamentul ambulatoriu	39
9	Acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperarii unor deficiente organice sau fiziologice	66
NR. TOTAL CONTRACTE AFLATE IN DERULARE LA 31.12.2021		**296**

2.1.1 Asistenţa medicală primară

Furnizarea serviciilor medicale in asistenţa medicală primară la data de 31.12.2021 s-a asigurat în baza a 101 contracte Asistenţa medicală primară a fost asigurată de către medicii care au dreptul să desfăşoare activitate ca medici de familie potrivit Legii nr. 95/2006, cu modificările şi completările ulterioare, în cabinete organizate conform prevederilor legale în vigoare:

- 6 cabinete organizate ca unităţi medico-sanitare cu personalitate juridică, înfiinţate potrivit Legii nr. 31/1990 privind societăţile comerciale.
- 95 cabinete medicale individuale, asociate sau grupate din care 5 cu puncte de lucru.

Situația privind gradul de acoperire cu medici de familie a județului SJ

Nr. crt.	Indicatori	Urban	Rural	Total
1.	**Nr.contracte**	47	54	101
2.	**Nr. medici aflaţi în relaţie contractuală cu CAS Sălaj, din care:**	51	55	106
2.1.	**-medici fără specialitate**	2	6	8
2.2.	**-medici specialişti**	14	27	41
2.3.	**-medici primari**	35	22	57
3	**Nr. total persoane înscrise la medic de familie, din care:**	112676	96035	208711
3.1.	**- asiguraţi**	93913	77526	171439
3.2.	**- neasiguraţi**	18763	18509	37272
4	**Nr. UAT neacoperite cu medici de familie**	0	5	5

Cabinetele medicale din asistenta medicala primara, pot beneficia de o majorare a punctajului "per capita" in conformitate cu prevederile Ordinului MS/CNAS nr.391/187/2015-modificata, astfel, in anul 2021 48 de cabinete, avand 57 de medici au beneficiat de un procentul de majorare cuprins intre 5% si 30% acordat de catre Comisia paritara constituite la nivelul C.A.S. Sălaj.

Asigurarea continuitatii asistentei medicale primare in regim de garda pentru colectivitatile locale arondate, in afara programului normal de lucru al cabinetelor de medicina de familie se realizeaza prin intermediul centrelor de permanenta.

Programul de garzi in centrele de permanenta se desfasoara de la ora 15 pana a doua zi dimineata la ora 8, insemnand in timpul saptamanii 17 ore/ garda, iar sambata, duminica si sarbatorile legale numarul de ore de garda este de 24 . Pentru medicii coordonatori de centru se deconteaza 50 lei /ora, pentru ceilalti medici din cadrul centrului 44 lei /ora, iar pentru asistentii medicali 22 lei/ora.

Medicii din centrele de permanenta asigura asistenta medicala in limita competentei pe care o au, pentru cazurile ce depasesc competenta medicului de familie se apeleaza la serviciile de urgenta

In judetul Sălaj functioneaza la data de 31.12.2021 un numar de 5 centre de permanenta, cu un numar total de de medici, organizate astfel :

Nr. crt.	Denumire centru de permanenţă	Zonele arondate	Nr. contracte la data de 31.12.2021	Nr. medici care asigură asistenţa medicală
1	**CP Zalău**	Mun.Zalău, Agrij, Bocsa, Buciumi, Cosei, Criseni, Hereclean, Mirsid, Romanasi	5	5
2	**CP Cehu-Silvaniei**	Cehu-Silvaniei, Sălăţig, Benesat,Năpradea, Dobrin	4	5
3	**CP Crasna**	Crasna,Meseșeni,Horoatul-Crasnei,Cizer,Bănișor, Sag	5	5
4	**CP Hida**	Hida,Dragu,Almașu,Simnihaiul Almasului, Fildu de Jos, Cuzaplac, Zimbor	5	5
5	**CP Șimișna-Lenuța**	Șimișna,Poiana Blenchii, Rus, Galgau, Ileanda, Letca, Lozna, Zalha	5	5
	TOTAL		**24**	**25**

Conform noilor reglementări elaborate în perioada pandemiei cu virusul SARS-COV2 medicii de familie au încheiat contracte pentru monitorizarea la domiciliu a pacienților oligosimptomatici sau asimptomatici, pacienți pentru care nu este necesară internarea în unitățile de asistență spitalicească, precum si contracte pentru implicarea în procesul de vaccinare anti-COVID 19.

La 31.12.2021 CAS Sălaj avea incheiate cu medicii de familie un numar ***de 100 contracte* in vederea furnizarii serviciilor de monitorizare a stării de sănătate a populatiei .**

De asemenea,la 31.12.2021 CAS Sălaj avea incheiate cu medicii de familie un numar de **27contracte pentru implicarea în procesul de vaccinare anti-COVID 19 .**

2.1.2 Asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţi clinice

Cabinetele medicale de specialitate din ambulatoriul oferă următoarele categorii de servicii:

• servicii medicale preventive;
• de stabilire a diagnosticului;
• de efectuare a tratamentului în regim ambulatoriu;
• servicii medicale de urgență, în limita competenței și a dotării cabinetelor cu aparatură,medicamente și instrumentar medical.

Pacienții asigurați au acces la toate serviciile medicale pentru toate specialităţile clinice prevăzute în pachetele de servicii medicale., acestea fiind decontate de casele de asigurări, în timp ce persoanele neasigurate beneficiază de servicii medicale de urgență.

Furnizarea serviciilor medicale din ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice s-a asigurat în baza a 11 contracte pentru 29 de specialități

Contractele incheiate se prezinta astfel:

- 4 contracte cu furnizori din sistem public, unităţi sanitare spitaliceşti care au în structură ambulatorii integrate;
- 9 contracte cu furnizori din sistem privat organizaţi conform prevederilor legale.

În anul 2021 asiguratii au beneficiat de un numar de 199.646 servicii, astfel:

- consultatii-150.845,
- servicii pe diferite specialitati clinice-42.292
- servicii conexe-6.509.

Comisiile paritare au stabilit specialităţile clinice deficitare înregistrate la nivelul judeţului Sălaj

2.1.3 Asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialităţi paraclinice

Persoanele asigurate beneficiază de toate investigațiile paraclinice, necesare pentru stabilirea diagnosticului. Ele sunt efectuate în regim ambulatoriu și decontate de casele de asigurări, la recomandarea medicului de familie sau a medicului specialist, în funcție de diagnosticul prezumtiv.

Asigurații beneficiază de servicii paraclinice (analize de laborator si imagistica medicala (radiografii,ecografii, CT, RMN etc.) pe baza biletului de trimitere, emis de medicul de familie sau de medicii specialiști din ambulatoriu, prin programare la furnizorul de servicii paraclinice, aflat în contract cu casa de asigurări de sănătate, aceeași cu care se află în contract și medicul prescriptor, în limita unei valori de contract.

Furnizarea serviciilor medicale paraclinice - analize medicale de laborator, radiologie și imagistică medicală și anatomie patologică s-a asigurat de 6 furnizori, din care:

- Analize medicale de laborator 2 furnizori
- Radiologie și imagistică medicală 1 furnizor
- Analize medicale de laborator si radiologie si imagistica 3 furnizori
- Anatomie patologică-1 furnizor

În acest an au fost efectuate şi decontate un număr de 313.095 de servicii medicale paraclinice, din care:

- Analize medicale de laborator: 298.873
- Analize medicale de radiologie si imagistică: 24.515
- Anatomie patologică : 358
- Servicii medicale paraclinice – evaluarea anuală a bolnavilor cu diabet zaharat (hemoglobină glicozilata): 349

Pentru pacienţilor diagnosticaţi cu COVID-19, după externarea din spital sau după încetarea perioadei de izolare, precum şi a pacienţilor diagnosticaţi cu boli oncologice, diabet zaharat, afecţiuni rare, boli cardiovasculare, boli cerebrovasculare, boli neurologice care necesita monitorizare a fost alocat, **peste valoarea de contract**, in funcție de realizari un buget in valoare de 1.764,56 mii lei, prin încheierea unor acte adiţionale de suplimentare a sumelor contractate, după încheierea lunii în care au fost acordate investigaţiile paraclinice

2.1.4 Asistenţa medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică şi de reabilitare

Furnizarea serviciilor medicale de medicină fizică și reabilitare s-a asigurat de 3 furnizori.

Perioada pentru care se decontează procedurile specifice de recuperare, medicină fizică şi balneologie este de maximum 21 zile/an/asigurat atât la copii cât şi la adulţi cu excepţia copiilor 0 - 18 ani cu diagnostic confirmat de paralizie cerebrală, când se acordă proceduri medicale specifice de recuperare, medicină fizică şi balneologie pentru o perioadă de maximum 42 de zile pe an/asigurat, aceste perioade putând fi fracţionate în maximum două fracţiuni, în funcţie de afecţiunea de bază la recomandarea medicului de specialitate recuperare, medicină fizică şi balneologie

În anul 2021 au beneficiat de servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare un număr de 2.585 de asigurați.

Servicii medicale de medicină fizică și de reabilitare acordate si decontate:

- Consultații medicale de specialitate fără proceduri: 2041

- Consultații medicale de specialitate cu proceduri : 22
- Proceduri specifice incluse in zilele de tratament de recuperare medicală: 42.291
- Număr de zile de tratament cu proceduri de masaj si/sau kinetoterapie: 10.322
- Număr de zile de tratament cu proceduri altele decat de masaj si/sau kinetoterapie:. 879

2.1.5 Asistenţa medicală de specialitate din ambulatoriu pentru specialitatea medicină dentară

Pentru asigurarea acordării serviciilor de medicină dentară în anul 2021 au fost prelungite prin acte aditionale pana la 31.07.2021 un nr. de 59 contracte existente.

Incepand cu data de 01.08.2021 au fost inceiate un numar de 51 contracte, 56 din randul furnizorilor vechi si un numar de 5 contracte cu furnizori noi, din care 25 furnizori din mediul rural și 36 din mediul urban.

Furnizarea acestor servicii a fost asigurată de 70 medici cu următoarea structură, în funcţie de gradul profesional:

Numărul medici de medicină dentară aflati in relatie contractuala cu CAS din care:						**Numărul medici de medicină dentară aflati in relatie contractuala cu CAS SJ**
Urban			**Rural**			
medici de medicina dentara **primari**	medici de medicina dentara **specialisti**	medici de medicina dentara	medici de medicina dentara **primari**	medici de medicina dentara **specialisti**	medici de medicina dentara	
3	*9*	28	0	7	23	70

La stabilirea valorilor de contract au fost avute in vedere prevederile legislative referitoare la gradul profesional al medicilor, locatia cabinetelor medicale, respectiv in mediul urban sau rural si suma orientativă/medic specialist/lună la nivel naţional de 2.000 lei/lună.

Pacienții beneficiază de servicii stomatologice din pachetul de bază, în funcție de categoria de asigurat din care fac parte- copii 0-18 ani, peste 18 ani, beneficiari ai legilor speciale.

Astfel, de serviciile de tip profilactic beneficiază atât copiii, cât și persoanele încadrate prin legi speciale, CJAS decontând, în acest caz 100% din tariful serviciului respectiv.

Pentru unele servicii (ex. extracția sau proteza acrilică), în cazul asiguraților cu vârsta de peste 18 ani, decontarea din fond este la un nivel de 60% din tariful practicat în sistemul de asigurări de sănătate

In anul 2021 au fost decontate un numar de 16739 de servicii in valoare de 1.639,95 mii lei

2.1.6 Asistenta medicală spitalicească

Furnizarea de servicii medicale spitalicesti se deruleaza in anul 2021 in baza contractelor incheiate cu 6 spitale, din care două unităţi sanitare private pentru furnizarea de servicii medicale, asigurandu-se astfel accesul la acest tip de servicii medicale pentru pacientii din toate zonele judetului Sălaj .

- Spitalul Judeţean de Urgenţă Zalău
- Spitalul Orasenesc Prof Dr Ioana Pușcaș-Șimleu Silvaniei
- Spitalul Orașenesc dr.Traian Herța -Jibou
- Spitalul de Boli Cronice Crasna
- Fundația Acasa-Centrul de Recuperare si Tratament
- SC Salvosan Ciobanca- Zalau

Nr. Crt.	Cod CNAS	Denumirea unităţii sanitare cu paturi	Tip finanțare	Numar paturi **spitalizare continua**,conform structurii aprobate de Ministerul Sanatatii	Numar de paturi diminuate	**Numarul de paturi contractabile in anul 2021, dupa aplicarea prevederilor Planului National de Paturi, din care:**	***acuti***	***cronici***
1	SJ01	Spitalul Judeţean de Urgenţă Zalău	public	733	29	704	648	56
2	SJ02	Spitalul Or. Prof Dr Ioana Pușcaș-Șimleu Silvaniei	public	215	56	159	135	24
3	SJ03	Spitalul Or. Dr.Traian Herța - Jibou	public	105	24	81	51	30
4	SJ05	Spitalulde Boli Cronice Crasna	public	50	24	34	0	34
5	SJ09	Fundația Acasa-Centrul de Recuperare si Tratament	privat	120	53	67	0	67
6	SJ10	SC Salvosan Ciobanca- Zalau	privat	60	50	10	0	10
		TOTAL		**1283**	**228**	**1055**	**834**	**221**

Pe parcursul anului 2021, numarul de paturi contractate pe fiecare unitate sanitara a ramas neschimbat, doar in cadrul unităților sanitare **nominalizate ca spitale** suport pentru pacienţii testaţi pozitiv sau suspecţi cu virusul SARS - CoV – 2, in baza Planului de rezilienta judetean , a avizelor provizorii eliberate de DSP Sălaj au fost modificări doar in numarul de paturi **rezervate circuitului COVID**.

Situatia privind numarul de cazuri externate respectiv sumele contractate si decontate pentru serviciile medicale spitalicesti este prezentata in tabelul de mai jos:

mii lei

Indicator	An 2021
Nr. cazuri externate	67380
Sume contractate	97.286,02
Sume decontate	97.018,65

Casa de Asigurări de Sănătate Sălaj a contractat in anul 2021 întreaga sumă alocată de Casa Naţională de Asigurări de Sănătate cu destinaţie servicii medicale spitaliceşti, luând în calcul indicatorii specifici fiecărei unităţi sanitare cu paturi, conform prevederilor legale;

In anul 2021 s-a reglementat modalitatea de contractare și decontare a serviciilor medicale spitalicești acordate în regim de spitalizare continuă și în regim de spitalizare de zi; prin măsurile privind decontarea serviciilor medicale spitalicești s-a asigurat continuitate în acordarea acestui tip de servicii, preîntâmpinându-se apariția unor disfuncționalități majore în asigurarea accesului bolnavilor la serviciile medicale preventive și curative, precum și la tratamentul necesar.

În ceea ce priveşte **decontarea serviciilor medicale pentru unităţile sanitare cu paturi**, aceasta s-a facut, după caz: **la nivelul cheltuielilor efectiv realizate** în situaţia în care acestea

depăşesc nivelul contractat -pentru unităţile sanitare cu paturi care acordă servicii medicale spitaliceşti pacienţilor diagnosticaţi cu COVID – 19).

Cod CNAS	Denumirea unităţii sanitare cu paturi	Tip	DRG /ACUTI NON DRG,	CRONICI	INGRIJIRI PALEATIV E	SPITALIZ ARE DE ZI	Cheltuiala efectivă în limita contractului	Cheltuiala realizată valoarea de
SJ01	Spitalul Judetean de Urgenta Zalau	**public**	38.503,71	1.619,66	0,00	3.892,56	14.367,38	
SJ02	SPITALUL OR."PROF.DR.IOAN PUSCAS" SIMLEU SILVANIEI	**public**	2.451,82	118,62	0,00	534,85	6.300,32	
SJ03	SPITALUL ORASENESC JIBOU	**public**	2.371,78	285,23	0,00	421,29	534,79	
SJ05	SPITALUL DE BOLI CRONICE CRASNA	**public**	77,01	335,33	274,97	0,00	871,10	
SJ09	FUNDATIA ACASA-CRTI-ZALAU	**privat**	0,00	5.486,93	0,00	0,00	0,00	
SJ10	SC"SALVOSAN CIOBANCA I"SRL ZALAU	**privat**	0,00	0,00	754,21	481,21	0,00	
	TOTAL		**43.404,32**	**7.845,77**	**1.029,18**	**5.329,91**	**22.073,59**	

Medicii din spital au putut elibera, la externarea asiguratului, prescripţie medicală pentru medicamente cu și fără contribuţie personal în ambulatoriu, pentru o perioadă de până la 90 de zile, cu excepţia medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volumrezultat pentru care durata de prescriere este de până la 30 zile.

2.1.7 Îngrijiri la domiciliu

Serviciile de ingrijiri medicale la domiciliu constituie o alternativa mult mai ieftina pentru sistemul de sanatate si in acelasi timp, una care duce la cresterea calitatii vietii pacientilor, urmarindu-se ca asiguratii care prezinta un anumit nivel de dependenta si o capacitate limitata de a se deplasa la o unitate sanitara in vederea asigurarii ingrijirilor ambulatorii recomandate de medici, sa beneficieze de anumite tratamente de durata la domiciliu.

Pe parcursul anului 2021 C.A.S. SĂLAJ a incheiat contracte cu 2 furnizori de servicii medicale de îngrijiri la domiciliu,.

Un asigurat poate beneficia, pe parcursul unui an, de 90 de zile de îngrijiri, în episoade de îngrijire de maximum 30 de zile. Îngrijirile medicale se referă la administrarea de medicamente intramuscular sau intravenos, îngrijirea escarelor, monitorizarea funcțiilor vitale, TA (tensiune arterială), puls, respirație etc.

In anul 2021 :

Nr.beneficiari	38
Nr. Total zile decontate	484
Nr. de servicii decontate	2284

2.1.8 Farmacii

În anul 2021 Incepand cu data de 01.08.2021 au fost incheiate un numar de 39 contracte pentru eliberarea medicamentelor cu şi fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu şi 39 de contracte pentru eliberarea medicamentelor şi materialelor sanitare specifice programelor naţionale de sănătate.

În structura celor 39 de furnizori aflați în relație contractuală cu CAS SJ la data de 31.12.2021, 16 in mediu urban si 23 in mediu rural, se află 90 puncte farmaceutice prin care se eliberează medicamente în tratamentul ambulatoriu, din care:

- 72 farmacii comunitare, din care:
  - 36 de farmacii în mediu urban;
  - 36 de farmacii în mediu rural.
- 18 oficine locale de distribuţie în mediu rural.

Consumul de medicamente compensate si gratuite si pe programe nationale de sanatate in anul 2021 se prezinta astfel:

LUNA	**total C+G**	**TOTAL PNS**	total C+G+PNS
ianuarie	4.516.930,31	4.365.942,41	8.882.872,72
februarie	4.358.875,81	2.711.457,16	7.070.332,97
martie	5.178.885,19	4.710.613,31	9.889.498,50
trim I	14.054.691,31	11.788.012,88	25.842.704,19
aprilie	4.887.515,62	4.300.561,80	9.188.077,42
mai	4.846.486,73	4.344.534,89	9.191.021,62
iunie	5.065.686,24	4.416.716,90	9.482.403,14
trim.II	14.799.688,59	13.061.813,59	27.861.502,18
iulie	5.146.264,57	4.450.647,23	9.596.911,80
august	4.913.161,85	4.600.114,71	9.513.276,56
septembrie	5.550.437,08	4.634.147,00	10.184.584,08
trim. III	15.609.863,50	13.684.908,94	29.294.772,44
octombrie	5.650.507,43	4.291.723,08	9.942.230,51
noiembrie	5.365.778,86	4.488.198,64	9.853.977,50
decembrie	5.719.580,79	4.539.322,69	10.258.903,48
trim. IV	16.735.867,08	13.319.244,41	30.055.111,49
total consum 2021	**61.200.110,48**	**51.853.979,82**	**113.054.090,30**
consum mediu lunar	5.100.009,21	4.321.164,99	9.421.174,19

Programele naționale de sănătate se adresează populației și sunt menite să promoveze sănătatea, să prevină îmbolnăvirile și să prelungească viața.

Eliberarea medicamentelor si materialelor sanitare din cadrul programelor nationale de sanatate cu scop curativ se face prin farmaciile cu circuit deschis sau prin farmaciile cu circuit inchis din cadrul spitalelor care sunt in relatii contractuale cu CAS Sălaj .

Exista 39 contracte pentru derularea programelor nationale de sanatate prin farmacii cu circuit deschis si 1 contract cu farmacie cu circuit inchis - Spitalul Jud. de Urgenta Zalău si un centru private de dializa- S.C. “FRESENIUS NEPHROCARE” la Zalău.

Realizari PNS- Spitalul Judetean de Urgenta Zalău

LUNA/PNS	***DIABET-medicamente***	***DIABET-materiale***	***Oncologie***	***Oncologie cost-volum***	***Ortopedie***	***Endocrinologie***	***Hemofilie***	***Talasemie***
IANUARIE.			8.387,55				84.251,55	
FEBRUARIE	8.318,24		340.981,66	700.457,02			70.399,46	
MARTIE	6.631,34	35.391,55	230.947,64	656.451,73	26.945,89	1.984,24	85.147,30	5.983,20
TRIM I	**14.949,58**	**35.391,55**	**580.316,85**	**1.356.908,75**	**26.945,89**	**1.984,24**	**239.798,31**	**5.983,20**
APRILIE		0,00	95.646,52	608.685,87			63.365,64	

MAI	1.982,71	0,00	17.012,40	26.177,61				
IUNIE	991,36	26.723,35	188.122,63	672.145,07			126.123,15	
TRIM II	**2.974,07**	**26.723,35**	**300.781,55**	**1.307.008,55**	**0,00**	**0,00**	**189.488,79**	**0,00**
IULIE		0,00	249.939,92	431.930,64				
AUGUST	2.982,83	0,00	351.719,85	373.063,51				
SEPTEMBRIE		13.555,65	898.005,29	570.455,07	9.919,00		144.409,42	
TRIM III	**2.982,83**	**13.555,65**	**1.499.665,06**	**1.375.449,22**	**9.919,00**	**0,00**	**144.409,42**	**0,00**
OCTOMBRIE	11.797,72	0,00	283.722,49	805.286,49				
NOIEMBRIE		0,00	107.107,76				82.592,71	
DECEMBRIE	2.975,61	43.733,57	999.602,05	2.311.506,17	25.913,66		44.066,58	
TRIM IV	**14.773,33**	**43.733,57**	**1.390.432,30**	**3.116.792,66**	**25.913,66**	**0,00**	**126.659,29**	**0,00**
AN 20021	**35.679,81**	**119.404,12**	**3.771.195,76**	**7.156.159,18**	**62.778,55**	**1.984,24**	**700.355,81**	**5.983,20**

Realizari Dializa S.C. “FRESENIUS NEPHROCARE” ZALĂU

Tip dializa	Nr.pacienti	Numar sedinte an	Tarif/sedinta	Valoare an
HD	110	16.072	**561,00**	9.016.392
HDF	18	1.974	**636,00**	1.255.464
DP	1	9,00	**4.832,00**	43.488,00
Total	129	**18.055,00**	**X**	**10.315.344,00**

2.1.9 Dispozitive medicale

Furnizarea dispozitivelor medicale s-a asigurat prin activitatea desfășurată de 66 de furnizori care au încheiat acte aditionale de prelungire a contractelor pana la 31.12.2021.

În baza contractelor încheiate s-a asigurat accesul asiguraților la următoarele tipuri de dispozitive medicale:

1. Dispozitive de protezare în domeniul O.R.L.
2. Dispozitive pentru protezare stomii
3. Dispozitive pentru incontinenţă urinară
4. Proteze pentru membrul inferior
5. Proteze pentru membrul superior
6. Orteze (pentru coloană vertebrală, pentru membrul superior, membrul inferior)
7. Încălţăminte ortopedică
8. Dispozitive pentru deficienţe vizuale
9. Echipamente pentru oxigenoterapie
10. Dispozitive pentru terapia cu aerosoli
11. Dispozitive de mers
12. Proteză externă de sân.

In anul 2021 au fost emise 2632 decizii pentru un numar de 8175 de dispozitive medicale.

Situația privind acordarea dispozitivelor medicale destinate recuperării unor deficiențe organice sau funcționale în ambulatoriu la data de 31.12.2021

Nr. crt.	Dispozitive medicale	Numar decizii eliberate în anul 2021	Valoare
1	Dipozitive de protezare în domeniul ORL	239	256134,41
2	Dispozitive pentru protezare stomii	2804	762093,8179
3	Dispozitive pentru incontinenţă urinară	1028	518133,25
4	Proteze pentru membrul inferior	61	297801,79
5	Proteze pentru membrul superior	3	9949,93
6	Orteze pentru coloana vertebrala	131	57996,87
7	Orteze pentru membru superior	24	18
8	Orteze pentru membru inferior	189	32303,79
9	Încălţăminte ortopedică	60	18480,44
10	Dispozitive pentru deficienţe vizuale		
11	Echipamente pentru oxigenoterapie	4269	805967,7688
12	Dispozitive pentru terapia cu aerosoli		
13	Dispozitive de mers	250	129963,69
14	Proteză externă de sân	49	20099,95
	TOTAL	9107	2908943,71

2.2 Compartiment Acorduri, Regulamente și Formulare europene.

Activitatea privind eliberarea/primirea formularelor europene si decontarea serviciilor medicale primite de asiguratii romani pe teritoriul statelor membre UE, Spaţiul Economic European sau Confederaţiei Elveţiene si a serviciilor medicale primite de cetatenii asigurati in alte state membre UE , acordate de furnizorii de servicii medicale din judetul nostru, se desfasoara in cadrul ***compartimentului acorduri, regulamente si formulare europene.***

SCOPUL SI OBIETIVELE STRUCTURII

SCOPUL: aplicarea regimurilor de securitate socială a asiguraţilor români si membrilor familiilor acestora care se deplasează în interiorul Comunităţii precum şi a cetăţenilor străini din statele membre UE sau din statele cu care România are încheiate acorduri în domeniul sănătăţii, care beneficiază de servicii medicale în România.

Lucrătorii salariaţi şi lucrătorii independenţi, funcţionarii, titularii unei pensii, studenţii, turiştii şi alte categorii de persoane care-şi exercită dreptul lor de a se deplasa şi de a rămâne un timp, în mod liber, în interiorul UE sau în state între care există acorduri bilaterale sunt confruntaţi cu multe aspecte şi probleme legate de securitatea socială: numeroşi lucrători se expun riscului să fie asiguraţi de două ori sau deloc, putând astfel să piardă drepturile de prestaţii de securitate socială când nu ar avea posibilitatea de a obţine altele. Iată de ce este nevoie de dispoziţii europene aplicabile în toată Europa, precum şi de reglementări în baza acordurilor, pentru a garanta o protecţie eficientă şi completă.

OBIECTIVE

- Procesarea dosarelor aferente CEASS, a formularelor europene si emiterea acestora;
- Realizarea unei evidente cât mai riguroase a documentelor justificative pentru acordarea asistenţei medicale în România cetăţenilor statelor membre ale UE, cetăţenilor statelor cu care România a încheiat acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale de reciprocitate

în domeniul sănătăţii şi ştiinţelor medicale, precum şi cetăţenilor români aflaţi pe teritoriul acestor state, în contra partidă;

- Întocmirea şi completarea corectă a formularelor specifice pentru cetăţeni străini şi români care beneficiază de asistenţă medicală în România, respectiv în străinătate în baza acordurilor;
- Eliberarea şi expedierea formularelor specifice în conformitate cu prevederile legale în vigoare;
- Realizarea unei comunicări clare si complete, verbale şi scrise, ca răspuns la solicitările persoanelor fizice si juridice române şi străine, privind modul în care asiguratii pot beneficia de asistenţă medicală în baza regulamentelor si acordurilor internaţionale;
- Realizarea riguroasă a evidenţei eliberării şi expedierii formularelor specifice în conformitate cu prevederile legale în vigoare;

Compartimentul **A*corduri, Regulamente si Formulare europene.*** operează cu instrumente specifice (FORMULARE EUROPENE ŞI ÎN BAZA ACORDURILOR INTERNAŢIONALE şi CARDUL EUROPEAN DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE) menite să certifice statutul de asigurat, să confere acest statut diferitelor categorii de persoane din statele membre UE sau din statele cu care România are încheiate acorduri bilaterale.

1.Serviciile medicale acoperite de cardul European

Asiguratul care posedă card european beneficiază de serviciile medicale devenite necesare, în timpul şederii temporare pe teritoriul unui stat membru al UE/SEE/Confederaţiei Elveţiene, in aceleaşi condiţii ca şi asiguraţii din ţara în care s-a deplasat.

Prin ședere temporară se înțelege deplasarea unei persoane în unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/SEE/Confederaţia Elveţiană pentru motive turistice, profesionale, familiale sau pentru studii, pentru o perioadă de timp de cel mult 6 luni.

Este însă posibil ca, pentru anumite servicii, să fie necesară co-plata, chiar dacă în România aceleaşi servicii sunt decontate integral. Acest lucru depinde de sistemul de asigurări din ţara în care ne sunt acordate aceste servicii.

Cardul european **nu acopera** situaţia în care asiguratul se deplasează întru-un stat membru al UE/SEE/Confederaţiei Elveţiene/UK în scopul obţínerii unui tratament medical planificat.

Pentru tratamente planificate asiguratii pot beneficia de servicii medicale prin intermediul formularului S2(fostul E112) , care se elibereaza pentru servicii medicale ce nu se pot acorda in tara si prin intermediul HG 304/2014 pentru servicii medicale programate si platite de asigurat in alta tara din UE, pentru care ulterior va depune cerere de rambursare la casa de asigurari.

Cardul european acoperă numai serviciile medicale acordate de furnizorii care fac parte din sistemul de securitate socială din ţara respectivă.

Titularii Cardului European emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene, Spaţiul Economic European sau Confederaţia Elveţiană în perioada de valabilitate a cardului, beneficiază de servicii medicale în Romania în aceleaşi condiţii ca şi persoanele asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din ţara noastră. Furnizorii de servicii medicale aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate au obligaţia de a acorda asistenţă medicală necesară, urmând a evidenţia şi raporta distinct caselor de asigurări sociale de sănătate, serviciile medicale acordate pentru aceste categorii de persoane.

Decontarea serviciilor medicale aferente cardului european se face la nivel interinstituţional.

In anul 2021 la Casa de Asigurari de Sanatate Sălaj s-au inregistrat un numar de **2.286** de solicitari pentru cardul European de asigurari sociale de sanatate.

Situatia cererilor se prezinta astfel:

	Nr.solicitari CEASS(carduri europene) AN 2021
IANUARIE	75

FEBRUARIE	47
MARTIE	65
APRILIE	62
MAI	155
IUNIE	375
IULIE	647
AUGUST	364
SEPTEMBRIE	197
OCTOMBRIE	92
NOIEMBRIE	109
DECEMBRIE	98
TOTAL	**2.286**

2.FORMULARE EUROPENE EMISE SI PRIMITE DIN STATELE MEMBRE UE /Spatiul Economic/Elvetia/UK

Activitatea privind eliberarea/primirea formularelor europene si decontarea serviciilor medicale primite de asiguratii romani pe teritoriul statelor membre UE/SEE/ELVETIA si a serviciilor medicale primite de cetatenii asigurati in alte state membre UE ,acordate de furnizorii de servicii medicale din judetul nostru ,se desfasoara in cadrul compartimentului acorduri,regulamente si formulare europene.

Formularele europene utilizate de Casa de Asigurari de Sanatate Sălaj privind aplicarea regimurilor de securitate sociala in raport cu lucratorii salariati,cu lucratorii independenti si cu familiile acestora care se deplaseaza in cadrul Comunitatii europene sunt:

-**Formularul European E104** , similar S041 care reprezinta "**Atestat privind totalizarea perioadelor de asigurare,de munca,de resedinta**" ,se elibereaza persoanei interesate inainte de plecarea din tara si care doreste sa inceapa o noua activitate intr-un stat membru UE pentru a face dovada asigurarii conform legislatiei pe care o aplica institutia de care apartinea asiguratul.Daca nu este solicitat de persoana inainte de plecare,poate fi solicitat de institutia din noul statul de resedinta prin intermediul altui formular European E107 "Cerere de atestat privind dreptul la prestatiile in natura";

-**Formularul European E106, similar S1, S072** ,reprezinta "**Atestat privind dreptul la prestatiile in natura ale asigurarii de boala-maternitate in cazul persoanelor care isi au resedinta intr-un alt stat decat statul competent "**.Acest formular E106 ,din mai 2010 a fost inlocuit conform regulamentelor europene cu formularul S1 "Inregistrare pentru asigurare medicala" .Prin urmare formularul S1 (E106) se elibereaza la cererea salariatului detasat,studentului asigurat in Romania si care pleaca cu bursa Erasmus in unul din statele membre UE unde are resedinta;

-**Formularul European E109, similar S1, S072** denumit **"Atestat pentru inscrierea membrilor familiei persoanei asigurate sia ctualizarea listelor"** si care la fel ca formularul E106 a fost inclocuit cu formularul S1 din mai 2010.Se elibereaza pentru copiii salariatilor detasati in unul din statele membre UE;

-**Formularul European E121, similar S1, S072** "**Atestat pentru inscrierea titularilor de pensie ,a membrilor familiei acestora (sot/sotie) si actualizarea listelor",**inlocuit din mai 2010 cu formularul S1 "Inregistrare pentru asigurare medicala".Se elibereaza pentru titularii de pensie ,a membrilor familiei acestora care au resedinta in alt stat membru UE si care doresc sa se inscrie in statul respectiv ca asigurat in vederea obtinerii de servicii medicale conform legislatiei din acea tara **Perioada de valabilitate a formularului European S1(E121) este nelimitata ,valabilitate care inceteaza in cazul decesului persoanei posesoare de formular sau la solicitarea scrisa a persoanei, de revenire in tara.**

-**Formularul European E108**, similar S016, S018"**Notificarea suspendarii sau suprimarii dreptului la prestatiile in natura ale asigurarii de boala-maternitate"** care se intocmeste pentru cele 3 formulare E106,E109,E121 in cazul in care casa de asigurari constata in urma verificarilor ca

persoana care a obtinut unul din aceste formulare nu mai indeplineste conditiile de asigurari.Prin acest formular se comunica institutiei din statului mmebru UE data de la care persoana nu mai este asigurata;

-<u>Formularul European E112, similar S2</u> "**Atestat privind mentinerea dreptului la prestatiile in curs pentru asigurarea de boala-maternitate"** fiind inlocuit din mai 2010 cu formularul European S2 "Document de deschidere de drepturi la tratament planificat ".Acest formular se utilizeaza pentru :

a) persoanele asigurate si membrilor de familie (sot/sotie,copii,parinti aflati in intretinere) care beneficiaza de prestatii de boala in Romania si care solicita casei de asigurari autorizarea intoarcerii in statul de resedinta UE pentru continuitatea primirii serviciilor medicale prin intermediul formularului S2;

b) persoanele asigurate si membrilor de familie care sunt autorizati prin formularul S2 de casa de asigurari sa obtina tratament medical in alt stat membru UE.

-<u>Formularul European E107, similar S041,S044, S071</u> "**Cerere de atestat privind dreptul la prestatiile in natura"** prin intermediul caruia institutiile de asigurari din statele de resedinta UE solicita institutiei de asigurari competente de care apartine persoana asigurata alte formulare formulare europene cum ar fi ,E104,E106,E109,E121,in situatia in care persoana in cauza nu a solicitat formularul respectiv inainte de plecarea din tara;

-<u>Formularul European E001, similar H001</u> "Solicitare de informatii" .Formularul este intocmit de institutia care doreste sa obtina informatii suplimentare asupra unei situatii,sa relanseze o cerere precedenta,sa solicite un formular European sau alte documente.

Incepand cu data de 3 mai 2021 CAS Sălaj impreuna cu toate casele de asigurari din tara ,a intrat in productie in sectorul asigurarilor sociale de sanatate utilizand aplicatia informatica RINA, care este o aplicatie software bazata pe web pentru gestionarea electronica si schimbul cazurilor de securitate sociala intre institutiile competente ale tarilor participante membre ale UE/SEE/Elvetia/UK, dezvoltata de Directia Generala pentru Ocuparea Fortei de Munca , Afaceri sociale si Incluziune in cadrul proiectului EESSI (Schimbul electronic de Informatii privind Securitatea Sociala) prin utilizarea SED-urilor (documente electronice structurate).

Activitatea privind formularele europene emise de casa de asigurari de sanatate SĂLAJ si a celor primite si inregistrate din statele membre ale UE/SEE/Elvetia/UK se prezinta in tabelul de mai jos **:**

Nr.crt.	TIP FORMULAR	Nr.formulare eliberate CAS SJ–AN 2021	Nr.formulare primite state UE– AN 2021
1	E104/S041	131	86
2	E106/S1/S072	6	192
3	E107/S040/S071/S044		37
4	E108/S016/S018	20	96
5	E109/S1/S072	2	2
6	E112/S2	7	
7	E121/S1/S072	48	9
8	E001/H001	2	12
	TOTAL	**216**	**434**

In anul 2021, s-au eliberat 7 formulare europene S2 (fostul E112) ''Document de deschidere de drepturi la tratament planificat'' pentru interventii chirurgicale efectuate in Italia, Ungaria și Austria.

3.FORMULARE EUROPENE DE RAMBURSARE A SERVICIILOR MEDICALE PRIMITE DE ASIGURATII ROMANI IN STATELE MEMBRE UE/SEE/ELVETIA SI FORMULARELE DE

RAMBURSARE PENTRU CETATENII ASIGURATI IN ALTE STATE ,TRATATI IN ROMANIA IN BAZA CARDURILOR SI FORMULARELOR EUROPENE

Formularele europene utilizate in rambursarea contravalorii serviciilor medicale acordate asiguratilor romani pe teritoriul statelor membre UE in baza cardurilor si formularelor europene sunt:

-**Formularul European E125, similar S080** "**Extras individual privind cheltuielile efective"** este intocmit de institutia de resedinta care a acordat servicii medicale in baza cardurilor si formularelor europene(E106,E109,E121,E112 si similare),prestatiile in cauza facand obiectul unei rambursari pe baza de factura .Este transmis institutiei de asigurari din statul de unde apartine asiguratul;

-**Formularul European E126, similar S067** "**Stabilirea tarifelor in vederea rambursarii prestatiilor in natura"**,se utilizeaza in cazul in care o persoana primeste servicii medicale intr-un stat UE si nu are in posesia lui cardul European sau nu ii este recunoscut.In aceasta situatie ,persoana plateste serviciile medicale si prin cerere depusa la casa de asigurari solicita rambursarea contravalorii acestor servicii.In urma solicitarii si in urma stabilirii ca acele servicii medicale au fost necesare sederii temporare in statul UE, casa de asiguarari intocmeste formularul E126 pentru a fi transmis institutiei din statul unde au fost acordate serviciile medicale pentru stabilirea sumelor de rambursat persoanei in cauza ;

-**Formularul European E127, similar S100** "**Extras individual privind sumele forfetare**",se utilizeaza de state pentru serviciile medicale acordate in baza formularelor europene E121,S1 SI S072 si similar (pensionari si membrii de familie) si E109 si similare S1,S072(membrii de familie ai salariatilor detasati) ce fac obiectul unei sume forfetare;

In anul 2021 situatia formularelor de rambursare se prezinta astfel:

Nr.crt.	TIP FORMULAR	Nr.formulare eliberate CAS SJ–AN 2021	Nr.formulare primite state UE–AN 2021
1	E125/S080	166	826
2	E126/S067	3	1
3	E127/S100	0	39
	TOTAL	**169**	**866**

Numarul cel mai mare de formulare de rambursare, implicit tarile unde se trateaza cu preponderenta cetatenii romani ne sunt transmise din statele precum, Germania, Italia, Spania, Austria, Spania, Belgia si Franta.

In anul 2021 suma incasata de la statele membre UE pentru servicii medicale acordate cetatenilor straini asigurati in statele UE in baza cardurilor si formularelor europene este de **95.530,49 lei** , incasari din Germania, Portugalia, Italia, Austria, Polonia, Slovacia, Franța și Cehia.

Referitor la decontarea serviciilor medicale ,CAS Sălaj a decontat in anul 2021 contravaloarea serviciilor medicale acordate asiguratilor romani tratati in statele membre UE/SEE/Elvetia/UK in suma de **4.791.831,99 lei** , pentru tarile Spania, Austria, Italia , Elvetia, Portugalia, Germania, Danemarca, Luxemburg, Belgia, Olanda, Grecia Cehia, Franta, Polonia , Marea Britanie .

In baza HG nr.304/16 aprilie 2014 pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistenta medicala transfrontaliera ,la nivelul CAS Sălaj , in anul 2021 s-au inregistrat **4 solicitari de rambursare** , solicitarile decontate fiind in numar de **4** in suma de **29.398,51** lei, aferenta serviciilor medicale primite si achitate de asigurati in Ungaria și Spania.

Conform prevederilor HG nr.304/2014, rambursarea serviciilor medicale primite de asiguratii romani pe teritoriul unui stat membru UE si solicitate spre rambursare, se realizeaza la nivelul preturilor din Romania cu conditia ca acele servicii sa faca parte din lista serviciilor decontate de casa de asigurari.

2.3 Evaluarea furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale

Comisia de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, dispozitive medicale, medicamente și materiale sanitare si- a desfășurat activitatea cu respectarea prevederilor Anexei 2 și Anexei 4 la Ordinul nr. 106/32/2015 pentru aprobarea Regulamentelor –cadru de organizare și funcționare a comisiilor naționale și a comisiilor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, a standardelor de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de

dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare, precum și a metodologiei-cadru de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale, de medicamente și materiale sanitare.

Comisia de evaluare este alcătuită din trei membri, din care doi reprezentanți ai CAS Sălaj și un reprezentant al DSP Sălaj. Fiecare reprezentant are desemnat, in cadrul comisiei, câte un reprezentant supleant.

Desemnarea reprezentanților s-a realizat prin Decizile Director General al CAS nr.42/28.10.2020,53/18.05.2021 si 89/04.11.2021..

Persoanele desemnate să facă parte din Comisia de evaluare îndeplinesc prevederile art. 4, alin. (1), Anexa 2 la Ordinul nr. 106/32/2015, fiecare membru al comisiei semnand si declarația pe proprie răspundere ca nu se află în conflict de interese conform legii.

Organizarea Comisiei de evaluare s-a făcut cu respectarea prevederilor art. 9, Anexa 2 la Ordinul nr. 106/32/2015.

Funcționarea Comisiei de evaluare s-a făcut cu respectarea prevederilor art. 5 și art. 6, anexa 2 la Ordinul nr. 106/32/2015.

Secretarul Comisiei de evaluare a primit, înregistrat în registrul unic de evaluare și a verificat dosarele de evaluare privind existența documentelor necesare evaluării furnizorilor de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale.

Comisia de evaluare a analizat dosarele de evaluare cu respectarea prevederilor legale referitoare la termen și condițiile de analiză, iar rezultatele analizei sunt consemnate în Raportul de evaluare întocmit conform modelului prevăzut în anexa 8 la Anexa 4, Ordinul nr. 106/32/2015 și este încheiat proces-verbal la data fiecarei comisii.

Deciziile de evaluare sunt emise în două exemplare originale, cu valabilitate de 2 ani de la data emiterii, pentru fiecare categorie de furnizori.

În anul 2021 au fost emise 166 decizii de evaluare pe categorii de furnizori de servicii medicale, medicamente și dispozitive medicale, după cum urmează:

- Furnizori de servicii medicale în asistența medicală primară: 85
- Furnizori de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitățile clinice: 8
- Furnizori de servicii medicale în ambulatoriul de specialitate pentru specialitatea medicină dentară: 22
- Furnizori de servicii medicale în ambulatoriu de specialitate pentru specialități paraclinice-analize de laborator: 1
- Furnizori de servicii spitalicesti : 6
- Farmacii/puncte de lucru/oficine: 42
- Furnizori de dispozitive medicale: 1

3. *Activitatea Buget, Financiar, Contabilitate*

Pe tot procesul execuţiei Bugetului Fondului Naţional Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, s-a avut in vedere respectarea principiilor unei bune gestionari economico – financiare, necesitatea, oportunitatea si eficacitatea fiecarei cheltuieli, astfel incat sa se asigure conditiile normale de desfasurare a activitatii si atingerea obiectivelor propuse de catre CAS Sălaj pentru anul 2021, cu respectarea reglementarilor legale in vigoare.

Realizarea veniturilor

Fata de prevederile bugetare aprobate conform filei de buget nr.10578/31.12.2021 in suma de 300 477 580 lei s-au efectuat incasari in suma de 202 693 711 lei .Procentul de realizare este de 67 %.

In sinteza executia veniturilor comparativ cu anul 2020 ,se prezinta dupa cum urmeaza:

Denumire indicator	Prevederi definitive an 2020	Incasari an 2020	Prevederi definitive an 2021	Incasari an 2021
I. VENITURI CURENTE	270 968 090	179 853 137	300 477 580	202 693 711

CONTRIBUTII DE ASIGURARI	184 151 000	179 186 691	200 785 000	201 855 864
CONTRIBUTIILE ANGAJATORILOR	7 936 000	8 438 781	9 252 000	9 402 177
Contributii de asigurari sociale de sanatate datorate de angajatori		342 247	9 252 000	9 402 177
Contributii de la persoane juridice sau fizice care angajeaza personal salariat		342 247	310 000	343 917
Contributii pentru concedii si indemnizatii de la persoane juridice sau fizice		61 517	15 000	42 996
Venituri din contribuția asiguratorie pentru muncă pentru concedii și indemnizații	7 688 000	8 035 017	8 927 000	9 015 264
CONTRIBUTIILE ASIGURATILOR	176 215 000	179 186 691		
Contributii de asigurari sociale de sanatate datorate de asigurati			191 533 000	192 453 687
Contributia datorata de persoane asigurate care au calitatea de angajat		164 895 014	181 553 000	181 314 814
Contributia de asigurări sociale de sănătate datorate de persoane care realizează venituri din activităţi independente şi alte activităţi şi persoanele care nu realizează venituri		-72 665	0	93 956
Contribuţia individuală de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele care realiztează venituri din drepturi de proprietateintelectuală	3000	60		120
Contribuţia individuală de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele care realiztează venituri din activităţi desfăşurate în baza contractelor/ convenţiloor civile încheiate potrivit Codului civil, precum şi a contractelor de agent		-2		-81
Contribuţia individuală de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele care realizează venituri din arendarea bunurilor agricole	13000	1451		-729
Contribuţii individuale datorate de persoanele care realizează venituri din cedarea folosinţei bunurilor		22		811
Regularizări		765094	1 347 000	1 520 655

Contribuții pentru concedii și indemnizații datorate de asigurați-2125	73000	133389	204 000	191 804
Diferențe aferente contribuției de asigurări sociale de sănătate		-3		-415
Contribuția de asigurări sociale de sănătate datorată de persoanele fizice care realizează venituri în baza contractelor de activitate sportivă		152798	192 000	195 471
Contribuția de asigurări sociale de sănătate aferente declarației unice	5822000	4856612	8 237 000	9 137 281
C.VENITURI NEFISCALE			261000	216614
Alte venituri	177000	156521	261 000	216 614
IV. SUBVENTII			99431580	109
SUBVENTII DE LA BUGETUL DE STAT			99431580	109
Subventii primite de bugetul fondului national unic de asigurari sociale de sanatate pentru echilibrare			78,215,440	
Sume alocate din bugetul de stat, altele decât cele de echilibrare, prin bugetul Ministerului Sănătăţii			5,394,140	
Sume alocate bugetului Fondului naţional unic de asigurări sociale de sănătate, pentru acoperirea deficitului rezultat din aplicarea prevederilor legale referitoare la concediile şi indemnizaţiile de asigurări sociale de sănătate			15,822,000	
SUBVENTII DE LA ALTE ADMINISTRATII				
Contributii de asigurari de sanatate pentru persoane care se afla in concediu medical sau in concedii medicale pentru ingrijirea copilului bolnav in varsta de pana la 7 ani				146
Contributii de asigurari de sanatate pentru persoane care se afla in concediu medical din cauza de accidente de munca si boli profesionale				-3
Contributii din bugetul asigurarilor sociale de stat, din sumele alocate sistemului de asigurari pentru accidente de munca si boli				-34

profesionale, pentru concedii si indemnizatii datorate persoanelor aflate in incapacitate temporara de munca din cauza accidentelor de munca sau bolilor profesionale				
Venituri ale bugetului FNUASS încasate în contul unic, în curs de distribuire		509294		621 124

Executie cheltuieli

Pentru anul 2021 prevederea bugetara definitiva pentru cheltuieli este de 430 215,19 mii lei credite bugetare, fata de care au fost realizate plati in suma de 429 684, 39 mii , procent de realizare 99,88 %.

Creditele de angajament aprobate au fost in suma de 435 702,84 mii, care au fost concretizate in contracte cu furnizorii de servicii medicale si medicamente in procent de 99.02%,

Analizand in structura creditelor bugetare aprobate pe anul 2021 acestea se prezinta astfel:

1.Cheltuielile de administrare a fondului (cheltuieli materiale si de personal) sunt in suma de 4.269,91 mii, din care:

-cheltuieli de personal 3 827,62 mii,

- cheltuieli curente de administrare 442,28 mii,

-cheltuieli de capital 12,93 mii.

Cheltuielile de personal au acoperit salariile de incadrare si sporurile pentru un numar de 39 posturi ocupate.In anul 2021 au fost achitate drepturi salariale castigate in instanta in suma de 110,78 mii.

Cheltuielile materiale de administrare au fost efectuate pentru achitarea materialelor, obiectelor de inventar, utilitatilor,a serviciilor efectuate de terti (paza,curatenie,servicii informatice ,etc).

La pozitia *Alte cheltuieli cu bunuri se servicii pentru intretinere si functionare 20.01.30* din totalul de 137,56 mii au fost efectuate cheltuieli pentru servicii mentenanta si suport tehnic ERP in sume de 22,57 mii.

In anul 2021 au fost realizate investitii in suma de 12,93 mii lei prin care au fost achizitionate un numar de 10 licente pentru calculatoare.

Ponderea cea mai importanta in totalul cheltuielilor o reprezinta ***Cheltuieli cu servicii medicale si medicamente .***

In limita creditului de angajament aprobat au fost incheiate angajamente legale costand in contracte si acte aditionale la contracte conform prevederii HG nr.696/2021 privind pachetele de servicii si Contractul cadru privind conditiile acordarii asistentei medicale a medicamentelor si dispozitivelor medicale in anul 2021-2022.

Sintetic executia creditului de angajament pe domenii de asistenta medicala in mii lei se prezinta astfel:

Mii lei

DENUMIRE INDICATOR	*CREDIT DE ANGAJAMENT 2020*	*CREDIT DE ANAGAJAMENT 2021*	*REALIZARI 2020*	*REALIZARI 2021*
II.MATERIALE SI PRESTARI SERVICII CU CARACTER MEDICAL	**251.412**	**277.182**	**247.072.5**	**273.001.11**
1.Medicamente cu si fara contributie personala	53.457	61.418,95	52.911	60.935,11
2.Medicamente programe nationale	39.939	46.674	39.689	43.905
3.Materiale sanitare	1833	1.581	1.832	1.581
4.Hemodializa si dializa peritoneala	10.481	10.407	10.237	10.318
5.Dispozitive medicale	2.929	2.909	2.918	2.909
6.Asitenta medicala primara	30.785	30.958	29.404	30.919
7.Asistenta medicala specialitati clinice	9.239	11.823	8.017	11.489
8.Asistenta medicala specialitati paraclinice	5.426	7.178	5.422	7.162
9.Asistenta medicala stomatologica	1.460	1.643	1.456	1.640
7.Asistenta medicala in centre multifunctionale	482	480	481.5	479
8.Asistenta medicala spitaliceasca	92.278	97.286	91.667	96.980
9.Ingrijiri la domiciliu	34	34	31.5	31
10.Prestatii UE	3069	4.791	3006	4.653

Platile au fost in limita creditului bugetar aprobat si s-au efectuat astfel:

Mii lei

DENUMIRE INDICATOR	*CREDIT BUGETAR 2020*	*CREDIT BUGETAR 2021*	*PLATI 2020*	*PLATI 2021*
TOTAL CHELTUIELI	**375 187.93**	**430 215.19**	**374 546.34**	**429 684.40**
I.CHELTUIELI DE ADMINISTRARE SI FUNCTIONARE	***4683.62***	***4284.92***	***4571.73***	***4 360.52***
Cheltuieli de personal	4160.89	3910.26	4086.97	3 908.31
Cheltuieli materiale	477.73	445.77	432.84	439.28
Cheltuieli de capital	45	12.93	44.92	12.93
II.MATERIALE SI PRESTARI SERVICII CU CARACTER MEDICAL	**370 504.31**	**425 930.27**	**369 981.93**	**425 379.03**
1.Medicamente cu si fara contributie personala	48 275.78	56 653.75	48 245.66	56 593.66
2.Medicamente programe nationale cu scop curativ	32 612.15	47 522.05	32 610.93	47 515.46
3.Materiale sanitare	1 717.84	1 627.67	1 717.83	1 626.64
4.Hemodializa si dializa peritoneala	10 274.59	10 227.12	10 274.59	10 227.12
5.Dispozitive medicale	2915	2882	2 912.69	2881.8
6.Asitenta medicala primara	29 423.35	31 033.83	29 347.98	30 869.38
7.Asistenta medicala specialitati clinice	8581	10 986.53	8 569.42	10 984.92
8.Asistenta medicala specialitati paraclinice	5 397.14	7 233.26	5 397.04	7 231.11
9.Asistenta medicala stomatologica	1463	1 628.97	1463	1 628.97
7.Asistenta medicala in centre multifunctionale	481	485.93	478.68	485.93
8.Asistenta medicala spitaliceasca	90 937.77	96 590.97	90 808.76	96 497.65
9.Ingrijiri la domiciliu	34	32	33.76	29.56
10.Prestatii UE	3 068.72	4 791.84	3 006.14	4 652.64
11.Transferuri intre unitati ale administratiei publice	108 192.81	129109.92	107 987.58	129 107.99
III.ASISTENTA SOCIALA	**27 130.16**	**25 040.32**	**27 127.87**	**24 991.03**

Programele nationale cu scop curativ

La finele anului 2021 programelor nationale cu scop curativ le-a fost alocată o prevedere bugetară în suma totala de 49 142 mii lei din care s-a decontat suma de 49 141,46 mii lei.

Aceasta suma a fost utilizata pentru plata medicamentelor pe programe în sumă de 47 515,46 mii lei, materiale sanitare în sumă de 1 626,64 mii lei si hemodializă si dializa peritoneala în sumă de 10 227,11 mii lei.

Analitic pe programe situatia platilor se prezinta astfel:

Programul national de diabet zaharat : 19 808,57 mii lei

Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afectiuni oncologice: 16 290,51 miil lei din care:

-sume care fac obiectul contractelor Cost volum: 9 852.76 mii lei.

Programul national de tratament al hemofiliei si talasemiei :804,48 mii lei;

Programul national de tratament pentru boli rare ; 396,95 mii lei;

Programul national de transplant de organe : 358.11 mii lei;

Programul national de boli endocrine :4.08 mii lei

Program national de supleere a functiei renale :10 227.11 mii lei.

REZULTATUL PATRIMONIAL

La data de 31.12.2021 instituţia a înregistrat venituri operaţionale în sumă totală de 201 853 598 lei, respectiv o creştere cu aproximativ 7 % faţă de aceeaşi perioadă a anului 2020, în care veniturile operaţionale erau în sumă totală de 187 897 816 lei.

Veniturile operaţionale includ:

-veniturile realizate din impozite, taxe, contribuţii de asigurări şi alte venituri ale bugetelor, în sumă de 201 610 961 lei;

- finanţări, subvenţii, transferuri, alocaţii bugetare cu destinaţie specială în sumă de 24 809 lei;

-alte venituri operaţionale în sumă de 217 828 lei.

De asemenea, la 31.12.2021 instituţia a înregistrat cheltuieli operaţionale în sumă totală de 437 483 041 lei, mai mari faţă de aceeaşi perioadă a anului 2020 cu aprox. 11 %. *Cheltuielile operaţionale include*:

- salariile şi contribuţiile sociale aferente angajaţilor, în sumă de 3 685 992 lei, mai mică cu 365 756 lei decât cele înregistrate în aceeaşi perioadă a anului 2020.
- subventii şi transferuri, s-a înregistrat o cheltuială operaţională în sumă de 154 424 531 lei, mai mare cu 25 902 607 lei decât cea înregistrată în aceeaşi perioadă a anului precedent.
- pentru stocuri, consumabile, lucrări şi servicii executate de terţi, la 31.12.2021 au fost înregistrate cheltuieli în sumă de 273 697 486 lei, mai mari cu 25 902 607 lei decât cele înregistrate în aceeaşi perioadă a anului 2020;
- pentru cheltuielile de capital, amortizări şi provizioane s-au efectuat cheltuieli operaţionale în suma de 5 675 032 lei incluzând: amortizarea activelor fixe necorporale, amortizarea construcţiei, a echipamentelor, instalaţiilor tehnice, mijloacelor de transport, birotică, provizioane etc., mai mari decât în aceeaşi perioadă a anului 2020 cu aproximativ 5 493 107 lei din care provizioane 5 555 467,90 lei .

Rezultatul patrimonial al exerciţiului se conceretizeaza in deficit - în sumă de 235 629 443 lei.

Rambursarea si recuperarea cheltuielilor reprezentand asistena medicala acordata in baza documentelor internationale cu prevederi in domeniul sanatatii la care Romania este parte

Conform Ordinului nr.729/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice privind rambursarea si recuperarea cheltuielilor reprezentand asistenta medicala acordata in baza documentelor internationale cu prevederi in domeniul sanatatii la care Romania este parte, Casa Nationala de Asigurari de

Sanatate indeplineste functia de organism de legatura care asigura comunicarea cu organismele similare din statele care au incheiat cu Romania documente internationale cu prevederi in domeniul sanatatii.

În anul 2021 Casa de Asigurari de Sanatate Sălaj a primit de la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, un numar de 753 formulare europene, după cum urmează:

- un număr de 553 formulare **E125** "Extras individual privind cheltuielile efective", pentru care s-au întocmit solicitări de acordare de prevedere bugetară;
- un numar de 200 formulare **E127** "Extras individual privind sumele forfetare", pentru servicii a caror rambursare se face pe baza unei sume forfetare pentru prestaţiile acordate pensionarilor şi membrilor de familie ai acestora care nu îşi au reşedinţa în statul membru, în conformitate cu a cărui legislaţie primesc pensie şi au dreptul la prestaţii, în baza unui formular E 121 "Atestat pentru înscrierea titularilor de pensie a membrilor familiei acestora şi actualizarea listelor" sau baza unui formular E 109 "Atestat pentru înscrierea membrilor familiei persoanei asigurate şi actualizarea listelor". Plata sumelor forfetare se efectueaza pe baza tarifelor publicate de statele solicitante în Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, aferente anului pentru care s-a solicitat plata.

Solicitarile de prevedere bugetara pentru prestaţii medicale acordate in baza documentelor internationale (CEASS, a formularului S2/E112, a formularului S1/E106 şi a formularului S1/E121, E126, HG 304/2014) pentru anul 2021 au fost in suma totala de 4791 mii lei.

Cererile de plati externe aprobate de CNAS, in numar de 753 , au fost in suma totala de 4653 mii lei.

Evidența Asigurati si Carduri

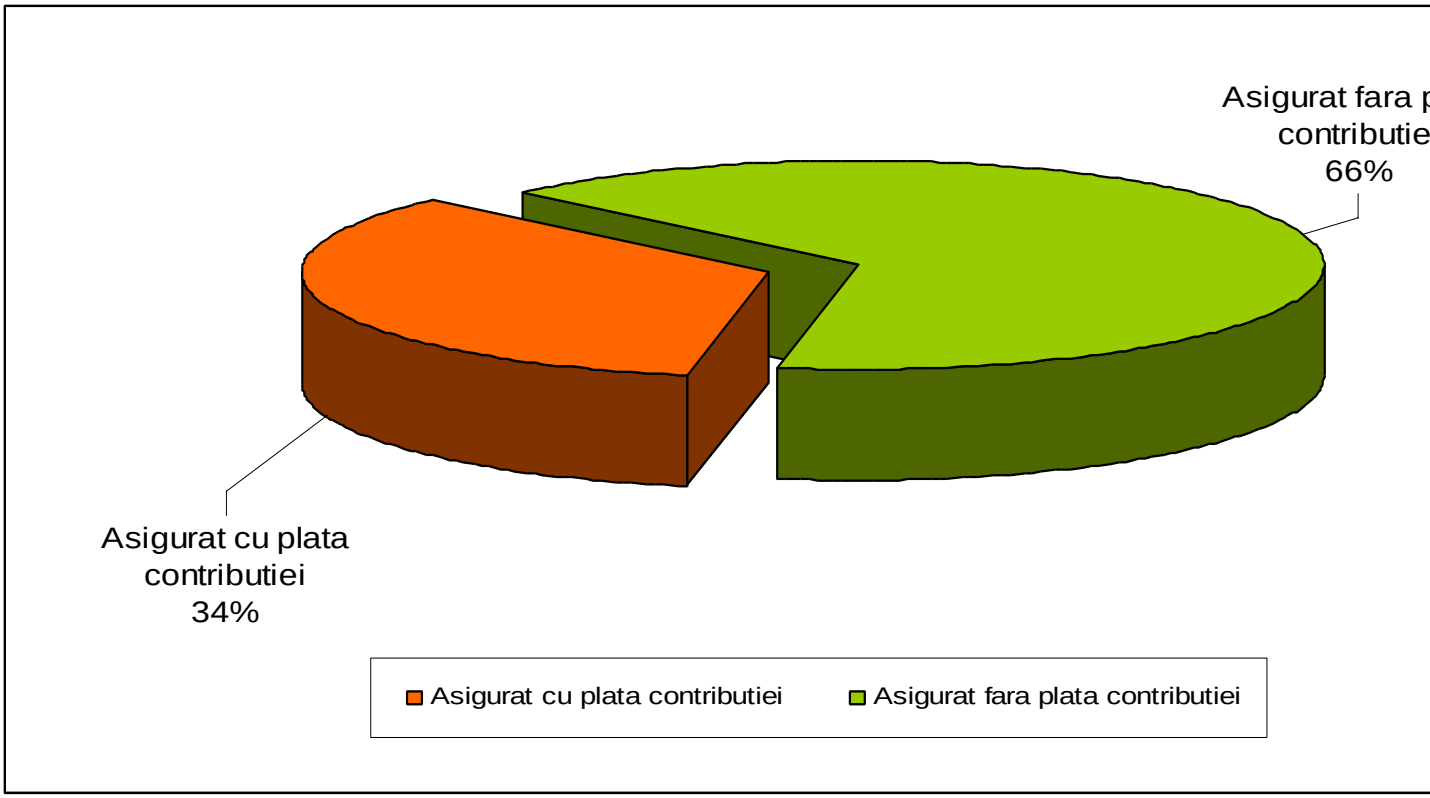
CAS Sălaj deservește o populaţie de 240.342 persoane din care un numar de 183.702 asiguraţi cu urmatoarea structură:

Categorie asigurat	**Nr. asiguraţi**
Salariaţi	57.280
Persoane in concediu pentru creșterea copilului	1.779
Pensionari	48.946
Şomeri	770
Ajutor Social	3.972
Elevi, studenţi	52.297
Persoane cu handicap, peste 18 ani	2.431
Liber profesionisti	1.880
Copil pana la varsta de 18 ani	46.757
Coasiguraţi	6.603
Persoane fara venituri care opteaza pentru plata contributiei de asigurari de sanatate	1.215
Alte categorii	4.051
TOTAL	**183.702**

Structura asiguratilor:

Structura asiguratilor platitori si scutiti de la plata contributiei de asigurari sociale de sanatate la data de 31.12.2021:

- Platitori: 34%
- Scutiti de la plata contributiei de asigurari de sanatate: 66%



Concedii Medicale

Tinand cont de prevederile bugetare alocate la capitolul "Asistenta sociala" pentru anul 2021, situatia numarului de cereri de restituire a indemnizatiilor de concedii medicale inregistrate, a celor platite si a celor ramase in sold in anul 2021 comparativ cu anul 2020, se prezinta astfel:

- mii lei -

Cereri inregistrate in 2020			**Cereri platite 2020**	**Sold 2020**	**Cereri inregistrate in 2021**		**Cereri platite 2021**	**Sold 2021**
Nr	**sold initial**	**Valoare**	**valoare**	**valoare**	**Nr**	**valoare**	**valoare**	**valoare**
6.433	8.009,31	33.130,37	27.097,74	14.041,94	7.919	38.699,88	25.025,32	27.716,51

Se constata:

- Creșterea soldului de la finalul anului 2021 fata de anul 2020 cu 196%, cauzata de o alocare insuficienta de credite bugetare in anul 2021 la capitolul “Asistenta sociala”;
- Creșterea numărului de cereri înregistrate in anul 2021 fata de anul 2020;
- Creșterea contravalorii cererilor înregistrate in anul 2021 fata de anul 2020 cu 12 %, creștere determinata, in principal, de modificările legislative cu privire la salariul minim pe economie și de pandemia COVID-19 (indemnizatii suporate integral din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru persoanele de drept privat, excepție instituții și autorități publice).
-Scaderea platilor efectuate in anul 2021 fata de anul 2020 cu 92,35 % determinata de o alocare insuficienta de credite bugetare in anul 2021.

Achizitii Publice Logistica si Patrimoniu

Compartimentul Achizitii Publice Logistica si Patrimoniu a gestionat cheltuieli strict legate de activitatea Casei de Asigurari de Sanatate Sălaj conform Titlului II „Bunuri si servicii” din Bugetul fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, aprobat pentru anul 2021. Angajamentele legale s-au incadrat in limitele creditelor de angajament, iar ordonantarile si platile s-au incadrat in limitele creditelor bugetare, conform Contului de Executie.

Achizitiile publice la Casa de Asigurari de Sanatate Sălaj, s-au realizat cu respectarea legislatia in vigoare, respectiv Legea nr. 98/2016 privind achizitiile publice, cu modificarile si completarile ulterioare si HGR nr. 395/2016 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor referitoare la atribuirea contractului de achiziţie publică/acordului-cadru din Legea nr. 98/2016 privind achiziţiile publice, cu modificarile si completarile ulterioare.

In anul 2021 s-au achizitionat :

- furnituri de birou;
- materiale de curatenie;
- utilitati (energie electrica, gaze naturale, apa, canal);
- carburanti pentru autoturismele din parcul auto al CAS Sălaj;
- obiecte de inventar (imprimante , calculatoare, scaune, frigidere, stampile cu text, aparat aer conditionat,);
- piese de schimb pentru tehnica de calcul;
- servicii de curatenie pentru sediul CAS Sălaj;
- servicii de furnizare produs legislativ;
- servicii RSVTI pentru centrala termica;
- servicii de medicina muncii;
- servicii de colectare a deşeurilor menajere;
- servicii postale de distribuiré a corespondentei;
- servicii de telecomunicatii;
- servicii de telefonie mobila;
- servicii de internet;
- servicii de reparare și de întreținere a autovehiculelor;
- servicii de asigurare de raspundere civila auto;
- servicii de asigurare a autovehiculelor;
- servicii de traducere formulare acte pentru formulare europene;
- servicii de dezinfectie, dezinfectant de maini si masti de protectie, in contextul pandemiei de COVID-19;

S-au eliberat formulare cu regim special de tip medical furnizorilor de servicii medicale aflati in relatii contractuale cu Casa de Asigurari de Sanatate Sălaj.

S-a procedat la intocmirea si depunerea declaratiei P4000 pentru bunurile aflate în domeniul privat al statului, care a fost transmisa la Ministerul Finantelor Publice . Formularul P4000 a fost depus si la CNAS odata cu bilantul anului 2021.

La finele anului 2021 a fost organizata inventarierea generala a patrimoniului CAS Sălaj. De asemenea au fost supuse aprobarii propunerile de achizitii publice pentru anul 2022, in urma

centralizarii referatelor de necesitate emise de structurile de specialitate din institutie si aprobate de catre conducerea CAS Sălaj.

4. MEDIC SEF

PROGRAMELE / SUBPROGRAMELE NAŢIONALE DE SĂNĂTATE CU SCOP CURATIV

În anul 2021, la CAS Sălaj, s-au inregistrat un numar de 16.020 beneficiari de programe naţionale de sănătate (un asigurat poate beneficia de 1 sau mai multe programe de sanatate).

Sumele alocate din bugetul Fondului pentru finanţarea programelor naţionale de sănătate curative se utilizează pentru:

- asigurarea, după caz, în spital şi în ambulatoriu, a unor medicamente, materiale sanitare specifice, dispozitive medicale şi altele asemenea specifice unor boli cronice cu impact major asupra sănătăţii publice acordate bolnavilor incluşi în programele naţionale de sănătate curative;

- asigurarea serviciilor de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice,

- asigurarea serviciilor de dozare a hemoglobinei glicozilate, investigaţiilor PETCT (preluare dosare).

Pentru o eficienta utilizare a fondurilor alocate programelor/subprogramelor naţionale cu scop curativ se monitorizeaza permanent acest domeniu, realizându-se urmatoarele activitati:

- Analiza și fundamentarea fondurilor necesare pentru derularea fiecărui program/subprogram de sanatate curativ, împreună cu coordonatorii de programe, în vederea incheierii contractelor cu unitățile sanitare care le derulează;
- Urmarirea şi monitorizarea utilizarii fondurilor aprobate pentru derularea fiecărui Program / subprogram de sanatate curativ, repartizate judetului, în baza contractelor încheiate;
- Analiza trimestriala a indicatorilor specifici fiecărui program/subprogram de sanatate curativ impreuna cu coordonatorul fiecarui program/subprogram din unităţile sanitare care le derulează, precum si incadrarea in bugetul aprobat;
- Verificarea corectitudinii indicatorilor raportati de unitatile sanitare si a concordantei acestora cu evidentele tehnico-operative de la nivelul unitatilor sanitare;
- Monitorizarea, analiza si centralizarea, la nivelul CAS Sălaj, a indicatorilor specifici si a cheltuielilor aferente fiecarui program/subprogram de sanatate; întocmirea unui raport trimestrial de monitorizare ;
- Verificarea stocurilor de medicamente aflate în farmaciile cu circuit închis ale unitatilor sanitare prin care se deruleaza programe/subprograme de sanatate si menţionarea disfuncţionalităţilor în raportul trimestrial de monitorizare;

PROGRAME NAŢIONALE DE SĂNĂTATE CURATIVE DERULATE PRIN CASA DE ASIGURARI DE SANATATE SĂLAJ

I –**Programul National de Oncologie –** Subprogramul de tratament medicamentos al bolnavilor cu afecţiuni oncologice (copii si adulti);

Asigurarea tratamentului specific bolnavilor cu afecţiuni oncologice: citostatice, imunomodulatori, hormoni, factori de creştere şi inhibitori de osteoclaste în spital şi în ambula„toriu.

- cu afectiuni oncologice –tratamente cu intentie curativa, paliatie sau tratamente simptomatice la pacienti selectionati-speranta de viata neafectata de patologie asociata, tumori cerebrale, iradieri profilactice.
- Inregistrarea, verificarea si trimiterea dosarelor la comisia CNAS pentru obtinerea aprobarii investigatiei in cadrul subprogramul de monitorizare a evoluţiei bolii la pacienţii cu afecţiuni oncologice prin PET-CT ;

*Unităţi care derulează subprogramul:

- SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA Zalău
- Farmacii cu circuit deschis.

II -Programul national de diabet zaharat

a) Prevenţia secundară a diabetului zaharat [prin dozarea hemoglobinei glicozilate (HbA1c)];

b) Asigurarea tratamentului medicamentos al pacienţilor cu diabet zaharat, inclusiv a dispozitivelor medicale specifice (pompe de insulină, sisteme de pompe de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei şi materiale consumabile pentru acestea);

c) Automonitorizarea bolnavilor cu diabet zaharat insulinotrataţi (teste de automonitorizare glicemică şi sisteme de monitorizare continuă *a glicemiei).*

*Unităţi care derulează subprogramul:

- SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA ZALĂU
- Farmacii cu circuit deschis
- Furnizori de servicii medicale paraclinice -laboratoare - aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări pentru furnizarea serviciilor medicale paraclinice în ambulatoriu

III -**Program naţional de tratament al hemofiliei**

Asigurarea, în spital şi în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis, a medicamentelor specifice pentru prevenţia şi tratamentul accidentelor hemoragice ale bolnavilor cu:

Hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu substituţie profilactică continua

Hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu tratament „on demand”

TALASEMIE

Unităţi care derulează subprogramul:

- SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA ZALĂU

IV -**Programul naţional de tratament pentru boli rare:**

Asigurarea în spital şi în ambulatoriu, prin farmaciile cu circuit închis a medicamentelor specifice pentru tratamentul bolnavilor cu :

Bolnavi cu SLA

Sindrom Prader Willi

Angioedem ereditar

Sindrom de imunodeficienta primara

*Unităţi care derulează subprogramul:

- SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA ZALĂU
- Farmacii cu circuit deschis

VI -**Programul national de boli endocrine**

Asigurarea în spital şi în ambulatoriu a medicamentelor specifice pentru tratamentul :

Osteoporozei

*Unităţi care derulează subprogramul:

- SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA "DR CONSTANTIN OPRIS" BAIA MARE

V -**Programul national de ortopedie**

Asigurarea cu materiale sanitare specifice pentru tratamentul prin endoprotezare al bolnavilor cu afecţiuni articulare, asigurarea endoprotezelor articulare primare şi de revizie, elemente de ranforsare cotil, metafizo-diafizare, spacer articular cu antibiotic şi ciment ortopedic cu/fără antibiotic

Bolnavi adulţi endoprotezaţi

*Unităţi care derulează subprogramul:

- SPITALUL JUDETEAN DE URGENTA ZALAU

VI -**Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umana**

Asigurarea medicamentelor specifice necesare tratamentului în ambulatoriu al stării posttransplant pentru pacienţii transplantaţi;

Asigurarea medicamentelor specifice (imunoglobulină antihepatitică B) pentru tratamentul recidivei hepatitei cronice la pacienţii cu transplant hepatic

Bolnavi trataţi pentru stare posttransplant

*Unităţi care derulează subprogramul:

-Farmacii cu circuit deschis

VII -**Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică**

Asigurarea serviciilor de supleere renală, inclusiv medicamente şi materiale sanitare specifice, investigaţii medicale paraclinice specifice, transportul nemedicalizat al pacienţilor hemodializaţi de la şi la domiciliul pacienţilor.

Hemodializă convenţională

Hemodiafiltrare intermitentă on-line

*Unităţi care derulează subprogramul:

-S.C. “FRESENIUS NEPHROCARE” ZALĂU

SITUAŢIA INDICATORILOR SPECIFICI AFERENŢI PROGRAMELOR/SUBPROGRAMELOR NAŢIONALE DE SĂNĂTATE CU SCOP CURATIV

Program/Subprogram de sănătate	***Indicatori fizici***		***Indicatori de eficienţă***	
	Denumire indicator fizic	***nr. bolnavi***	***Denumire indicator de eficienţă***	***Valoare (LEI)***
Programul national de oncologie	număr bolnavi trataţi	**994**	cost mediu/bolnav tratat	**16.729,37**
Programul naţional de diabet zaharat	număr de bolnavi cu diabet zaharat trataţi	**11.245**	cost mediu/bolnav tratat	**1,737,99**
	număr de persoane cu diabet evaluaţi prin dozarea HbA1c	**312**	tarif/dozare de hemoglobină glicozilată	**20,00**
	număr copii cu diabet zaharat automonitorizaţi	**31**	cost mediu/copil cu diabet zaharat automonitorizat	**.1.343,23**
	număr adulţi cu diabet zaharat automonitorizaţi	**3.081**	cost mediu/adult cu diabet zaharat automonitorizat	**442,42**
	număr bolnavi cu diabet zaharat beneficiari de materiale consumabile pentru pompele de insulină	**4**	cost mediu/bolnav beneficiar de materiale consumabile pentru pompa de insulină/an	**5.867,35**
	număr bolnavi cu diabet zaharat beneficiari de sisteme de monitorizare continuă a glicemiei	**2**	cost mediu/bolnav beneficiar de sisteme de monitorizare continuă a glicemiei	**2.325,26**
	număr bolnavi cu diabet zaharat tip 1 beneficiari de materiale consumabile pentru sisteme de monitorizare glicemică continuă	**6**	cost mediu/ bolnav cu diabet zaharat tip 1 beneficiari de materiale consumabile pentru sisteme de monitorizare glicemică continuă	**10.074,94**
	număr bolnavi cu diabet zaharat tip 1 beneficiari de materiale consumabile pentru pompele de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei	**3**	cost mediu/ bolnav cu diabet zaharat tip 1 beneficiari de materiale consumabile pentru pompele de insulină cu senzori de monitorizare continuă a glicemiei	**20.083,63**
Program naţional de tratament al hemofiliei şi talasemiei	număr de bolnavi cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu substituţie profilactică continuă	**5**	cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu substituţie profilactică continuă	**95.211,41**
	număr de bolnavi cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu substituţie profilactică intermitentă/de scurtă durată	**1**	cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu substituţie profilactică intermitentă/de scurtă durată	**131.696,37**

	număr de bolnavi cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu tratament „on demand”	**7**	cost mediu/bolnav cu hemofilie congenitală fără inhibitori/boală von Willebrand cu tratament „on demand”	**24.494,38**
	număr de bolnavi cu talasemie	**1**	cost mediu/bolnav cu talasemie	**23.932,82**
Programul naţional de tratament pentru boli rare	număr de bolnavi cu sindrom de imunodeficienţă primară	**1**	cost mediu/bolnav cu sindrom de imunodeficienţă primară	**75.683,05**
	număr de bolnavi cu scleroză laterală amiotrofică	**4**	cost mediu/bolnav cu scleroză laterală amiotrofică	**3.122,50**
	număr de bolnavi cu sindrom Prader Willi	**2**	cost mediu/bolnav cu sindrom Prader Willi	**22.439,12**
	număr de bolnavi cu angioedem ereditar	**1**	cost mediu/bolnav cu angioedem ereditar	**335.907,42**
Programul naţional de boli endocrine	număr de bolnavi cu osteoporoză	**19**	cost mediu/bolnav cu osteoporoză	**236,92**
Programul naţional de ortopedie	număr bolnavi copii endoprotezaţi	**0**	cost mediu/bolnav copil endoprotezat	**0,00**
	număr bolnavi adulţi endoprotezaţi	**55**	cost mediu/bolnav adult endoprotezat	**3.320,02**
Programul national de transplant de organe, tesuturi si celule de origine umană	număr de bolnavi trataţi pentru stare posttransplant	**38**	cost mediu/bolnav tratat pentru stare posttransplant	**9.332,06**
Programul naţional de supleere a funcţiei renale la bolnavii cu insuficienţă renală cronică	număr de bolnavi trataţi prin hemodializă convenţională	**110**	tarif/şedinţă de hemodializă convenţională	**561**
	număr de bolnavi trataţi prin hemodiafiltrare intermitentă on-line	**18**	tarif/şedinţă de hemodiafiltrare intermitentă on-line	**636**
	număr de bolnavi trataţi prin dializă peritoneală continuă	**1**	tarif/bolnav tratat prin dializă peritoneală continuă	**4.832,00**
Medicamente eliberate în baza contractelor cost-volum	număr bolnavi cu afecţiuni oncologice	**79**	cost mediu/bolnav cu afecţiuni oncologice	**127.581,92**

SERVICIUL MEDICAL a desfășurat activitati privind:

=Monitorizarea corespunzatoare respectarii criteriilor de eligibilitate aferente protocoalelor terapeutice pentru DCI-uri aprobate pe baza Formularelor specifice

Formularele specifice transpun prevederile protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaţionale prevăzute în lista cuprinzând denumirile comune internaţionale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asiguraţii, cu sau fără contribuţie personală, pe bază de prescripţie medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, aprobate prin Ordinul ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 564/499/2021, cu modificările şi completările ulterioare.

Monitorizarea lunara/ trimestriala / anuala , dupa caz, a consumului de medicamente, la nivel de denumire comuna international (DCI) se face in baza ORDIN Nr. 141/2017 privind aprobarea *formularelor specifice* pentru verificarea respectării criteriilor de eligibilitate aferente

protocoalelor terapeutice pentru medicamentele notate cu (**)1, (**)1Ω în Lista actualizată, si se realizeaza atat la nivelul unitatii sanitare cat si la nivelul CAS Sălaj.

Protocoalele terapeutice constituie baza de prescriere şi monitorizare a medicamentelor care se acordă asiguraţilor pe bază de prescripţie medicală eliberată de medicii care sunt în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Ele sunt cuprinse in Ordinul nr. 564/499/ 2021, actualizat.

Activitatea care vizeaza comisiile pentru PET/CT - verificarea dosarelor primite la CAS SJ, si trimiterea acestora la CNAS pentru aprobare. In anul 2021 au fost transmise catre CNAS un numar de 120 dosare.

Verificarea Certificatelor de concediu medical, din punct de vedere al modului de completare de catre medici, conform legislaţiei în vigoare.

- au fost eliberate un numar total de 42.686 certificate de concediu medical.

Verificarea modului de completare din punct de vedere medical a concediilor medicale depuse de persoane fizice autorizate si persoane preluate in plata de CAS SJ.

Validarea medicala a documentelor care stau la baza dosarelor intocmite pentru formularul S2

Analiza documentaţiei, depuse la CAS Sălaj de asiguraţii trataţi în UE (transmisă de Serviciul Juridic catre Serviciul Medical), in vederea completarii din punct de vedere medical a formularelor europene , conform Normelor Metodologice privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din Romania a formularelor emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr.1.408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate socială în raport cu lucrătorii salariaţi, cu lucrătorii independenţi şi cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunităţii ;

In cursul anului 2021 au fost avizate, in baza Formularului S2, un numar de 7 dosare.

= **Investigarea gradului de satisfactie a asiguratilor**

In analizele pe care le-am realizat am plecat de la principiul sistemului de asigurări de sănătate centrat pe pacient – element central spre care converg toate eforturile de a asigura serviciile de sănătate necesare pentru promovarea unei societăți sănătoase. De aceea, pentru a construi cu adevărat un sistem eficient si transparent, considerăm opiniile asiguraților ca fiind un feed-back real asupra calității serviciilor medicale oferite de sistemul de asigurări sociale de sănătate, identificându-se în același timp nevoile, cerințele, perspectivele și așteptările din partea sistemului.

Pentru investigarea gradului de satisfactie a asiguraților s-au utilizat chestionarele elaborate de catre CNAS. Gradul de satisfactie a asiguraților s-a stabilit ca medie aritmetica intre gradele de satisfactie rezultate pentru fiecare intrebare eligibila.

Influenţa procesului de îngrijire medicală este percepută sub două aspecte: sub aspectul relaţiilor interpersonale în cadrul asigurării asistenţei sanitare şi sub aspectul tehnic al dotărilor.

Indicator	**AN 2021**	
	Semestrul I	**Semestrul II**
Grad satisfactie asigurati	**94%**	**95%**

Satisfacția pacienţilor este strâns dependentă de claritatea cu care medicul oferă informaţiile necesare despre boală şi terapia ei, de percepţia că medicul se interesează sincer de problemele sale şi că acesta este sensibil la suferinţa acestuia.

= Raportarea lunara a consumului de medicamente decontate din bugetul FNUASS si al MS, privind stabilirea unor contribuţii pentru finanţarea unor cheltuieli în domeniul sănătăţii (CLAWBACK)

Deţinătorii autorizaţiilor de punere pe piaţă a medicamentelor, care sunt persoane juridice române, precum şi deţinătorii autorizaţiilor de punere pe piaţă a medicamentelor, care nu sunt persoane juridice române, prin reprezentanţii legali ai acestora, au obligaţia de a plăti o contribuţie trimestrială pentru medicamentele incluse în programele naţionale de sănătate, pentru medicamentele cu sau fără contribuţie personală, folosite în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripţie medicală prin farmaciile cu circuit deschis, pentru medicamentele utilizate în tratamentul spitalicesc, precum şi pentru medicamentele utilizate în cadrul serviciilor medicale acordate prin centrele de dializă, suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi din bugetul Ministerului Sănătăţii.

Contribuţia trimestrială se calculează prin aplicarea unui procent "p" asupra valorii consumului de medicamente suportate din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate şi din bugetul Ministerului Sănătăţii

1. Preluarea lunara a raportarilor de la unitatile sanitare cu paturi si centrele de dializa in vederea corectarii erorilor si a corectitudinii raportarilor (clawback), respectiv preluarea datelor raportate in format electronic in SIUI si a datelor de consum in format scris privind consumul lunar de medicamente transmis de către unităţile sanitare cu paturi şi centrele de dializă şi intocmirea adresei de inaintare standard Anexa 1 si Anexei 2 conform ORDINULUI CNAS 1058/17.11.2015, in vederea stabilirii unor contribuţii.
2. Intocmirea, verificarea, centralizarea si transmiterea la CNAS la termenele stabilite a consumului lunar de medicamente inregistrat de catre farmaciile cu circuit inchis si deschis in vederea stabilirii contributiilor pentru finanţarea unor cheltuieli în domeniul sănătăţii – 12 rapoarte;
3. Intocmirea, verificarea, centralizarea si transmiterea la CNAS la termenele stabilite a situatiilor privind verificarea codurilor CIM conform procedurii de verificare a codurilor CIM contestate trimestrial de catre detinatorii de autorizatii de punere pe piata (DAPP)/reprezentantii legali ai acestora precum si a adreselor referitoare la consumul raportat de catre farmaciile cu circuit deschis si farmaciile cu circuit inchis (unitati sanitare cu paturi si centre de dializa) - 3 adrese;
4. Transmiterea de informatii cu privire la consumul de medicamente pe coduri CIM a detinatorilor de autorizatii de punere pe piata (DAPP), la solicitarea firmelor de avocatura, birouri de experti contabili, Curtea de Apel Bucuresti prin intermediul CNAS.

Validarea medicala a cazurilor DRG conform regulilor si a termenelor prevazute de legislatia in vigoare

Comisia de analiză (DRG) a cazurilor invalidate de către SNSPMPDSB şi a cazurilor pentru care CASJ a constatat nereguli privind corectitudinea datelor înregistrate, trimestrial si la solicitarea furnizorilor de servicii medicale spitalicesti analizeaza dosarele medicale si valideaza/ invalideaza serviciile medicale.

5.COMPARTIMENT CONTROL

5.1. Prezentare generală

În anul 2021, conform planului anual de activitate, pentru structura de control din cadrul Casei de Asigurări de Sănătate Sălaj, compusă din 2 consilieri, a fost prevăzut inițial un număr de 51 acțiuni de control la furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale şi materiale sanitare.

A fost realizat efectiv un număr de 143 acțiuni de control, din care:

- 140 acțiuni de control tematic și operativ la furnizorii de servicii medicale pe toate tipurile de asistență medicală;
- 2 actiuni de control cu privire la plati efectuate din bugetul FNUASS pentru influentele financiare determinate de cresteri salariale reglementate de art.38, alin 3 lit g) din Legea - cadru nr.153/2017, cu modificarile si completarile ulterioare, si Ordonanta de Urgenta a Guvernului nr.114/2017 pentru personalul din unitatile sanitare.

- 1 acțiune de control inopinat.

Cele 143 acțiuni de control efectuate la furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale şi materiale sanitare, se distribuie pe tipuri de acțiuni de control, astfel:

- 51 acțiuni de control tematic;
- 91 acțiuni de control operativ,
- 1 acțiuni de control inopinat.

Actiunea de control operativ desfasurata in baza Dispozitiei de Serviciu nr.135 la Spitalul Judetean de Urgenta Zalau, privind plata influentelor financiare determinate de cresteri salariale reglementate de art.38, alin 3 lit g) din Legea- cadru nr.153/2017, cu modificarile si completarile

ulterioare, si a Ordonantei de Urgenta a Guvernului nr.114/2017 la data de 31.12.2021 era in desfasurare (nefinalizata cu proces verbal de constatare si raport de control).

Urmare acțiunilor de control au fost imputate sume în valoare de 153.938,66 lei şi recuperate în totalitate, respectiv suma de 153,938,66 lei.

5.2. Atribuțiile activității de control

Atribuțiile Compartimentului Control sunt: controlul sumelor decontate furnizorilor şi recuperarea sumelor încasate necuvenit din Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS) pentru servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale şi materiale sanitare de la furnizorii aflaţi sau care s-au aflat în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, precum şi controlul situaţiilor prevăzute de Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 158/2005 privind concediile şi indemnizaţiile de asigurări sociale de sănătate, aprobată cu modificări şi completări prin Legea nr. 399/2006, cu modificările şi completările ulterioare la nivelul angajatorilor care au persoane care beneficiază de concedii medicale.

Controalele tematice sunt controalele planificate anual în vederea efectuării de verificări la nivelul furnizorilor și vizează activitatea desfășurată în interval de 3 ani, iar controalele operative sunt controale care vizează aspecte concrete care sunt sesizate de către: Direcția Generală Control și Antifraudă din cadrul Casei naționale de Asigurări de Sănătate, alte direcții de specialitate din cadrul Casei naționale de Asigurări de Sănătate, servicii de specialitate din cadrul Casei de Asigurări de Sănătate Sălaj și structuri externe (Curtea de Contruri, Camera de Conturi și alte instituții publice).

5.3. Obiectivele activității de control

Principalele obiective ale activității de control desfăurate la furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale şi materiale sanitare au fost:

- Verificarea modului de respectare de către furnizor a condiţiilor existente la momentul evaluării şi a criteriilor care au stat la baza încheierii contractului;
- Verificarea modului de respectare de către furnizor a clauzelor contractuale;
- Concordanţa între serviciile medicale contractate, raportate de către furnizor şi decontate de către C.A.S. şi serviciile consemnate în evidenţele specifice existente la nivelul cabinetului;
- Alte aspecte constatate cu ocazia controlului.

5.4. Detalierea activităților de control

Casa de Asigurari de Sanatate Salaj

SITUATIA CENTRALIZATOARE A CONTROALELOR EFECTUATE DE STRUCTURA DE CONTROL ÎN PERIOADA 01.01.2021 - 31.12.2021

Nr. crt.	Domeniul controlat	Nr. furnizori aflați în relație contractuală cu CAS	Nr. Acțiuni control prevăzute în planul de control anual	Nr. Furnizori controlați	Nr. total de acțiuni de control realizate în perioada de raportare	din care: Tematice	din care: Operative	din care: Inopinate	Sume de recuperat: Imputații (rețete/servicii/ altele) – Anul curent	Sume de recuperat: Imputații (rețete/servicii/ altele) – Anii precedenți	Sume de recuperat: Sancțiuni contractuale (%) – Anul curent	Sume de recuperat: Sancțiuni contractuale (%) – Anii precedenți	Sume de recuperat: Contravenții	Sume de recuperat: Total	Sume recuperate: Imputații (rețete/servicii/altele) – Anul curent – Suma	Sume recuperate: Imputații (rețete/servicii/altele) – Anul curent – Accesorii cf.art.73^1 din Legea 500/2002	Sume recuperate: Imputații (rețete/servicii/altele) – Anii precedenți – Suma	Sume recuperate: Imputații (rețete/servicii/altele) – Anii precedenți – Accesorii cf.art.73^1 din Legea 500/2002	Sume recuperate: Sancțiuni contractuale (%) – Anul curent – Suma	Sume recuperate: Sancțiuni contractuale (%) – Anii precedenți – Suma	Sume recuperate: Contravenții	Sume recuperate: Total	Număr măsuri: Dispuse – Realizare	Dispuse – Contravenții	Dispuse – Altele	Dispuse – Total	Contestații	Implementate – Realizare	Implementate – Contravenții	Implementate – Altele	Implementate – Total
	1	2	3	4	5=6+7+8	6	7	8	9	10	11	12	13	14= 9+10+11+12+13	15	16	17	18	19	20	21	22=15+16+17+18+19+20+21	23	24	25	26=23+24+25	27	28	29	30	31=28+29+30
A	**Controale la furnizorii de servicii**	**298**	**51**	**142**	**142**	**51**	**90**	**1**	**35,246.51**	**0.00**	**118,692.15**	**0.00**	**0.00**	**153,938.66**	**33,937.36**	**3,309.15**	**0.00**	**0.00**	**116,692.15**	**0.00**	**0.00**	**153,938.66**	**0**	**0**	**390**	**390**	**0**	**0**	**0**	**390**	**390**
1	Asistența medicală	103	26	106	106	26	79	1	28,404.73	0.00	1,263.21	0.00	0.00	**29,667.94**	25,095.58	3,309.15	0.00	0.00	1,263.21	0.00	0.00	**29,667.94**	0	0	281	281	0	0	0	281	281
2	Ambulatoriu de specialitate clinic, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative	13	3	5	5	3	2	0	2,783.58	0.00	3,400.00	0.00	0.00	**6,183.58**	4,783.58	0.00	0.00	0.00	1,400.00	0.00	0.00	**6,183.58**	0	0	18	18	0	0	0	18	18
3	Ambulatoriu de specialitate paraclinic	6	2	2	2	2	0	0	166.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**166.00**	166.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**166.00**	0	0	12	12	0	0	0	12	12
4	Ambulatoriu de specialitate pentru medicină dentară	59	2	2	2	2	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**0.00**	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**0.00**	0	0	6	6	0	0	0	6	6
5	Asistență medicală spitalicească	6	2	7	7	2	5	0	103.12	0.00	5,959.50	0.00	0.00	**6,062.62**	103.12	0.00	0.00	0.00	5,959.50	0.00	0.00	**6,062.62**	0	0	12	12	0	0	0	12	12
6	Asistența de medicină fizică și de reabilitare în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**0.00**	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**0.00**	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Asistență medicală de urgență la domiciliu și transport sanitar	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**0.00**	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**0.00**	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Îngrijiri medicale la domiciliu	2	1	1	1	1	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**0.00**	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**0.00**	0	0	4	4	0	0	0	4	4
9	Asistență medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitatea clinică medicină fizică și de	3	1	1	1	1	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**0.00**	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**0.00**	0	0	4	4	0	0	0	4	4
10	Furnizori de medicamente	40	10	14	14	10	4	0	3,789.08	0.00	0.00	0.00	0.00	**3,789.08**	3,789.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**3,789.08**	0	0	40	40	0	0	0	40	40
11	Furnizori de dispozitive medicale,	64	2	2	2	2	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**0.00**	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**0.00**	0	0	4	4	0	0	0	4	4
12	Programe naționale de sănătate	2	2	2	2	2	0	0	0.00	0.00	108,069.44	0.00	0.00	**108,069.44**	0.00	0.00	0.00	0.00	108,069.44	0.00	0.00	**108,069.44**	0	0	9	9	0	0	0	9	9
B	Controale la furnizorii de servicii care acționează în domeniile de competență ale CNAS (OUG 139/2002)	0	0	0	0	0	0	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	**298**	**51**	**142**	**142**	**51**	**90**	**1**	**35,246.51**	**0.00**	**118,692.15**	**0.00**	**0.00**	**153,938.66**	**33,937.36**	**3,309.15**	**0.00**	**0.00**	**116,692.15**	**0.00**	**0.00**	**153,938.66**	**0**	**0**	**390**	**390**	**0**	**0**	**0**	**390**	**390**

* actiunea de control desfasurata in baza D.S. nr. 135 la Spitalul Judetean de Urgenta Zalau, privind plata influentelor financiare determinate de cresterile salariale ale personalului sanitar platit din bugetul FNUASS de la Titlul VI -transferuri, ESTE IN DESFASURARE

* suma de 103,12 lei reprezinta sume imputate in baza art.1, alin 3^4 din Legea 19/2020 -influente financiare

5.5. Principalele nereguli constatate și sancțiuni aplicate

Cu ocazia controalelor tematice și operative efectuate la furnizorii de servicii medicale, medicamente, dispozitive medicale şi materiale sanitare au fost constatate următoarele nereguli care au constat în nerespectarea unor clauze contractuale și încălcarea unor prevederi legale privind activitatea desfășurată de furnizorii în relație contractuală cu CAS Sălaj:

- Nerespectarea obligației de a raporta corect consumul de medicamente în vederea calculării taxei clawback;
- Nerespectarea protocoalelor terapeutice la prescrierea de medicamente cu și fără contribuție personală;
- Nerespectarea încadrării corecte în categoriilor de asigurați "elevi/ucenic/student" " Veterani" si "Legi specile" la compensarea medicamentelor;
- Nerespectarea incadrarii corecte in programul pentru compensarea în procent de 90% a preţului de referinţă a medicamentelor, acordate pentru pensionarii cu venituri sub plafonul prevăzut de lege in valoare de 1139 lei, respectiv 1299 lei in anul 2021;
- Nerespectarea inroducerii în sistemul informatic in termen de 30 de zile a prescpțiilor medicale electronice;
- Neutilizarea formularelor cu regim special unice pe țară;
- Nerespectarea, pe perioada de derulare a contractului, a termenului de comunicare a documentelor care stau la baza contractarii;
- Recomandarea de dispozitive medicale care nu sunt o consecință a consultației medicale raportate in SIUI;
- Nerespectarea obligației de a elibera prescripții medicale/scrisori medicale;
- Nerespectarea programului de activitate;

Urmare controalelor tematice și operative întreprinse la furnizorii în relație contractuală cu CAS Sălaj, Compartimentul Control a dispus următoarele măsuri legale:

- Recuperarea sumelor imputate și recuperarea accesoriilor calculate;
- Reţinerea sumei echivalentă cu contravaloarea medicamentelor consumate de și neraportate în vederea calculării taxei clawback;
- Reținerea sumelor reprezentând contravaloarea medicamentelor raportate incorect;
- Reținerea sumelor reprezentând contravaloarea medicamentelor expirate
- Avertisment scris pentru nerespectarea prevederilor contractuale;
- Sanctiuni pentru nerespectarea prevederilor contractuale;
- Diminuarea cu 0,5 - 10% a valorii minime garantate a punctului „per capita";
- Diminuarea cu 0,5 - 10% a valorii de contract pentru lunile in care s-au constatat nerespectarea obligatiilor contractuale.
- Recuperarea parțială a sumelor imputate reprezentand influente financiare determinate de cresterile salariale ale personalului sanitar platit din FNUASS,
- Remedierea situațiilor de nerespectare a obligațiilor contractuale și a obligațiilor legale încălcate.

PRIORITĂŢI STABILITE ÎN PLANUL DE MANAGEMENT ŞI DE ACTIVITATE PENTRU ANUL 2022

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

În anul 2022, activitățile specifice ale Casei de Asigurări de Sănătate Sălaj vor urmări în principal:

- Asigurarea funcționarii sistemului de asigurări sociale de sănătate, în condiții de eficacitate;
- Creșterea eficienței în derularea programelor naționale de sănătate;

- Creșterea satisfacției reale a asiguraților prin protecția financiară a acestora în caz de imbolnăvire și accidente, în condiții de echitate și în mod nediscriminatoriu;
- Îmbunătățirea accesului asiguraților la medicamente și servicii medicale;
- Informarea permanentă a asiguraţilor privind drepturile şi obligaţiile ce le revin prin toate mijloacele, pe site, media, afişare la sediul casei;
- Asigurarea unei colaborări permanente cu furnizorii prin informarea acestora asupra modificărilor legislative privind relaţia contractuală, a problemelor apărute şi posibilitatea de rezolvare cu respectarea cadrului legal;
- Menţinerea şi asigurarea transparenţei în ceea ce priveşte întreaga activitate a instituției şi a modului de utilizare a fondurilor;
- Conectarea permanentă la principalele modificări legislative și la cele implementate prin Contractul-cadru şi informarea în detaliu, pe toate canalele disponibile, a asiguraţilor despre aceste modificări;
- Intensificarea controalelor la furnizorii de servicii medicale şi medicamente în scopul creşterii calităţii serviciilor medicale, diminuarea prescrierilor de medicamente nejustificate şi neoportune și întărirea controlului în sistem prin utilizarea componentelor informatice- PIAS;
- Creșterea performanței angajaților prin utilizarea și modernizarea sistemului de formare profesională;
- Asigurarea necesarului de resurse umane în raport cu nevoile obiective stabilite;

Ca o concluzie, se poate aprecia că activitatea desfășurată de către Casa de Asigurări de Sănătate Sălaj în anul 2021, raportat la modificările legislative în domeniu care au produs efecte pe tot parcursul anului, a fost una corespunzătoare, toate obiectivele generale și specifice fiind îndeplinite la nivelul asumării acestora prin Contractul de Management și în conformitate cu prevederile legale.

Intreaga activitate a CAS Salaj, aferenta anului 2021 a urmarit optimizarea utilizarii resurselor in serviciile de sanatate in conditii de cost eficacitate crescuta, precum si imbunatatirea capacitatii adimistrative si a calitatii managementului , in vederea realizarii unui sistem de sanatate modern si eficient, pus permanent in slujba cetateanului si in concordanta cu standardul de calitate propus de CNAS.

Casa de Asigurări de Sănătate Sălaj a colaborat eficient cu celelalte structuri ale sistemului de sănătate de la nivelul judeţului Sălaj, respectiv cu Direcţia de Sănătate Publică, Colegiul Medicilor, Colegiul Medicilor Dentişti şi Colegiul Farmaciştilor Sălaj.

Un rol important în desfăşurarea activităţii l-a constituit sprijinul permanent de care a beneficiat CAS Salaj în relaţia cu Instituţia Prefectului Judeţului Sălaj, cu Primăria Municipiului Zalău, precum şi bunele relaţii de colaborare cu primăriile, cu instituţiile descentralizate şi cu partenerii sociali din judeţul Sălaj.

DIRECTOR GENERAL,
Dr. Farm. Olga Stana