

METODOLOGIA DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE INTEGRATĂ PENTRU PERFORMANȚA SERVICIILOR DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE





UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

„MONITORIZAREA ȘI EVALUAREA INTEGRATĂ A PERFORMANȚEI SERVICIILOR PUBLICE”

cod MySMIS 127589 /SIPOCA 616

Activitatea 4 Elaborarea de metodologii sectoriale pentru detalierea și adaptarea
metodologiei cadru pentru fiecare sector

Subactivitatea A 4.1 Dezvoltarea de metodologii sectoriale pentru evaluarea
performanțelor serviciilor publice

METODOLOGIA DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE INTEGRATĂ PENTRU PERFORMANȚA SERVICIILOR DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

septembrie 2023



Cuprins

ACRONIME ȘI ABREVIERI	5
GLOSAR DE TERMENI	5
1. INTRODUCERE.....	7
1.1. Scopul studiului	7
1.2. Obiectivul general al metodologiei	7
2. CRITERII DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE INTEGRATĂ A PERFORMANȚEI SERVICIILOR DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE.....	11
2.1 Beneficiarii principali ai metodologiei	11
2.2 Criterii pentru monitorizarea și evaluarea integrată a performanței serviciilor publice de asigurări sociale de sănătate	12
2.3 Criteriul nr. 1 de monitorizare și evaluare: Capacitatea strategică și instituțională ..	14
2.4 Criteriul nr. 2 de monitorizare și evaluare: Eficacitate	17
2.5. Criteriul 3 de monitorizare și evaluare: Calitate	21
2.6 Criteriul 4 de monitorizare și evaluare: Eficiență.....	27
2.7 Criteriul 5 de monitorizare și evaluare: Accesibilitate	29
2.8 Criteriul 6 de monitorizare și evaluare: Performanța proceselor	31
2.9 Criteriul 7 de monitorizare și evaluare: Bune Practici	33
2.10.Criteriul 8 de monitorizare și evaluare: Transparență	36
3. INDICATORII DE MONITORIZARE ȘI EVALUARE A PERFORMANȚEI SERVICIILOR DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE	40
3.1 Indicatorii de performanță	40
4. ELEMENTELE SPECIFICE PENTRU OPERAȚIONALIZAREA METODOLOGIEI	49
4.1 Baza de informații necesară metodologiei.....	49
4.2 Tablouri de bord și previziuni pentru indicatorii de performanță	52
5. MECANISME SPECIFICE DE COLECTARE A DATELOR	55
ANEXE.....	56
Anexa nr. 1 Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de capacitate strategică și instituțională	56
Anexa nr. 2 - Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de eficacitate.....	57
Anexa nr. 3 - Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de calitate	58
Anexa nr. 4 - Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de eficiență	60





UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Anexa nr. 5 - Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de accesibilitate	61
Anexa nr. 6 - Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de performanța proceselor.....	62
Anexa nr. 7 - Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de bune Practici.....	63
Anexa nr. 8 - Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de transparență	64
Anexa nr. 9. Cadrul general de reglementare și performanță pentru serviciile de asigurări sociale de sănătate.....	65
A9.1 Cadrul juridic european de asigurări sociale de sănătate	65
A9.2 Cadrul juridic național al serviciului de asigurări sociale de sănătate	65



Acronime și abrevieri

ASS	Asigurări Sociale de Sănătate
CJAS	Casa Județeană de Asigurări de Sănătate
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
DSPJ	Direcția Județeană de Sănătate Publică
FNUASS	Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate
M&E	Monitorizare și evaluare
TFEU	Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene

Glosar de termeni

Utilizator: persoană care plătește pentru bunuri sau servicii, deși nu le poate alege, deoarece acestea sunt furnizate direct de către administrația publică;

Beneficiar: persoană care primește prestații la un moment dat/într-o anumită perioadă de timp. Conform Legii nr. 96/2005, art. 50 (3), beneficiarii programelor naționale de sănătate sunt persoanele care au calitatea de asigurat în conformitate cu prevederile art. 222 alin. (1), precum și persoanele cu domiciliul în România, care nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte surse.

Asigurat: persoanele fizice sunt acoperite împotriva consecințelor financiare ale unor evenimente incerte prestabilite, prin plata prealabilă a primelor (adică înainte de producerea riscurilor). În schimbul plății primelor, asigurații obțin garanția asiguratorului de a oferi această compensație financiară. Aceștia renunță la proprietatea primelor plătite și, în consecință, la orice drepturi asupra acestora.

Neasigurat: persoană care nu este asigurată.

Efect: schimbare intenționată sau neintenționată datorată direct sau indirect unei intervenții

Eficacitate: măsura în care obiectivele unei intervenții au fost realizate sau se așteaptă a fi realizate luând în considerare importanța acestora

Eficiență: o măsură a modului economic în care resursele/contribuțiile (fonduri, expertiză, timp etc.) sunt transformate în efecte sau rezultate

Evaluare: apreciere periodică a eficienței, eficacității, calității, accesibilității, impactului, durabilității și relevanței în contextul obiectivelor exprimate

Factori interesați: toate persoanele, fizice sau juridice, interesate (direct sau indirect) de o instituție, activitățile și realizările acesteia

Impact: un efect asupra societății. O schimbare semnificativă pe termen lung indusă utilizatorului unui serviciu sau produs. Poate fi direct sau indirect, intenționat sau neintenționat

Indicator: Un număr cu scop special de măsurare. Un factor sau o variabilă cantitativă sau calitativă care furnizează un mijloc simplu și de încredere pentru măsurarea realizărilor, reflectarea schimbărilor aferente unei intervenții, sau pentru evaluarea performanței unei părți sau a unei instituții. Sau, o variabilă care permite verificarea schimbărilor în intervenția de dezvoltare sau arată rezultatele privitoare la acțiunile planificate. Indicatorii sunt de obicei măsuri indirecte ale unui fenomen sau a unei calități de bază și sunt enunțați în formatul SMART. Indicatorii sunt deseori divizați pentru a compara rezultate și au limite de timp și valori de bază.

Indicator de performanță: etalon de măsură care permite examinarea și indicarea viabilității strategiei de performanță, în vederea realizării obiectivelor precise ce decurg din aceasta

Monitorizare: o funcție continuă care utilizează culegerea sistematică de date cu referire la indicatorii specificați pentru a furniza managementului și principalilor factori interesați de o intervenție în curs, indicații referitoare la măsura atingerii obiectivelor și a utilizării fondurilor alocate

Performanță: măsura în care o intervenție sau un implementator îndeplinește rezultatele, conform planurilor sau obiectivelor enunțate

Relevanță: Măsura în care obiectivele unei intervenții sunt conforme cu cerințele beneficiarului, nevoile statului, prioritățile și politicile globale

SMART (Specific, Măsurabil, Accesibil, Relevant și Timp): atribute ale indicatorilor, aplicate uneori și altor elemente, cum ar fi țintelor și obiectivelor; un mijloc de evaluare a indicatorilor de performanță

Variabilă: factor calitativ sau cantitativ care furnizează un mijloc simplu și de încredere pentru măsurarea realizărilor

1. Introducere

1.1. Scopul studiului

Scopul acestui document constă în **elaborarea metodologiei pentru monitorizarea și evaluarea integrată a performanței în implementarea și furnizarea serviciilor de asigurări sociale de sănătate** la nivel național prin Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), și la nivel județean/local prin Direcțiile de Sănătate Publică Județene (DSPJ) și Casele Județene de Asigurări de Sănătate (CJAS).

DSPJ și CJAS sunt instituțiile care asigură implementarea politicilor și strategiilor în domeniul sănătății, în conformitate cu normele stabilite la nivel central. În plus, casele județene de asigurări de sănătate achiziționează servicii de la furnizorii de servicii medicale la nivel local. Prin urmare, monitorizarea și evaluarea serviciilor de asigurări sociale de sănătate furnizate de aceste instituții (DSPJ și CJAS) permite o mai bună direcționare și intervenții de politici publice.

În plus, acest document cuprinde un ghid pentru elaborarea metodologiilor de monitorizare și evaluare a performanțelor furnizorilor de asigurări sociale de sănătate la nivel județean și local (cele 42 CJAS-uri).

Documentul se bazează pe fundamentul teoretic și empiric preliminar prezentat în **Metodologia de monitorizare și evaluare integrată a performanței serviciilor publice**, reprezentând în esență o adaptare a acestei metodologii la specificul serviciilor de asigurări sociale de sănătate la nivel de județene, pentru operaționalizarea monitorizării și evaluării integrate a performanței acestor servicii.

1.2. Obiectivul general al metodologiei

Scopul principal al metodologiei de monitorizare și evaluare (M&E) a serviciilor de asigurări sociale de sănătate la nivel județean este de a oferi tuturor categoriilor de organizații din sfera serviciilor de asigurări sociale de sănătate județene un cadru metodologic general și instrumentele necesare pentru a monitoriza (urmări) și evalua (analiza și interpreta) performanța serviciilor de asigurări sociale de sănătate furnizate.

Evaluarea performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate furnizate va constitui baza deciziilor de îmbunătățire sistematică și continuă a serviciilor de asigurări sociale de sănătate oferite cetățenilor. Pe de altă parte, metodologia de M&E va oferi furnizorilor/prestatorilor acestor servicii dimensiunea de responsabilitate publică și transparență în raport cu performanțele obținute.

Această metodologie este un instrument util în aplicarea managementului performanței la nivelul organizațiilor publice și private a căror misiune este de a asigura accesul echitabil la servicii de sănătate de calitate și eficiente din punct de vedere al costurilor, în special pentru grupurile vulnerabile și pentru populația rurală. Managementul performanței trebuie să se afle în centrul eforturilor oricărei instituții de a asigura îmbunătățirea continuă a furnizării de servicii de asigurări sociale de sănătate de calitate, eficiente și orientate către utilizator.

Managementul performanței permite luarea de măsuri la nivel operațional, pentru a conduce la rezultate mai bune, ceea ce înseamnă luarea de măsuri ca răspuns la performanța reală, la nivel individual, de echipă, de departament, de instituție sau de comunitate.

Metodologia este o componentă a procesului de management continuu al performanței pentru:

- a ști ce măsuri trebuie luate pentru monitorizarea performanței serviciului;
- a interpreta performanța, pe baza unor criterii (obiective, ținte etc.);
- a evalua performanța în funcție de criterii, utilizând o metodă adecvată (indicatori de performanță).

Metodologia de M&E va oferi utilizatorilor săi mai mult decât monitorizarea indicatorilor cheie de performanță. Ea va constitui baza unui "mediu" de performanță în serviciile de sănătate, un mediu care cuprinde toate activitățile menite să sprijine furnizarea eficientă a serviciilor. O abordare coerentă și sistematică a performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate la nivel județean prezintă următoarele avantaje:

- Date și informații privind performanța, furnizate în timp real și în mod regulat, ce constituie informații utile pentru sprijinirea procesului decizional.
- Responsabilitate și transparență.
- Analiză clară a managementului performanței la nivel organizațional și la nivel de serviciu.

Metodologia sectorială de monitorizare și evaluare a serviciilor de asigurări sociale de sănătate are în vedere colectarea de date/indicatori agregați la nivelul autorităților publice județene responsabile. Monitorizarea și evaluarea performanțelor vor avea:

- O componentă internă, din perspectiva entităților care gestionează și/sau furnizează servicii publice.
- O componentă externă, din perspectiva cetățenilor, beneficiari ai serviciilor publice de asigurări sociale de sănătate.

Metodologia de M&E include mecanismul de diseminare a informațiilor pe categorii de utilizatori:

- Informații de interes pentru publicul larg.
- Informații pentru factorii de decizie politică.
- Informații pentru autoritățile de reglementare.
- Alte tipuri de informații (de exemplu, pentru furnizorii de date etc.)¹.

În consecință, performanța serviciilor de asigurări sociale de sănătate este analizată pe trei vectori (Figura 1):

- Capacitatea instituțională (management strategic/viziune privind cadrul organizațional și operațional).

¹ În conformitate cu cadrul metodologic al proiectului SIPOCA 616

- Calitatea/adaptarea interfeței cu utilizatorul.
- Eficacitatea intrinsecă a serviciilor publice (evaluată prin gradul de îndeplinire a obiectivelor).

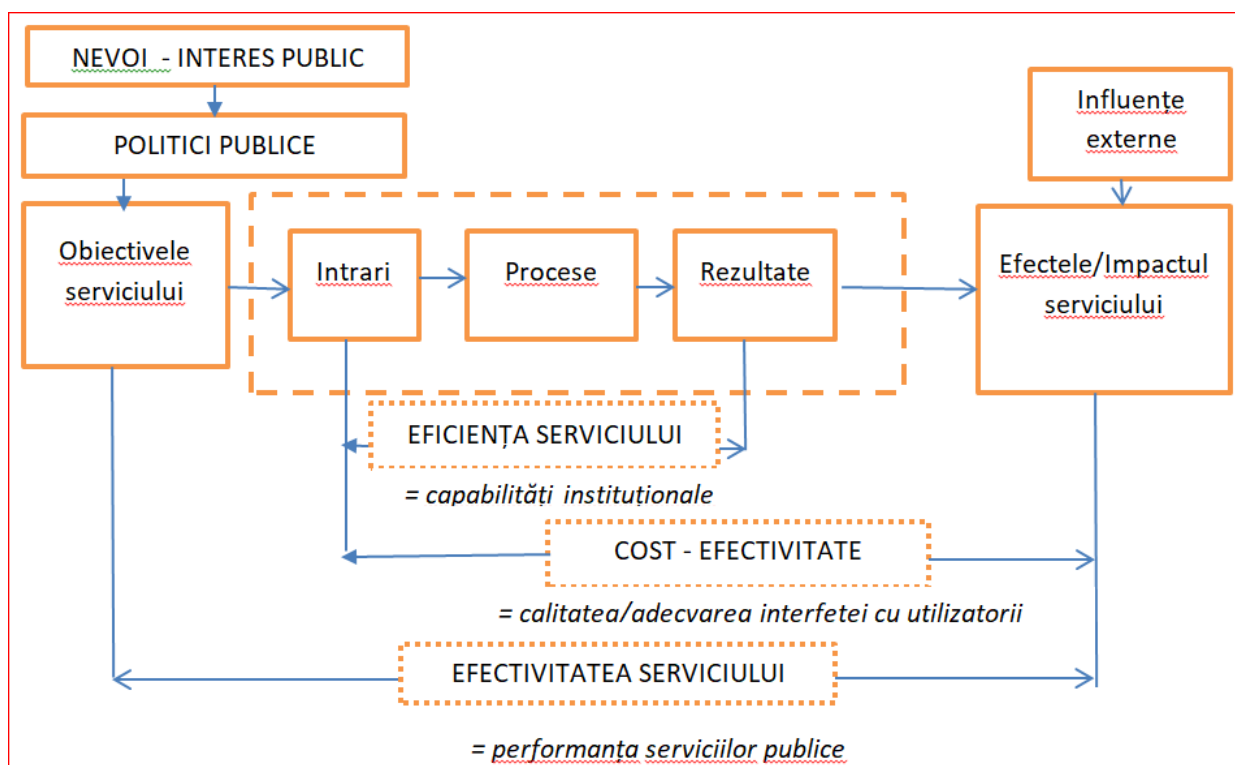


Figura nr. 1 - Cadru general de performanță al unui serviciu public (preluarea din metodologia-cadru)

Modelul demonstrează că fiecare serviciu public:

- Necesită un mix de intrări, care pot include:
 - resurse umane, competențe și cunoștințe;
 - infrastructura: active fixe, active necorporale, alte active;
 - resurse financiare.
- Transformă, convertește sau utilizează intrările în procesele interne.
- Produce rezultate - unități de servicii furnizate.

Furnizorii de servicii elaborează obiective pentru fiecare serviciu furnizat în ceea ce privește rezultatele obținute și efectul/impactul așteptat al serviciilor.

Cerința de eficacitate se bazează pe conștientizarea faptului că simpla furnizare de servicii de asigurări sociale de sănătate de calitate nu este suficientă. Buna gestionare a unui serviciu și realizarea unor indicatori de rezultat satisfăcători își pierd relevanța dacă nu există o îmbunătățire vizibilă a vieții și a condițiilor de trai ale oamenilor. O cultură organizațională bazată pe învățare, transparență și responsabilitate este posibilă doar printr-un cadru comun de măsurare, monitorizare și evaluare și printr-o nomenclatură generală a performanței

serviciilor publice, indiferent dacă acestea sunt furnizate de autoritățile publice centrale și locale (responsabile cu reglementarea și furnizarea serviciilor de asigurări sociale de sănătate) sau de furnizorii privați. În special pentru România, indicatorul de eficacitate este extrem de important, deoarece ar putea oferi informații care nu sunt încă disponibile în baza de date principală și ar putea favoriza o mai bună coordonare a politicilor de asigurări sociale de sănătate.

Monitorizarea este o sarcină continuă de revizuire a informațiilor, inclusiv evaluarea sistematică a contribuțiilor bugetare și a activităților finanțate. Monitorizarea generează date cantitative. Aceasta oferă feedback cu privire la măsura în care au fost îndeplinite obiectivele de performanță, facilitând corectarea abaterilor de la obiectivele operaționale. Monitorizarea contribuie la responsabilizarea în ceea ce privește cheltuirea banilor publici și oferă informații valoroase despre nivelul de performanță al serviciilor de asigurări sociale de sănătate la un moment dat.

Pe de altă parte, **evaluarea** presupune o judecată, o analiză critică a situației serviciilor publice în raport cu rezultatele constatate și o analiză a impactului în raport cu nevoile pe care serviciile de asigurări sociale de sănătate își propun să le satisfacă. Evaluarea este un instrument sistematic care oferă dovezi și date reale pentru a sprijini procesul decizional și pentru a îmbunătăți eficacitatea, utilitatea și eficiența furnizării serviciilor de asigurări sociale de sănătate. În plus, evaluarea contribuie la îmbunătățirea transparenței, a învățării și a responsabilității. Prin urmare, permite luarea unor decizii pentru viitor pe baza a ceea ce funcționează, în ce circumstanțe și de ce (sau de ce nu).

În general, monitorizarea și evaluarea sunt efectuate pentru a verifica măsura în care politicile și inițiativele ating obiectivele strategice stabilite și pentru a elabora recomandări cu privire la ceea ce poate fi îmbunătățit în viitor. În prezent, un cadru coerent și integrat de monitorizare și evaluare a performanței serviciilor sociale de sănătate este, de asemenea, necesar pentru un sistem de servicii corect și echitabil.

2. Criterii de monitorizare și evaluare integrată a performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate

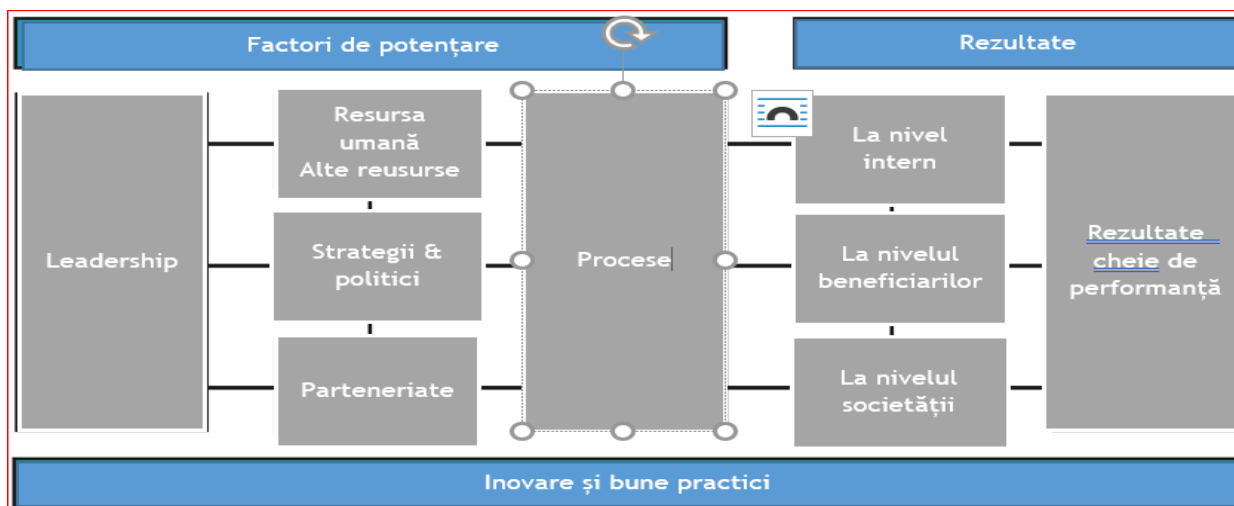
2.1 Beneficiarii principali ai metodologiei

Metodologia de monitorizare și evaluare a performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate are ca scop raportarea și monitorizarea nivelului de performanță pentru o serie de utilizatori/beneficiari.

- a. **Ministerul Sănătății:** implementează politicile naționale, corelate cu cele la nivel european și internațional, în domeniul sănătății, îndeplinind rolul de autoritate națională în domeniul sănătății, strategie și planificare, reglementare, coordonare, monitorizare și control (art. 219, alin (7) din Legea nr. 95/2006). Măsurarea performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate este utilă pentru:
 - clarificarea obiectivelor și responsabilităților guvernamentale;
 - colectarea de informații privind nivelul de furnizare a serviciilor de asigurări sociale de sănătate pentru a evalua măsura în care sunt îndeplinite obiectivele;
 - analiza și îmbunătățirea relației dintre guvern și structurile responsabile de reglementarea și furnizarea serviciilor de asigurări sociale de sănătate;
 - încurajarea îmbunătățirii performanțelor în furnizarea serviciilor de asigurări sociale de sănătate prin evidențierea îmbunătățirilor și a inovațiilor.
- b. **Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS):** care gestionează sistemele de asigurări sociale de sănătate (art. 276, alin. (3), Legea nr. 95/2006). M&E poate oferi sprijin pentru a se asigura că structurile funcționale:
 - au obiective clar definite privind serviciile de asigurări sociale de sănătate;
 - furnizează informații transparente și riguroase cu privire la performanța activităților desfășurate în acest domeniu.
- c. **Direcțiile Județene de Sănătate Publică (DJSP) și Casele Județene de Asigurări de Sănătate (CJAS):** M&E oferă o bază pentru fundamentarea planificării și bugetării serviciilor publice de servicii de asigurări sociale de sănătate la nivelul autorităților locale, astfel încât monitorizarea și evaluarea performanțelor să ofere sprijin pentru creșterea responsabilității în sectorul public local. În același timp, implementarea strategiilor specifice serviciilor de asigurări sociale de sănătate la nivel județean poate fi monitorizată și evaluată în mod regulat pentru a se asigura că acestea sunt corect implementate.
- d. **Comunitatea și beneficiarii:** performanța în domeniul serviciilor de asigurări sociale de sănătate se bazează foarte mult pe informația și feedback-ul din partea comunității și a beneficiarilor.

2.2 Criterii pentru monitorizarea și evaluarea integrată a performanței serviciilor publice de asigurări sociale de sănătate

Cadrul comun de evaluare (CAF) este primul instrument european de management al calității, adaptat pentru sectorul public de către Rețeaua Europeană de Administrație Publică (EPAN)².



Cadrul general de performanță CAF adaptabil pentru serviciile de asigurări sociale de sănătate

CAF face parte din categoria modelelor de management al calității totale și a fost inspirat inițial de modelul de excelență al Fundației Europene pentru Managementul Calității (EFQM). Se bazează pe premisa că rezultatele excelente în domeniul performanței publice se obțin la componentele legate de capacitatea și planificarea strategică, resursele și procesele.

Criteriile de monitorizare și evaluare a performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate elaborate în cadrul acestei metodologii reflectă acest model și, conform Metodologiei-cadru de monitorizare și evaluare a performanței (livrabil A3.4), criteriile generale de performanță sunt prezentate în figura de mai jos. În domeniul serviciilor de asigurări sociale de sănătate, indicatorii de performanță vor fi construiți pe baza subcriteriilor prezentate în continuare.

² Rețeaua Europeană de Administrație Publică (EPAN) este o rețea informală a directorilor generali responsabili cu administrația publică din statele membre ale Uniunii Europene, Comisia Europeană (CE) și țările observatoare, care lucrează pentru servicii publice de înaltă calitate.

Criterii derivate din modelul EFQM:

1. Capacitatea strategică și instituțională
2. Eficacitatea
3. Calitatea
4. Eficiența
5. Performanța proceselor
6. Bune practici: inovarea și implicarea/co-crearea
7. Transparența

Criteriul 1. Capacitate strategică și instituțională

- C1.1 Completitudinea setului strategic
- C1.2 Capacitatea strategică

Criteriul 2. Eficacitate

- C2.1 Realizarea obiectivelor
- C2.2 Timpul de furnizare a serviciilor de asigurări sociale de sănătate
- C2.3 Numărul de personal alocat pentru furnizarea serviciului
- C2.4 Servicii furnizate la timp
- C2.5 Monitorizarea întârzierilor în furnizarea serviciilor de asigurări sociale de sănătate

Criteriul 3. Calitate

- C3.1 Indicele general al calității
- C3.2 Calitatea tehnică a serviciilor
- C3.3 Indicele general de satisfacție a beneficiarilor

Criteriul 4. Eficiență

- C4.1. Eficiența alocativă

Criteriul 5. Accesibilitate

- C5.1. Ușurința și comoditatea accesării serviciilor de asigurări sociale de sănătate
- C 5.2 Existența unor instrumente de comunicare disponibile pentru a informa cetățenii cu privire la serviciile de asigurări sociale de sănătate
- C5.3 Promptitudinea furnizării serviciilor de asigurări sociale de sănătate
- C5.4 Costul serviciilor de asigurări sociale de sănătate

Criteriul 6. Performanța proceselor

- C6.1 Gradul de acoperire financiară
- C6.2. Gradul de acoperire cu resurse umane
- C6.3. Gradul de pregătire a personalului

Criteriul 7. Bune practici

- C7.1 Nivelul de inovare
- C7.2 Gradul de consultare publică

Criteriul 8. Transparență

- C8.1 Nivelul de informare publică
- C8.2 Nivelul de furnizare a datelor deschise
- C8.3 Accesibilitatea obiectivului de performanță și a rezultatului instituțional obținut

2.3 Criteriul nr. 1 de monitorizare și evaluare: Capacitatea strategică și instituțională

Criteriul de evaluare a performanțelor	Indicatorul	Sub-indicatorul	Unitatea de măsură
C1. Capacitatea Strategică și Instituțională	C1.1 Completitudinea setului strategic	C1.1.1 Existența obiectivelor SMART în sectorul asigurărilor sociale de sănătate	Da sau Nu
		C1.1.2 Obiective specifice legate de metodologiile SMART pentru asigurările sociale de sănătate	Da sau Nu
		C1.1.3 Existența unui sistem de management al calității implementat la nivelul instituției	Da sau Nu

Criteriul de evaluare a performanțelor	Indicatorul	Sub-indicatorul	Unitatea de măsură
	C1.2. Capacitatea Strategică	C1.2.1 Existența unei structuri responsabile cu măsurarea performanței	Da sau Nu
		C1.2.2 Existența unei metodologii/proceduri pentru monitorizarea și evaluarea performanței	Da sau Nu

Criteriul are ca scop monitorizarea și evaluarea măsurii în care capacitatea strategică și instituțională a serviciilor de asigurări sociale de sănătate la nivel județean funcționează în mod eficient și eficace. În esență, criteriul urmărește să analizeze capacitatea strategică și instituțională de a implementa strategiile pe teren și de a sprijini implementarea politicilor în acest domeniu. O bună capacitate strategică și instituțională creează premisele pentru atingerea obiectivelor de satisfacere a nevoilor sociale.

Acest criteriu este împărțit în două **subcriterii**:

C1.1. - Completitudinea setului strategic: care vizează evaluarea sistemului de planificare strategică utilizat în sector;

C1.2. - Capacitatea strategică: care vizează evaluarea proceselor și structurilor utilizate pentru a măsura performanța.

Indicatorii:

C.1. 1. 1 - Existența obiectivelor SMART în sectorul asigurărilor sociale de sănătate

Acest indicator are ca scop evidențierea unei etape de planificare strategică și identificarea documentelor în care acestea sunt definite.

În sectorul asigurărilor sociale de sănătate, CNAS și autoritățile locale (casele județene de asigurări de sănătate) se subordonează și implementează strategia și politica națională a Ministerului Sănătății. De altfel, la nivel instituțional, există și o serie de documente strategice de lucru construite pe SCIM, sistemul de control intern/managerial.

Pentru a măsura acest profil de performanță și în concordanță cu criteriul de transparență (3.1), este necesară și o cartografiere a măsurii în care documentele strategice sunt făcute publice și diseminate.

C1.1.2. - Obiective specifice legate de metodologiile SMART pentru asigurările sociale de sănătate

Indicatorul urmărește să cartografieze existența oricăror documente care definesc obiective specifice, plan de acțiune, ținte etc. De fapt, în timp ce Casa Națională de Asigurări de Sănătate este responsabilă pentru stabilirea obiectivelor generale, planurile de acțiune și obiectivele specifice sunt în responsabilitatea caselor județene, care dețin toate informațiile la nivel local și pot organiza implementările acestor obiective.

C1.1.3. - Existența unui sistem de management al calității, implementat la nivelul instituției

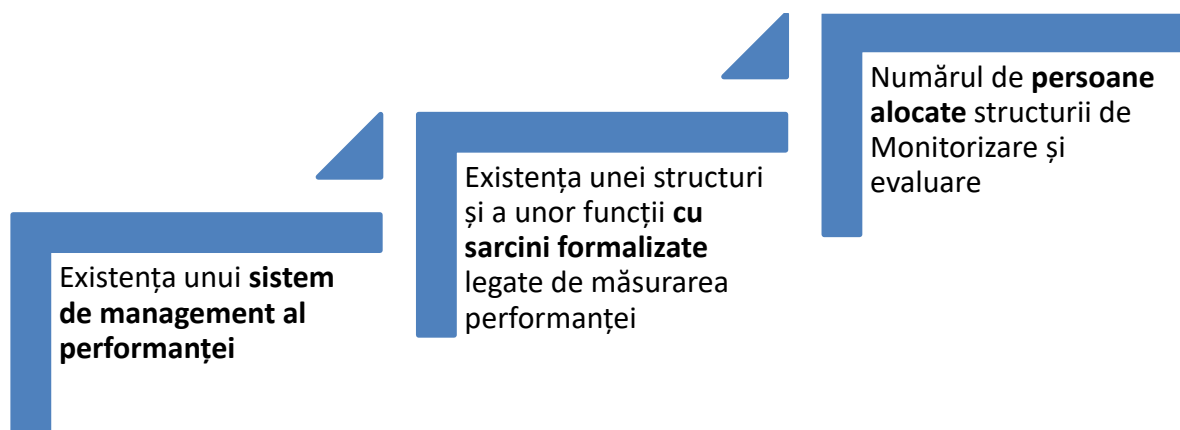
În conformitate cu Legea 95/2006, atât CNAS, cât și Casele Județene trebuie să dispună de instrumente de management al calității. Acest criteriu urmărește să identifice:

- sistemul de management al calității implementat în cadrul instituției (standarde ISO, standarde CIM, Balance Scorecard, instrumente de autoevaluare, Total Quality Management);
- existența unui sistem de management specializat pentru fiecare domeniu de expertiză;
- frecvența evaluării.

C1.2.1. - Existența unei structuri responsabile cu măsurarea performanței

Criteriul urmărește să cartografieze existența și să identifice structura de monitorizare și evaluare a performanței, în vederea dezvoltării unui sistem de monitorizare, evaluare și raportare pentru implementarea strategiei - scopul este acela de a identifica existența unei structuri complexe dedicate monitorizării.

În prezența unui sistem de măsurare a performanței, analiza trebuie aprofundată în funcție de următorii **sub-indicatori**:



C1.2.2. - Existența unei metodologii/proceduri pentru monitorizarea și evaluarea performanței

Criteriul vizează identificarea existenței unor proceduri și instrumente de monitorizare și evaluare a serviciilor de asigurări sociale de sănătate la nivel național (Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate) și județean/local (Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate - ANMCS și Institutul Național de Sănătate Publică - INSP).

De fapt, existența unei proceduri integrate ar permite realizarea unor observații mai aprofundate ale sistemului de asigurări sociale de sănătate și generarea unor indicatori de performanță pe baza observațiilor.

Conținutul indicatorului: Capacitate strategică și instituțională

1. Existența obiectivelor SMART în sectorul asigurărilor sociale de sănătate
2. Obiective specifice legate de metodologiile SMART pentru asigurările sociale de sănătate

3. Existența unui sistem de management al calității, implementat la nivelul instituției		
4. Existența unei structuri responsabile cu definirea măsurarea performanței		
5. Existența unei metodologii/proceduri de monitorizare și evaluare a performanței		
Se va calcula indicatorul procentual: ➤ = Punctajul obținut*100/ TOTALUL MAXIM		
Metodologia de monitorizare și evaluare Elaborarea și completarea grilei de analiză pentru îndeplinirea criteriilor:		
Grila de evaluare	Punctajul maxim	
Existența obiectivelor SMART în sectorul asigurărilor sociale de sănătate	20	
Da sau Nu		
Obiective specifice legate de metodologiile SMART pentru asigurările sociale de sănătate	20	
Da sau Nu		
Existența unui sistem de management al calității, implementat la nivelul instituției	20	
Existența unei structuri responsabile cu măsurarea performanței	20	
Existența unei structuri cu sarcini formalizate		10
Numărul de persoane alocate		N. 1= 2,5
		N. 1 - 3= 5
	N. > 3= 10	
Existența unei metodologii/proceduri de monitorizare și evaluare a performanței	20	
PUNCTAJUL TOTAL MAXIM =	100 puncte	

Evaluare

Grila de notare	Setarea nivelului de performanță.
<10 puncte	Capacitate strategică slabă: sunt necesare îmbunătățiri importante.
11-30 puncte	Capacitate strategică redusă: sunt necesare îmbunătățiri moderate.
31-65 puncte	Capacitate strategică bună: sunt necesare îmbunătățiri minore/punctuale.
>66 puncte	Capacitate strategică foarte ridicată: sunt necesare îmbunătățiri continue

2.4 Criteriul nr. 2 de monitorizare și evaluare: Eficacitate

Analiza eficienței și eficacității serviciilor de asigurări sociale de sănătate se referă la relațiile dintre intrări (resurse utilizate), ieșiri (rezultate) și impactul așteptat al acestora. Astfel, este foarte important de reținut faptul că eficiența face legătura între resursele utilizate și/sau rezultatele obținute și obiectivele strategice/impactul necesar a fi atinse. Realizarea impactului preconizat se referă adesea la obiective de bunăstare sau la creșterea calității vieții

și, prin urmare, poate fi influențată de o multitudine de factori, dintre care unii sunt factori "de mediu" exogeni care nu pot fi controlați de instituțiile/organizațiile responsabile de furnizarea serviciilor publice de asistență socială.

Eficacitatea este mai dificil de evaluat decât eficiența, deoarece rezultatul este influențat de politicile publice promovate. Distincția dintre rezultat și impact este adesea neclară, iar cei doi termeni sunt utilizați în mod interschimbabil, deși importanța distincției dintre cele două concepte este recunoscută ca fiind esențială. La modul cel mai simplu, eficiența arată utilizarea cu succes a resurselor în atingerea obiectivelor de politici publice.

În tabelul de mai jos sunt prezentați indicatorii de performanță propuși pentru criteriul eficacității.

Criteriul de evaluare a performanței	Indicatorul	Unitatea de măsură
C2. Eficacitate	C2.1. Realizarea obiectivelor	Da sau Nu
	C2.2. Timp de furnizare a serviciilor de asigurări sociale de sănătate	Durata efectivă a prestării serviciilor/durata medie a prestării serviciilor
	C2.3. Numărul de personal alocat pentru furnizarea serviciului	Numărul de posturi ocupate/Numărul de posturi din schema de personal
	C2.4. Servicii furnizate la timp	Durata sprijinului acordate în cadrul asigurărilor sociale de sănătate
	C2.5. Monitorizarea întârzierilor în furnizarea serviciilor de asigurări sociale de sănătate	Durata întârzierilor în prestarea serviciilor

Indicatorii propuși:

C2.1. - Realizarea obiectivelor

Criteriul urmărește să identifice măsura în care au fost atinse obiectivele din cadrul documentelor strategice și naționale. Acest indicator va fi calculat în conformitate cu documentele strategice menționate de reprezentanții Direcțiilor de Sănătate Publică în cadrul interviurilor efectuate pentru sectorul Asigurărilor Sociale de Sănătate. În special, acestea sunt reprezentate de o serie de documente strategice de lucru la nivel instituțional, construite pe baza prevederilor SCIM, sistemul de control intermanagerial. Măsura în care activitățile au fost realizate este determinată sub formă de procentaj, ce va fi cuantificată ulterior într-un scor bazat pe îndeplinirea sau nu a standardelor de performanță.

%	Punctaj
100 < 75	20
75 < 50	15
50	10
50 < 25	5
25 < 12	2,5
12 - 0	0

C2.2. - Timpul de furnizare a serviciilor de asigurări sociale de sănătate

Durata medie a serviciilor se modifică în funcție de tipul de activități corespunzătoare. De fapt, există o colectare internă de date privind durata reală a furnizării diferitelor servicii de asigurări sociale de sănătate și, pe baza acestor date, se calculează durata medie a serviciului. Performanța medie a timpului se referă la durata medie a serviciului conform datelor deținute intern. Dacă serviciul este furnizat în termeni reduși față de medie, performanța este îmbunătățită.

Prin urmare, gradul de eficacitate a serviciilor de asigurări sociale de sănătate în ceea ce privește timpul de furnizare va fi calculat după cum urmează:

Index	Setarea nivelului de performanță în funcție de timp
>1	Performanță sub medie din punct de vedere al timpului de execuție
1	Performanță medie din punct de vedere al timpului de execuție
<1	Performanță peste medie din punct de vedere al timpului de execuție

C2.3. - Numărul de personal alocat pentru prestarea serviciului

Acest indicator urmărește cartografierea numărului de persoane alocate în unitățile constituite pentru prestarea serviciilor de asigurări sociale de sănătate, mai exact în Casele Județene de Asigurări de Sănătate.

Numărul de persoane angajate va fi comparat cu numărul de persoane conform organigramei, urmărind raportul de mai jos (urmat pentru indicatorul anterior):

Numărul de posturi ocupate / Număr de posturi din schema de personal (organigramă)

Spre deosebire de ceea ce a fost prezentat din perspectiva performanței timpului, nu este un rezultat matematic faptul că un număr redus al personalului conduce la o eficacitate mai scăzută a serviciului. În acest sens, se recomandă ca o abordare cantitativă să fie combinată cu una calitativă, pentru a evalua dacă numărul de persoane angajate este încă suficient pentru a furniza serviciul în mod eficient sau este un rezultat al procesului de digitalizare.

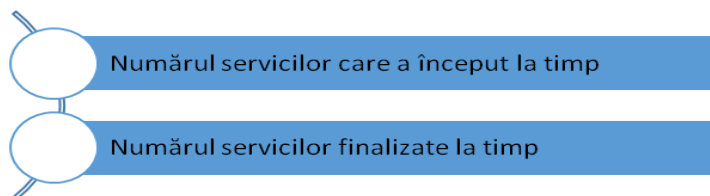
C2.4. - Servicii furnizate la timp

Pentru măsurarea acestui indicator, ar trebui să se ia în considerare durata de procesare a cererilor transmise de cetățeni pe suport de hârtie, pentru a colecta date fiabile.

C2.5 - Monitorizarea întârzierilor în furnizarea serviciilor de asigurări sociale de sănătate

Indicatorul este rezultatul totalului următoarelor **variabile**, calculat în raport cu numărul de servicii prestate.

Conținutul indicatorului: Eficacitate



1. Realizarea obiectivelor
2. Timp de prestare a serviciilor de asigurări sociale de sănătate
3. Numărul de personal alocat pentru furnizarea serviciului
4. Servicii furnizate la timp
5. Monitorizarea întârzierilor în furnizarea serviciilor de asigurări sociale de sănătate

Se va calcula indicatorul procentual:
 $\text{Punctaj} = \frac{\text{Punctajul obținut} \times 80}{\text{TOTALUL MAXIM}}$

Metodologia de monitorizare și evaluare:
 Elaborarea și completarea grilei de analiză pentru îndeplinirea criteriilor: autoevaluare.

Grila de evaluare		Punctajul Maxim
Gradul de realizare al obiectivelor		20
100%	20	
100%<50%	15	
50%	10	
50%<25%	5	
25%<0	2,5	
0	0	
Durata efectivă a prestării serviciilor/durata medie a prestării serviciilor de asigurări sociale de sănătate		20
>1	20	
1	15	
<1	0	
Numărul de persoane angajate conform organigramei - Numărul de personal alocat		20
0	20	
0 - 5	10	
5 - 10	5	

>10	0	
Servicii furnizate la timp		
Numărul de servicii începute conform programării/ Numărul de servicii furnizate	1 = 10 <1 = 0	20
Numărul de servicii finalizate conform termenelor stabilite/Numărul de servicii furnizate	1 = 10 <1 = 0	
Punctajul Total Maxim =		80 puncte

Evaluare:

Scalare	Setarea nivelului de performanță.
<10 puncte	Eficacitate slabă; sunt necesare îmbunătățiri importante.
11-30 puncte	Eficacitate redusă; sunt necesare îmbunătățiri moderate.
31-65 puncte	Eficacitate bună; sunt necesare îmbunătățiri minore.
>66 puncte	Eficacitate foarte ridicată; sunt necesare îmbunătățiri continue

2.5. Criteriul nr. 3 de monitorizare și evaluare: Calitate

Calitatea este un criteriu definitoriu pentru evaluarea performanței serviciilor publice, deoarece este principalul criteriu care permite măsurarea **percepției performanței** de către beneficiarii serviciilor.

În special în sectorul sănătății publice, indicatorul poate constitui o sursă importantă de informații și ar putea contribui la înțelegerea capacității de a furniza servicii de sănătate pentru persoanele asigurate.

Conținutul criteriului de calitate pentru serviciile de asigurări sociale de sănătate este prezentat în tabelul următor.

Conținutul criteriului de calitate

Criteriul de evaluare a performanțelor	Indicator	Variabile	Unitatea de măsură
C3. Calitatea	C3.1 Indicele general al calității	C3.1.1 Numărul de reclamații	Numărul de reclamații/ Număr de servicii furnizate
		C3.1.2 Numărul de acțiuni de îmbunătățire a calității	Numărul de servicii îmbunătățite/Numărul de servicii preconizate
		C3.1.3 Numărul de cursuri de formare	Nr. de cursuri de formare profesională continuă pentru personalul intern/

Criteriul de evaluare a performanțelor	Indicator	Variabile	Unitatea de măsură
		profesională continuă pentru personalul intern	Nr. de cursuri de formare profesională pentru personalul intern
		C3.1.4 Timp alocat acțiunilor corective în ultimul an disponibil	Timp alocat acțiunilor corective/ Timp planificat pentru acțiuni corective
	C3.2 Calitatea tehnică a serviciilor	C3.2.1 Furnizarea serviciului din perspectiva facilităților exterioare	1 - 10
		C3.2.2 Furnizarea serviciului din perspectiva facilităților interioare	1 - 10
		C3.2.3 Servicii furnizate prin telefon	1 - 10
		C3.2.4 Servicii furnizate online	1 - 10
	C.3.3 Indicele general de satisfacție a beneficiarilor	C3.3.1 Evaluarea gradului de satisfacție a beneficiarilor de servicii de asigurări sociale de sănătate	1 - 10
		C3.3.2 Implicarea beneficiarilor în planificarea serviciilor	Da sau Nu

Criteriul de calitate are în general trei componente (**indicatori-cheie de performanță**):

1. Indicele generale de calitate: vizează măsurarea performanței generale a sistemului de management al calității din sector;
2. Calitatea tehnică a serviciilor: se bazează pe măsura în care serviciile furnizate îndeplinesc cerințele standardelor tehnice;
3. Indicele general de satisfacție a beneficiarilor: conceput să măsoare percepția calității pe baza feedback-ului oferit de utilizatori.

Indicatorii:

C3.1. - Indicele general al calității

Răspunsul instituțiilor în ceea ce privește calitatea serviciilor oferite este evaluat cu referire la următoarele 4 **variabile**:

- C3.1.1 Numărul de reclamații
- C3.1.2 Numărul de acțiuni de îmbunătățire a calității
- C3.1.3 Numărul de cursuri de formare profesională continuă pentru personalul intern
- C3.1.4 Timp alocat acțiunilor corective în ultimul an disponibil

C3.2 - Calitatea tehnică a serviciilor

C3.2.1. - Furnizarea serviciului din perspectiva facilităților exterioare

Acest indicator și următorul vizează cartografierea calității serviciilor în raport cu facilitățile fizice oferite de instituțiile care furnizează servicii de asigurări sociale de sănătate. În ceea ce privește facilitățile exterioare, evaluarea va acoperi următoarele elemente pe o scară calitativă de la 1 la 10:

Facilități externe
Locuri de parcare
Facilități pentru persoanele cu dizabilități
Curățenie exterioară
Intrare
Informații afișate despre orarul/biroul solicitat

C3.2.2. - Furnizarea serviciului din perspectiva facilităților interioare

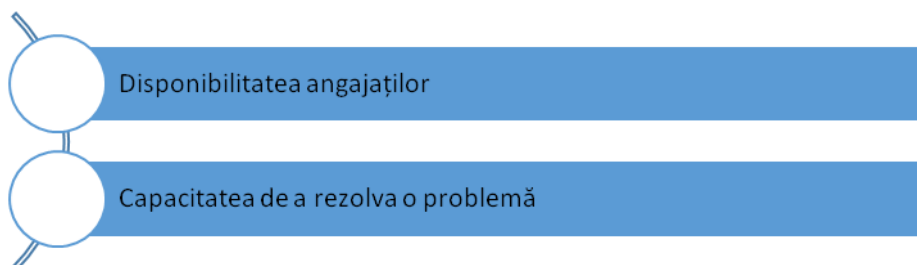
În ceea ce privește **facilitățile interioare**, evaluarea va viza următoarele elemente pe o scară calitativă de la 1 la 10:

Facilități interne
Curățenie interioară
Informații despre birouri
Sistem de gestionare a cozilor de așteptare

C3.2.3. - Servicii furnizate prin telefon

Indicatorul încearcă să măsoare calitatea asistenței oferite utilizatorilor prin telefon.

Calitatea apelului telefonic va fi evaluată pe baza următorilor doi **sub-indicatori**:

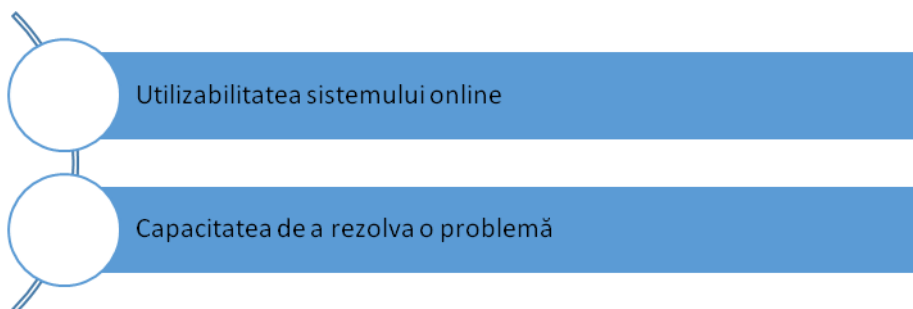


Cei doi **sub-indicatori** vor fi evaluați pe baza unei scale calitative de la 1 la 10.

C3.2.4. - Servicii furnizate online

Indicatorul încearcă să măsoare calitatea asistenței oferite utilizatorilor prin intermediul serviciilor online.

Calitatea serviciilor online va fi evaluată pe baza următorilor doi **sub-indicatori**:



Cei doi **sub-indicatori** vor fi evaluați pe baza unei scale calitative de la 1 la 10.

C3.3 Indicele general de satisfacție a beneficiarilor

C3.3.1. - Evaluarea gradului de satisfacție al beneficiarilor de servicii de asigurări sociale de sănătate

Criteriul referitor la satisfacția generală a beneficiarilor are ca scop evaluarea gradului de satisfacție a utilizatorilor, deoarece este necesar ca instituțiile publice să asigure un sistem de monitorizare periodică a acesteia.

Din punct de vedere calitativ, se recomandă aprofundarea din perspectiva următoarelor elemente:

- modul de monitorizare;
- frecvența monitorizării;
- entitatea responsabilă în ceea ce privește monitorizarea la nivel local și județean.

C3.3.2. - Implicarea beneficiarilor în planificarea serviciilor

Indicatorul urmărește să analizeze asigurarea implicării utilizatorilor în acțiunile de îmbunătățire a serviciilor sociale de asigurări de sănătate la nivel local și județean. Acest lucru

se datorează faptului că, așa cum s-a menționat mai sus, criteriul de calitate nu poate fi extras din feedback-ul beneficiarilor de servicii.

Din punct de vedere calitativ, se recomandă ca procesul de evaluare să includă posibilitatea de a identifica acțiunile și instrumentele de implicare a cetățenilor, inclusiv pentru a identifica cele mai bune practici.

Conținutul indicatorului: Calitate serviciilor de asigurări sociale de sănătate

1. Acțiuni de îmbunătățire a calității furnizării de servicii
2. Furnizarea serviciului din perspectiva facilităților exterioare
3. Furnizarea serviciului din perspectiva facilităților interioare
4. Servicii furnizate prin telefon
5. Servicii furnizate online
6. Evaluarea gradului de satisfacție a beneficiarilor de servicii de asigurări sociale de sănătate
7. Implicarea beneficiarilor în planificarea serviciilor

Se va calcula indicatorul procentual:

$$\text{➤} = \text{Punctajul obținut} \times 100 / \text{Totalul Maxim}$$

Metodologia de monitorizare și evaluare:

Elaborarea și completarea grilei de analiză pentru îndeplinirea criteriilor: autoevaluare.

Grila de evaluare:	Punctaj Maxim	
Indicele general al calității	20	
Număr de reclamații/ Număr de servicii furnizate	1 = 0 <1 = 5	
Număr de servicii îmbunătățite/ Număr de servicii planificate	1 = 5 <1 = 0	
Nr. de cursuri de formare profesională continuă pentru personalul intern/ Nr. de cursuri de formare profesională pentru persoanele angajate intern	1 = 5 <1 = 0	
Timp alocat acțiunilor corective/ Timp planificat pentru acțiuni corective	1 = 5 <1 = 0	
Furnizarea serviciului din perspectiva facilităților exterioare	20	
Locuri de parcare	10 - 9 = 4 8 - 7 = 3 6 = 2 5 - 4 = 1	

	3 - 1 = 0	
Facilități pentru persoanele cu dizabilități	10 - 9 = 4 8 - 7 = 3 6 = 2 5 - 4 = 1 3 - 1 = 0	
Curățenie exterioară	10 - 9 = 4 8 - 7 = 3 6 = 2 5 - 4 = 1 3 - 1 = 0	
Intrare	10 - 9 = 4 8 - 7 = 3 6 = 2 5 - 4 = 1 3 - 1 = 0	
Informații afișate despre orarul/biroul solicitat	10 - 9 = 4 8 - 7 = 3 6 = 2 5 - 4 = 1 3 - 1 = 0	
Furnizarea serviciului din perspectiva facilităților interioare		15
Curățenie interioară	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 - 4 = 2 3 - 1 = 0	
Informații despre birouri	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 - 4 = 2 3 - 1 = 0	
Sistem de gestionare a cozilor de așteptare	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 - 4 = 2 3 - 1 = 0	
Servicii furnizate prin telefon		10
Disponibilitatea angajaților	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 - 4 = 2 3 - 1 = 0	
Capacitatea de a rezolva o problemă	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 - 4 = 2 3 - 1 = 0	
Servicii furnizate online		10
Utilizabilitatea sistemului online	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4	

	6 = 3 5 - 4 = 2 3 - 1 = 0	
Capacitatea de a rezolva o problemă	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 - 4 = 2 3 - 1 = 0	
Evaluarea gradului de satisfacție a beneficiarilor de servicii de asigurări sociale de sănătate		1 - 10
Implicarea beneficiarilor în planificarea serviciilor		15
PUNCTAJ TOTAL MAXIM =		100 puncte

Evaluare:

Scalare	Setarea nivelului de performanță.
<10 puncte	Calitate slabă: sunt necesare îmbunătățiri importante.
11-30 puncte	Calitate redusă; sunt necesare îmbunătățiri moderate.
31-65 puncte	Calitate bună; sunt necesare îmbunătățiri minore.
>66 puncte	Calitate foarte ridicată; sunt necesare îmbunătățiri continue.

2.6 Criteriul nr. 4 de monitorizare și evaluare: Eficiență

Evaluarea eficienței analizează relația dintre rezultatele intermediare și finale ale serviciului de asigurări sociale de sănătate și resursele investite în acest context.

Eficiența serviciilor de asigurări sociale de sănătate este în general complexă, deoarece rezultatele așteptate coincid cu două aspecte interdependente: eficiența economică și eficiența socială. Dintre aceste două componente ce privesc eficiența serviciilor, ambele prezintă efecte directe și indirecte, componente ce sunt adesea dificil de cuantificat.

Determinarea eficienței economice în domeniul serviciilor de asigurări sociale de sănătate prezintă anumite particularități, cum ar fi faptul că, deși efortul material consumat pentru furnizarea acestora sau pentru finanțarea activităților necesare furnizării lor este comparabil cu cel din alte sectoare, efectele nu pot fi întotdeauna cuantificate. În aceste condiții, alături de eficiența economică, eficiența socială este semnificativă pentru serviciile de asigurări sociale de sănătate. Cele două laturi ale eficienței în acest caz sunt legate între ele, reflectând simultan un dublu aspect: eficiența economică (raportul optim cost-beneficiu) și eficiența socială (nivelul serviciului, gradul de satisfacție).

În acest domeniu, se ia în considerare **eficiența alocativă**, ca fiind combinația optimă a consumului de resurse (umane și financiare).

Având în vedere că metodologia de M&E este dezvoltată în domeniul serviciilor sociale de asigurări de sănătate, indicatorii care vor fi propuși vor fi de natură sintetică, cu accent pe evaluarea eficienței resurselor utilizate. În tabelul următor este prezentat un set de indicatori propuși pentru monitorizarea și evaluarea eficienței serviciilor de asigurări sociale de sănătate.

Conținutul indicatorilor: Eficiență

Criteriaul de evaluare a performanțelor	Indicator	Unitatea de măsură								
C4. Eficiență	C4.1. Eficiență alocativă	Bugetul de funcționare al CJAS/total sume decontate din asigurări de sănătate								
		Bugetul de funcționare al CJAS/numărul de angajați								
		Bugetul de funcționare al CJAS/număr de servicii prestate decontate								
		Total sume decontate/număr de servicii prestate decontate								
		Total sume decontate/număr total de beneficiari								
		Total sume decontate/număr de beneficiari asigurați								
		Suma medie plătită/ serviciu medical								
		Suma medie decontată/beneficiar asigurat sau neasigurat								
<p>1. Eficiență alocativă</p> <p>Se va calcula indicatorul procentual: $\text{Punctaj} = \frac{\text{Punctaj realizat} \times 80}{\text{TOTALUL MAXIM}}$</p> <p>Metodologia de monitorizare și evaluare: Elaborarea și completarea grilei de analiză pentru îndeplinirea criteriilor.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grila de evaluare:</th> <th>Punctajul maxim</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eficiența alocativă</td> <td rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">80</td> </tr> <tr> <td>Bugetul de funcționare al CJAS/total sume decontate din asigurări de sănătate</td> </tr> <tr> <td>Bugetul de funcționare al CJAS/numărul de angajați</td> </tr> <tr> <td>Bugetul de funcționare al CJAS/număr de servicii prestate decontate</td> </tr> <tr> <td>Total sume decontate/număr de servicii prestate decontate</td> </tr> </tbody> </table>			Grila de evaluare:	Punctajul maxim	Eficiența alocativă	80	Bugetul de funcționare al CJAS/total sume decontate din asigurări de sănătate	Bugetul de funcționare al CJAS/numărul de angajați	Bugetul de funcționare al CJAS/număr de servicii prestate decontate	Total sume decontate/număr de servicii prestate decontate
Grila de evaluare:	Punctajul maxim									
Eficiența alocativă	80									
Bugetul de funcționare al CJAS/total sume decontate din asigurări de sănătate										
Bugetul de funcționare al CJAS/numărul de angajați										
Bugetul de funcționare al CJAS/număr de servicii prestate decontate										
Total sume decontate/număr de servicii prestate decontate										

Total sume decontate/număr de beneficiari	total	1 = 10 <1 = 0	
Total sume decontate/număr de beneficiari asigurați	de	1 = 10 <1 = 0	
Suma medie plătită/serviciu medical	plătită/serviciu medical	1 = 10 <1 = 0	
Suma medie decontată/beneficiar asigurat sau neasigurat	medie decontată/beneficiar asigurat sau neasigurat	1 = 10 <1 = 0	
PUNCTAJUL TOTAL MAXIM =			80 puncte

Evaluare:

Scalare	Setarea nivelului de performanță.
0-25 puncte	Eficiență slabă; sunt necesare îmbunătățiri importante.
26-51 puncte	Eficiență redusă; sunt necesare îmbunătățiri moderate.
51 - 65 puncte	Eficiență bună; sunt necesare îmbunătățiri minore.
>66 puncte	Eficiență foarte ridicată; sunt necesare îmbunătățiri continue.

2.7 Criteriul 5 de monitorizare și evaluare: Accesibilitate

Criteriul de evaluare a performanțelor	Indicatorul	Unitatea
C5. Accesibilitate	C5.1 Ușurința și comoditatea accesării serviciului de asigurări sociale de sănătate	1-10
	C5.2 Existența unor instrumente de comunicare disponibile pentru a informa cetățenii cu privire la serviciile de asigurări sociale de sănătate	Da sau Nu
	C5.3 Promptitudinea furnizării serviciilor de asigurări sociale de sănătate	1-10
	C5.4 Costul serviciilor de asigurări de sănătate	1 - 10

Acest criteriu urmărește să măsoare gradul de ușurință cu care beneficiarii au acces la serviciul public, în termeni de:

- 1. Accesibilitate generală:** accesibilitatea generală se referă la următorii indicatori:

C5.1. - Ușurința și comoditatea accesării serviciului de asigurări sociale de sănătate

Ușurința și comoditatea unui serviciu în termeni generali este rezultatul următorilor sub-indicatori, care vor fi evaluați pe baza unei scale calitative de la 1 la 10:

Indicatori de facilitate și confort
Zona de recepție
Personal pentru recepție și informare
Instrumente și procedură de informare a beneficiarilor
Instrumente electronice pentru transparența listei de așteptare

C5.2. Existența unor instrumente de comunicare disponibile pentru a informa cetățenii cu privire la serviciile de asigurări sociale de sănătate

C5.3. Promptitudinea furnizării serviciilor de asigurări sociale de sănătate: care se măsoară pe baza următoarelor variabile, care vor fi evaluate pe baza unei scale calitative de la 1 la 10:

Indicatori de promptitudine
Timpul necesar pentru soluționarea unui caz
Timp pe lista de așteptare
Timp de așteptare la rând

C5.4 - Costul serviciilor de asigurări sociale de sănătate: se referă la accesibilitatea costului, evaluată pe baza unei scale calitative de la 1 la 10.

Conținut indicator: Accesibilitate

<ol style="list-style-type: none"> Ușurința și comoditatea accesării serviciului de asigurări sociale de sănătate Existența unor instrumente de comunicare disponibile pentru a informa cetățenii cu privire la servicii de asigurări sociale de sănătate Promptitudinea furnizării serviciilor de asigurări sociale de sănătate Costul serviciilor de asigurări sociale de sănătate <p>• = Punctajul obținut*100/MAXIM TOTAL</p> <p>Metodologia de monitorizare și evaluare: Elaborați și completați grila de analiză pentru îndeplinirea criteriilor:</p>	
Grila de evaluare:	Punctaj maxim
Ușurința și comoditatea accesării serviciilor de asigurări sociale de sănătate	
Zona de recepție	1 - 10
Personal pentru recepție și informare	
Instrumentele și procedura de informare a beneficiarilor	
Existența unor instrumente de comunicare disponibile pentru a informa cetățenii cu privire la serviciile de asigurări sociale de sănătate	
Promptitudinea furnizării serviciilor de asigurări sociale de sănătate	
Timpul necesar pentru soluționarea unui caz	1 - 10
Timp pe lista de așteptare	
Timp de așteptare la rând	
Costul serviciilor de asigurări sociale de sănătate 10 = 25	25

8 - 7 = 20 6 = 15 5 = 10 3 - 4 = 5 1 - 2 = 0	
PUNCTAJ TOTAL MAXIM =	100 puncte

Evaluare:

Scalare	Setarea nivelului de performanță.
<10 puncte	Accesibilitate minimă: sunt necesare îmbunătățiri importante.
11-30 puncte	Accesibilitate redusă; sunt necesare îmbunătățiri moderate.
31-65 puncte	Accesibilitate bună; sunt necesare îmbunătățiri minore.
>66 puncte	Accesibilitate foarte ridicată; nu sunt necesare îmbunătățiri.

2.8 Criteriul nr. 6 de monitorizare și evaluare: Performanța proceselor

Atât pentru instituțiile publice, cât și pentru organizațiile private, capacitatea de management orientat spre performanță depinde atât de procesele existente, cât și de cultura de la nivelul organizației.

Un mediu organizațional orientat spre performanță trebuie să asigure un cadru financiar stabil și sănătos, o infrastructură IT&C modernă și actualizată în permanență, utilizată constant atât în cadrul instituției, cât și în comunicarea cu publicul țintă și cu alte organizații, alături de o resursă umană competentă, motivată și loială (figura următoare). De asemenea, recomandările OCDE încurajează utilizarea sistemelor IT pentru a facilita accesul în timp real la date interconectate, în beneficiul angajaților din instituțiile publice, dar și al publicului larg. Pentru a realiza acest lucru, este necesar ca, și în sectorul asigurărilor sociale de sănătate, să se pună accentul pe utilizarea tehnologiilor de ultimă generație și pe o infrastructură IT dedicată, modernă, capabilă să garanteze o digitalizare adecvată a instituțiilor.

Dimensiuni ale mediului organizațional orientat spre performanță



Criteriul de evaluare a performanței	Indicator	Unitatea de măsură
C6. Performanța proceselor	C6.1 Gradul de acoperire financiară	Număr de proiecte și acțiuni planificate acoperite de buget și implementate/ Număr de proiecte și acțiuni planificate
	C6.2 Gradul de acoperire a resurselor umane	Număr. de posturi deschise pentru recrutare/ Număr de posturi ocupate în organigramă
	C6.3 Gradul de pregătire a personalului	Număr de participanți la cursuri de formare profesională/ număr de angajați CJAS

Conținutul indicatorului: Performanța proceselor

1. Gradul de acoperire financiară 2. Gradul de acoperire a resurselor umane 3. Gradul de pregătire a personalului Se va calcula indicatorul procentual: $\text{Punctaj} = \frac{\text{Punctajul obținut} \times 60}{\text{MAXIM TOTAL}}$ Metodologia de monitorizare și evaluare: Elaborarea și completarea grilei de analiză pentru îndeplinirea criteriilor:		
Grila de evaluare:		Punctaj maxim
Gradul de acoperire financiară		
Nr. de proiecte și acțiuni planificate acoperite de buget și implementate/ Nr. de proiecte și acțiuni planificate	>1=20 1=15 <1=0	20
Gradul de acoperire a resurselor umane		
Nr. de posturi scoase la concurs/ Nr. de posturi ocupate în organigramă	>1=20 1=15 <1=0	20
Diplomă de formare personală		20

Nr. de participanți la cursuri de formare profesională/ număr de angajați	>1=20 1=15 <1=0	
PUNCTAJ TOTAL MAXIM =		60 puncte

Evaluare:

Scalare	Setarea nivelului de performanță.
<20 puncte	Nivel slab pentru performanța proceselor: sunt necesare îmbunătățiri importante.
20 puncte	Nivel redus pentru performanța proceselor; sunt necesare îmbunătățiri moderate.
20 - 40 puncte	Nivel bun pentru performanța proceselor; sunt necesare îmbunătățiri minore.
40 - 60 puncte	Nivel foarte ridicat pentru performanța proceselor; sunt necesare îmbunătățiri continue

2.9 Criteriul nr. 7 de monitorizare și evaluare: Bune Practici

Serviciile de asigurări sociale de sănătate au fost mult timp considerate de către publicul larg, în special în România, ca fiind lipsite de bune practici. Atât în rândul publicului larg, cât și în mass-media și în mediile sociale din România, este evidențiată o abordare negativă a performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate, cu un accent deosebit pe zona obiectivelor neîndeplinite și cu un grad foarte scăzut de atenție acordat proiectelor și inițiativelor de succes privind obiectivele asumate și realizate.

În mod evident, un rol important în promovarea și aplicarea bunelor practici îl au, în primul rând, instituțiile de tip CJAS, DSPJ, care, din acest punct de vedere, prezintă certitudinea unui anumit nivel de maturitate instituțională care să asigure o comunicare constructivă pe tema bunelor practici, atât cu alte instituții ale statului, cât și cu publicul larg. Din acest motiv, evidențierea bunelor practici aplicate la nivelul acestor instituții, colaborările intra-instituționale și inter-instituționale, inclusiv cu actori din sectorul privat, pot juca un rol important în îmbunătățirea calității și performanței în domeniul serviciilor de asigurări sociale de sănătate din România.

Principalul instrument de care dispune instituția publică pentru a promova bunele practici în acest sector este implicarea beneficiarilor în planificarea acțiunilor de îmbunătățire și în faza de diseminare a rezultatelor. În acest scop, instituțiile pot utiliza instrumentele tradiționale de participare a publicului la procesul decizional, și anume:

- Organizarea de consultări publice;
- Proceduri pentru petiții publice.

Acest lucru se datorează faptului că, într-un proces eficient de elaborare a politicilor, feedback-ul părților interesate trebuie să joace un rol important și devine o dimensiune a performanței care necesită o evaluare distinctă. Aspectele necesar a fi acoperite sunt (fără a se limita la) următoarele:

- O implementare consecventă a principiului de colectare a feedback-ului de la beneficiarii direcți ai serviciilor de asigurări sociale de sănătate sau de la persoanele care îi îngrijesc, prin intermediul unor instrumente precum:
 - Participarea activă a cetățenilor la procesul de elaborare a politicilor prin feedback online sau sesiuni de consultare față în față.
- Implicarea cetățenilor de către instituțiile care furnizează servicii de asigurări sociale de sănătate prin solicitarea de idei/bune practici, analizarea acestora și implementarea celor care pot fi aplicate.
- Evaluarea instituțiilor care furnizează servicii de asigurări sociale de sănătate ca fiind transparente, accesibile și deschise la comunicarea cu publicul țintă. Acest aspect poate fi măsurat prin metode specifice de cercetare cantitativă sau calitativă la nivelul instituției și/sau prin analiza feedback-ului (solicitat sau nu) primit de la beneficiari în scris sau online, prin e-mail sau prin intermediul chestionarelor disponibile pe website.
- Gradul de satisfacție al beneficiarilor cu privire la informațiile publice privind serviciile de asigurări sociale de sănătate

Ca urmare a pandemiei COVID-19 din anul 2020, bunele practici au devenit mai necesare și mai importante decât în trecut. Instituții publice, precum DSPJ și CJAS au continuat să funcționeze, migrând o bună parte din serviciile oferite populației, în mediul online. Nevoia de a continua să sprijine cetățenii, în special în sectorul sănătății publice, a însemnat atât digitalizarea rapidă a segmentelor de activitate care au putut funcționa online, cât și creșterea comunicării și solidarității la nivel local pentru serviciile care au continuat să funcționeze offline.

Schimbul de bune practici în domenii, precum canalele alternative de comunicare online sau digitalizarea formularelor a reprezentat o nouă măsură a inovării și a performanței la nivel organizațional. Mai mult ca oricând, în situații de criză, este necesar ca cele mai bune practici să ajungă în atenția reprezentanților sectorului public, astfel încât să poată fi utilizate rapid în folosul beneficiarilor. Instituirea stării de urgență în 2020, în timpul pandemiei COVID-19, a adus o presiune fără precedent asupra întregului sistem social de sănătate. Confruntat cu o situație fără precedent, acesta a trebuit să identifice cele mai bune măsuri pentru continuarea furnizării de servicii în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și să asigure o prevenire maximă a răspândirii virusului în rândul personalului de specialitate și al beneficiarilor. Astfel, bunele practici devin un criteriu important pentru performanța serviciilor de asigurări sociale de sănătate, mai ales după anul 2020, care a produs schimbări radicale în toate sectoarele economice și în întreaga administrație publică din România.

Criteriul de evaluare a performanțelor	Indicator	Sub-indicatorul	Unitatea de măsură
C7. Bune practici	C7.1. Nivelul de inovare	C7.1.1 Numărul de măsuri de inovare sau de îmbunătățire a performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate	N. de măsuri de inovare implementate
		C7.1.2 Existența unor instrumente de feedback din partea beneficiarilor de servicii de asigurări sociale de sănătate	Da sau Nu

		C.7.1.3 Numărul de beneficiari care au oferit feedback	N. de beneficiari care au oferit feedback/ N.r de beneficiari
C7.2. Gradul de consultare publică		C7.2.1 Implicarea efectivă a beneficiarilor în îmbunătățirea serviciilor de asigurări sociale de sănătate	% beneficiari implicați
		C7.2.2 Organizarea de consultări publice	N. de consultări publice organizate
		C7.2.3 Existența unor proceduri pentru petiții publice	Da sau Nu

Conținutul indicatorului: Bune practici

<ol style="list-style-type: none"> 1. Numărul de măsuri de inovare sau de îmbunătățire a performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate 2. Existența instrumentelor de feedback din partea beneficiarilor de servicii 3. Numărul de beneficiari care oferă feedback 4. Implicarea efectivă a beneficiarilor în îmbunătățirea serviciilor de asigurări sociale de sănătate 5. Organizarea de consultări publice 6. Existența unor proceduri pentru petiții publice <p style="text-align: center;">• = Punctaj realizat*100/MAXIM TOTAL</p> <p>Metodologia de monitorizare și evaluare: Elaborarea și completarea grilei analitice pentru îndeplinirea criteriilor</p>		
Grila de evaluare:		Punctaj maxim
Numărul de măsuri de inovare sau de îmbunătățire a performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate		
N. de măsuri de inovare sau de îmbunătățire a performanței serviciilor publice implementate/N. de măsuri de inovare sau de îmbunătățire a performanței serviciilor publice planificate	>1=20 =1=15 <1=0	20
Existența unor instrumente de feedback din partea beneficiarilor serviciilor de asigurări sociale de sănătate		10
Numărul de beneficiari care au oferit feedback		
100% = 10 100% < 50% = 7 50% = 5 50% < 25% = 2,5 25% < 0 = 1 0 = 0		10
Implicarea efectivă a beneficiarilor în îmbunătățirea serviciilor de asigurări sociale de sănătate		
100% = 20 100% < 50% = 15 50% = 10 50% < 25% = 5 25% < 0 = 2,5 0 = 0		20
Organizarea de consultări publice		
N. de ședințe publice organizate/N. de ședințe publice planificate	>1=20 =1=15	20

	<1=0	
Existența unor proceduri pentru petiții publice		20
PUNCTAJ TOTAL MAXIM =		100 puncte

Evaluare:

Scalare	Setarea nivelului de performanță.
<10 puncte	Nivel minim de bune practici: sunt necesare îmbunătățiri importante.
11-30 puncte	Nivel redus de bune practici: sunt necesare îmbunătățiri moderate.
31-65 puncte	Nivel bun de bune practici: sunt necesare îmbunătățiri minore.
>66 puncte	Nivel foarte ridicat de bune practici: sunt necesare îmbunătățiri continue.

2.10. Criteriul nr. 8 de monitorizare și evaluare: Transparență

Atât la nivel european, cât și în România, procesul de creștere a transparenței autorităților publice prezintă un nivel de importanță tot mai ridicat, atât din perspectiva conștientizării responsabilității statului față de cetățeni, cât și ca urmare a solicitărilor mai vocale venite din partea populației, privind participarea activă în adoptarea reglementărilor legislative.

Legea nr. 52 din 21 ianuarie 2003 privind transparența decizională în administrația publică vizează:

- Creșterea gradului de responsabilitate a administrației publice față de cetățean, în calitate de beneficiar al deciziei administrative;
- să stimuleze participarea activă a cetățenilor în procesul de luare a deciziilor administrative și în procesul de elaborare a actelor normative;
- creșterea gradului de transparență la nivelul întregii administrații publice.

Accesibilitatea la informațiile de interes public presupune abordarea indicatorilor de măsurare și evaluare a performanței din următoarele perspective:

1. Capacitatea organizațională de diseminare a informațiilor

Instituțiile care furnizează servicii de asigurări sociale de sănătate trebuie să dispună de sisteme online și/sau offline adecvate pentru a asigura diseminarea continuă sau periodică a informațiilor către publicul țintă vizat, cu obiective de diseminare clar definite. Instrumentele și canalele de diseminare a informațiilor ce pot fi utilizate în acest sens sunt::

- Instrumente online:
 - Website oficial de prezentare/pagini web dedicate comunicării de informații de interes public/structură de site cu FAQ (Frequently Asked Questions).
 - Canale de socializare deschise publicului larg.

- Pagina de contact și/sau datele de contact ale instituției prin e-mail, telefon, fax, adresă fizică.
- Instrumente offline:
 - Afișe la sediul instituției pentru informarea publicului.
 - Sesiuni de consultare față în față la sediul instituției cu reprezentanții organizațiilor beneficiare și/sau cu publicul larg.
 - Personal dedicat comunicării cu publicul, prezent la sediul instituției în timpul orelor de funcționare a instituției.

2. Tipologia datelor puse la dispoziția părților interesate

Pentru a asigura accesibilitatea facilă și continuă a publicului la datele și informațiile de interes privind serviciile de asigurări sociale de sănătate, instituțiile care furnizează servicii de asigurări sociale de sănătate trebuie să asigure diversitatea și periodicitatea informațiilor publicate sau comunicate publicului. Astfel, luând exemplul paginii de internet, ca principal canal de diseminare a informațiilor, având în vedere procesul accelerat de digitalizare a administrației publice atât la nivel național, cât și în alinierea cu cel european, se recomandă publicarea următoarelor tipuri de date pentru accesul publicului:

- Descrierea completă a activității proprii și a tuturor serviciilor de asigurări sociale de sănătate pe care le gestionează.
- Lista și prezentarea informațiilor privind serviciile de asigurări sociale de sănătate furnizate.
- Formulare specifice și/sau modele de cereri în format editabil pentru contactarea instituției sau pentru accesarea anumitor servicii de asigurări sociale de sănătate.
- Prezentarea programului de lucru al instituției, a persoanelor/serviciilor responsabile cu contactarea publicului, precum și a mijloacelor de contact: telefon, e-mail, fax, adresa locației fizice.

Criteriul de evaluare a performanțelor	Indicator	Sub-indicator	Unitate de măsură
C8. Transparență	C8.1 Nivelul de informare publică	C8.1.1 Gradul de transparență a procesului decizional	(1 - 10)
		C8.1.2 Gradul de acces la informațiile de interes public	(1 - 10)
		C8.1.3 Existența unei liste de întrebări frecvente (FAQ)	Da sau Nu
		C8.1.4 Aprecierea facilităților de comunicare cu utilizatorii	(1 - 10)

		C8.2.1 Disponibilitatea informațiilor privind achizițiile publice	Da sau Nu
	C8.2 Nivelul de furnizare a datelor deschise	C8.2.2 Disponibilitatea informațiilor privind contractele	Da sau Nu
		C8.2.3 Disponibilitatea bugetului	Da sau Nu
	C8.3 Accesibilitatea obiectivului de performanță și rezultatului instituțional obținut	C8.3.1 Existența raportului anual cu date privind serviciul public	Da sau Nu

Conținutul indicatorului: Transparență

<ol style="list-style-type: none"> 1. Gradul de transparență a procesului decizional 2. Gradul de acces la informațiile de interes public 3. Existența unei liste de întrebări frecvente (FAQ) 4. Aprecierea facilităților de comunicare cu utilizatorii 5. Disponibilitatea informațiilor privind achizițiile publice 6. Disponibilitatea informațiilor privind contractele 7. Disponibilitatea bugetului 8. Existența Raportului anual cu date privind serviciul public <p style="text-align: center;">• = Punctajul obținut*100/MAXIM TOTAL</p> <p>Metodologia de monitorizare și evaluare: Elaborarea și completarea grilei de analiză pentru îndeplinirea criteriilor:</p>		
Grila de evaluare:		Punctaj maxim
Gradul de transparență a procesului decizional		
10 = 20 8 - 7 = 15 6 = 10 5 = 5 3 - 4 = 2,5 1 - 2 = 0		20
Gradul de acces la informațiile de interes public		
10 = 15 9 = 12 8 - 7 = 10 6 = 7,5 5 = 5 3 - 4 = 2,5 1 - 2 = 0		15
Existența unei liste de întrebări frecvente (FAQ)		5
Aprecierea facilităților de comunicare cu utilizatorii		
10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 = 2 3 - 4 = 1 1 - 2 = 0		5
Disponibilitatea informațiilor privind achizițiile publice		15

Disponibilitatea informațiilor privind contractele	15
Disponibilitatea bugetului	15
Existența unui raport anual cu date privind serviciile publice	10
PUNCTAJ TOTAL MAXIM =	100 puncte

Evaluare:

Scalare	Setarea nivelului de performanță.
<10 puncte	Transparență slabă: sunt necesare îmbunătățiri importante.
11-30 puncte	Transparență redusă: sunt necesare îmbunătățiri moderate.
31-65 puncte	Transparență bună: sunt necesare îmbunătățiri minore.
>66 puncte	Transparență excepțională: sunt necesare îmbunătățiri continue.

3. Indicatorii de monitorizare și evaluare a performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate

3.1 Indicatorii de performanță

Un cadru de raportare, monitorizare și evaluare a performanțelor va fi eficace numai dacă sunt selectate măsuri adecvate pentru a caracteriza situația și evoluția obiectivului specific de măsurare și dacă se păstrează un număr rezonabil de astfel de măsuri. Cadru de monitorizare și evaluare a performanțelor pentru asigurările sociale de sănătate trebuie să fie un instrument de management solid care să faciliteze măsurarea, organizarea și analiza celor mai importanți indicatori de performanță a serviciilor. Informațiile furnizate de acest cadru trebuie să permită atât realizarea obiectivelor strategice și operaționale ale serviciilor de asigurări sociale de sănătate, cât și să permită identificarea punctelor tari și a punctelor slabe, precum și explorarea și interpretarea tendințelor.

Sunt posibile multe variații de măsurare a performanței. În acest sens, din setul de indicatori de performanță propus în capitolul anterior, trebuie selectat un număr optim de indicatori care să permită o caracterizare rapidă a performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate pe baza unor informații sintetice, dar relevante. Ar trebui să se utilizeze criterii de selecție suplimentare pentru a ajuta la reducerea numărului de indicatori de performanță care urmează să fie reținuți pentru raportare și pentru a determina ce indicatori sunt cei mai semnificativi pentru utilizatorii platformei, în funcție de următoarele caracteristici ale indicatorilor:

- Semnificativ și valid: cheia pentru evaluarea performanței serviciilor este măsurarea fenomenului potrivit cu indicatorul potrivit. În cazul în care un indicator nu reușește să măsoare ceea ce s-a dorit, atunci indicatorul respectiv nu este valid.
- Consistent și fiabil: Datele utilizate pentru efectuarea măsurărilor trebuie să fie în mod constant exacte și fiabile. Este important ca datele colectate să descrie ceea ce se măsoară.
- Inteligibil și clar: un indicator trebuie să fie o măsură suficient de simplă pentru a fi înțeleasă de toți utilizatorii informațiilor furnizate prin intermediul platformei.
- „Heartwarming”: Indicatorii de performanță ar trebui să surprindă cele mai importante aspecte ale obiectivelor strategice ale serviciilor de asigurări sociale de sănătate.
- Concentrare pe aspectele controlabile ale performanței: Indicatorii sunt relevanți dacă se referă la acțiuni și procese care au ca scop îmbunătățirea și consolidarea serviciilor furnizate.
- Pentru a măsura performanța serviciilor de asigurări sociale de sănătate ar trebui să se utilizeze o combinație minimă de indicatori de intrare, de ieșire, de rezultat, de eficiență și de calitate, fiecare dintre aceștia bazându-se pe un aspect diferit al serviciilor furnizate, pentru a oferi o descriere mai echilibrată a performanței.

Performanțele unui serviciu de asigurări sociale de sănătate nu se pot îmbunătăți întotdeauna rapid. Transparența și responsabilitatea în raportarea, măsurarea și evaluarea performanței serviciilor sociale publice, chiar și atunci când rezultatele nu sunt pozitive, inspiră încredere, conferă credibilitate datelor de performanță și arată că furnizorii de servicii au în vedere și înțeleg dificultățile legate de furnizarea serviciilor de asigurări sociale de sănătate. Dacă există deschidere cu privire la necesitatea de îmbunătățire, majoritatea beneficiarilor vor acorda un încredere în perspectivele de îmbunătățire propuse de furnizori. Manipularea cinică a măsurătorilor, de exemplu, selectarea unor obiective prea ușor de atins sau ignorarea datelor relevante, va provoca neîncredere și va pune la îndoială motivele și credibilitatea raportării, monitorizării și evaluării performanței în serviciile de asigurări sociale de sănătate.

- Limitări reale în măsurarea și utilizarea datelor de performanță.

În pofida limitărilor prevăzute mai sus, sistemele de măsurare a performanței au limitări reale, care includ:

- Colectarea de valori doar în scopuri de măsurare și nu pentru a fi utilizate în managementul performanței.
- Colectarea de informații limitate doar la rezultate și nu la efect/impact sau la acele rezultate care nu sunt pe termen lung.
- Bazarea pe centralizatoare (dashboard) cu date agregate care nu reușesc să identifice în mod specific punctele forte și punctele slabe ale serviciilor.
- Neasigurarea unui context pentru o analiză calitativă care să permită o mai bună interpretare a valorilor calculate ale indicatorilor de performanță.
- Neasigurarea instruirii și asistenței tehnice managerilor cu privire la modul de accesare și utilizare a informațiilor privind performanța serviciilor de asigurări sociale de sănătate.

Există, bineînțeles, și alte limitări în selectarea indicatorilor de performanță și în utilizarea rezultatelor monitorizării și evaluării performanței serviciilor. Scopul este de a integra practicile de măsurare a performanței într-un proces continuu, durabil și consecvent pe termen lung.

Criteria de selecție a indicatorilor de performanță :

Specific

- Indicatorul este definit simplu prin elemente observabile și măsurabile, fără ambiguitate.

Măsurabil

- Indicatorul are la bază dovezi tangibile care pot fi văzute, auzite, numărate, raportate sau enumerate în alt mod folosind o metodă de colectare a datelor validă și fiabilă.

Tangibil

- Indicatorul reflectă un rezultat al serviciului, și este definit suficient de bine pentru a putea fi realizat în intervalul de timp specificat.

Relevant

- Indicatorul are sens în legătură cu activitățile serviciului de asistență socială, dar ar trebui să se concentreze pe impactul pentru care este furnizat.

Delimitat în timp

- Indicatorul este legat de un interval de timp care impune atingerea unui rezultat relevant pentru serviciu.

Capabilitate IT&C

- Indicatorul este conectabil la un sistem informatic fiabil și valid utilizat de DGASPC.

Informare echitabilă

- Indicatorul permite identificarea disparităților în funcție de rasă, etnie, vârstă, țară sau origine sau altă măsură socio-economică relevantă, astfel încât să se îmbunătățească echitatea rezultatelor serviciilor de sănătate și sociale pentru populațiile minoritare.

Măsurarea performanței într-un mod eficient și eficace vine în sprijinul factorilor de decizie din cadrul serviciilor de asigurări sociale de sănătate în cel puțin trei moduri:

- Oferă un mijloc de informare și de dezvoltare a politicilor sectoriale. Măsurarea performanțelor este utilizată pentru a informa planificatorii strategici în stabilirea direcției de îmbunătățire a serviciilor și pentru dezvoltarea și implementarea continuă a politicii privind asigurările sociale de sănătate și a planurilor de dezvoltare. Dovezile obținute cu privire la realizările în ceea ce privește furnizarea de servicii pot fi utilizate pentru a face schimbări informate și orientate către politica sectorială și planurile de dezvoltare.
- Măsurătorile de performanță sunt utilizate pentru a identifica domeniile în care este necesar a fi dezvoltate capacitățile și serviciile pentru a îmbunătăți rezultatele generale. De exemplu, furnizorii de servicii de asigurări sociale de sănătate ar trebui să utilizeze informațiile privind măsurarea performanței pentru a realiza planificarea forței de muncă, recrutarea, dezvoltarea resurselor umane și planificarea organizațională, toate acestea contribuind la îmbunătățirea concepției, furnizării și impactului serviciilor de bază oferite.
- Raportarea realizărilor. Măsurarea performanței ar trebui să fie utilizată și pentru a raporta în mod coerent și concis realizările.

Condiții prealabile pentru selectarea indicatorilor de performanță:

- Disponibilitatea datelor limitează măsurarea. Pe termen scurt, este util să se dezvolte un cadru de măsurare care să fie "adecvat scopului", utilizând datele existente în sistemul public de asigurări sociale de sănătate. Pe termen mediu, vor trebui colectate noi date pentru a soluționa lacunele critice de informații, dacă acest proces este considerat rentabil financiar.
- Măsurarea performanței constă în monitorizarea și înțelegerea progreselor relative pentru a face progrese concrete și vizibile în viitor. Legăturile și corelațiile sunt

adesea stabilite prin observarea tendințelor în timp, de exemplu, atunci când politicile, rezultatele sau resursele s-au schimbat, sau prin stabilirea unor grupuri de comparație.

- Cantitativ vs. calitativ. Măsurarea cantitativă a fiecărui aspect al unui serviciu de asigurări sociale de sănătate nu este adesea nici fezabilă, nici necesară. Multe dintre măsurătorile de rezultate, de impact în domeniul serviciilor sociale sunt calitative. Indiferent dacă măsurile sunt calitative sau cantitative, acestea trebuie să ofere utilizatorilor o indicație utilă a ceea ce s-a realizat și să fie comparabile cu alte măsuri.

Indicatorii de performanță selectați sunt sintetizați în tabelul următor.

Rezumat al indicatorilor de performanță

Nr. crt.	INDICATOR	Criteriu	Raport de calcul	Termenii relației de calcul
1.	Completitudinea setului strategic	Capacitate strategică și instituțională	Da sau nu	<ol style="list-style-type: none"> Existența obiectivelor SMART în sectorul asigurărilor sociale de sănătate; Obiective specifice legate de metodologiile SMART pentru asigurările sociale de sănătate; Existența sistemului de management al calității, implementat la nivelul instituției
2.	Capacitate strategică	Capacitate strategică și instituțională	Da sau nu	<ol style="list-style-type: none"> Existența unei structuri responsabile cu măsurarea performanței Existența unei metodologii/proceduri de monitorizare și evaluare a performanței
3.	Atingerea obiectivelor	Eficacitate	Da sau nu	
4.	Timp de furnizare a serviciilor de asigurări sociale de sănătate	Eficacitate	Durata efectivă a furnizării serviciilor/durata medie a serviciilor	
5.	Număr de personal alocat pentru prestarea serviciului	Eficacitate	Numărul de posturi ocupate/Numărul de posturi din organigramă	
6.	Servicii furnizate la timp	Eficacitate	Numărul de servicii începute la timp/ Numărul de servicii furnizate	

Nr. crt.	INDICATOR	Criteriu	Raport de calcul	Termenii relației de calcul
			Numărul de servicii finalizate la timp/Numărul de servicii furnizate	
7.	Indicele General de Calitate	Calitate	<p>Numărul de reclamații/Numărul de servicii furnizate</p> <p>Numărul de servicii îmbunătățite/Numărul de servicii planificate</p> <p>Nr. de cursuri de formare profesională continuă pentru personalul intern/Nr. de cursuri de formare profesională pentru personalul intern</p> <p>Timpul alocat acțiunilor corective/ Timpul planificat pentru acțiunile corective</p>	<p>1. Numărul de reclamații</p> <p>2. Numărul de acțiuni de îmbunătățire a calității</p> <p>3. Numărul de cursuri de formare profesională continuă pentru personalul intern</p> <p>4. Timp alocat acțiunilor corective în ultimul an disponibil</p>
8.	Calitatea tehnică a serviciilor	Calitate	<p>Locuri de parcare, Facilități pentru persoane cu dizabilități, Curățenie exterioară, Intrare, Informații afișate despre orar / birouri (1 - 10)</p> <p>Curățenie interioară, Informații de birou, Sistem de gestionare a cozilor de așteptare, Disponibilitatea personalului (1 - 10)</p> <p>Disponibilitatea angajaților Capacitatea de rezolvare a unei probleme (1 - 10)</p> <p>Utilizabilitatea sistemului online, Capacitatea de rezolvare a unei probleme (1 - 10)</p>	<p>1. Acțiuni de îmbunătățire a calității furnizării de servicii</p> <p>3. Furnizarea serviciului din perspectiva facilităților exterioare Furnizarea serviciului din perspectiva facilităților interioare</p> <p>4. Servicii furnizate prin telefon</p> <p>5. Servicii furnizate online</p>
9.	Indicele general de satisfacție a beneficiarilor	3. Calitate	Da sau nu 1- 10	<p>1. Evaluarea gradului de satisfacție a beneficiarilor de servicii de asigurări sociale de sănătate</p> <p>2. Implicarea beneficiarilor în planificarea serviciilor</p>
10.	Eficiența alocativă	Eficiență	Bugetul de funcționare al CJAS/total sume	

Nr. crt.	INDICATOR	Criteriu	Raport de calcul	Termenii relației de calcul
			decontate din asigurări de sănătate	
			Bugetul de funcționare al CJAS/numărul de angajați	
			Bugetul de funcționare al CJAS/număr de servicii prestate decontate	
			Total sume decontate/număr de servicii prestate decontate	
			Total sume decontate/număr total de beneficiari	
			Total sume decontate/număr de beneficiari asigurați	
			Suma medie plătită/serviciu medical	
			Suma medie decontată/beneficiar asigurat sau neasigurat	
11.	Ușurința și comoditatea accesului la serviciu	Accesibilitate	Spațiu de recepție, Personal pentru primire și informare, Instrumente și proceduri de informare a beneficiarilor, Instrumente electronice pentru transparența listei de așteptare (1 - 10)	
12.	Existența unor instrumente de comunicare disponibile pentru a informa cetățenii cu privire la servicii	Accesibilitate	Da sau nu	
13.	Promptitudinea furnizării serviciului	Accesibilitate	Timpul necesar pentru rezolvarea unui caz, Timp pe lista de așteptare, Timp de așteptare în coadă (1-10)	

Nr. crt.	INDICATOR	Criteriu	Raport de calcul	Termenii relației de calcul
14.	Costul serviciului	Accesibilitate	(1-10)	
15.	Grad de acoperire financiară	Proces	Nr. de proiecte și acțiuni planificate acoperite de buget și implementate/ Nr. de proiecte și acțiuni planificate	
16.	Gradul de acoperire a resurselor umane	Proces	Nr. de posturi deschise la recrutare/ Nr. de posturi ocupate în organigramă	
17.	Gradul de formare personală	Proces	Nr. de participanți la cursuri de formare profesională/ număr de angajați	
18.	Grad de inovare	Bune practici	Nr. de măsuri de inovare implementate Da sau nu Nr. de beneficiari care au oferit feedback/ Nr. de beneficiari	1. Numărul de măsuri de inovare sau de îmbunătățire a performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate 2. Existența instrumentelor de feedback din partea beneficiarilor serviciilor de asigurări sociale de sănătate 3. Numărul de beneficiari care oferă feedback
19.	Gradul de consultare publică	Bune practici	% beneficiari implicați N. de ședințe publice organizate Da sau nu	1. Implicarea efectivă a beneficiarilor în îmbunătățirea serviciilor de asigurări sociale de sănătate 2. Organizarea de ședințe publice 3. Existența unor proceduri pentru petiții publice
20.	Nivelul de informare publică	Transparență	1 - 10 Da sau nu	1. Gradul de transparență a procesului decizional 2. Gradul de acces la informațiile de interes public 3. Existența unei liste de întrebări frecvente (FAQ) 4. Aprecierea facilităților de comunicare cu utilizatorii
21.	Nivelul de furnizare a datelor deschise	Transparență	Da sau nu	1. Disponibilitatea informațiilor privind achizițiile publice

Nr. crt.	INDICATOR	Criteriu	Raport de calcul	Termenii relației de calcul
				2. Disponibilitatea informațiilor privind contractele 3. Disponibilitatea bugetului
22.	Accesibilitatea obiectivului de performanță și a rezultatului organizațional	Transparență	Da sau nu	1. Existența unui Raport anual cu date privind serviciile de asigurări sociale de sănătate

Pentru fiecare indicator de performanță, poate fi completată o fișă individuală (un model este furnizat în continuare). Fișa include informații privind tipul de indicator, unitatea de măsură, criteriul cărui îi aparține, valoarea de referință și valoarea țintă a indicatorului (dacă există), informații privind modul de colectare a datelor primare, modul de calcul și de raportare a indicatorului, modul de stocare și de publicare a indicatorilor.

Model de fișă a indicatorilor de performanță

IDENTIFICAREA INDICATORULUI			
Denumirea indicatorului:			Unitate de măsură:
Indicator de vârf:	Cantitativ:	DA/NU	Calitativ:
Criteriul cărui îi aparține:			
Justificarea indicatorului:			
Valoarea de bază			
Valoarea țintă			
Sursa valorii țintă:	Sursa valorii țintă:		
RAPORTAREA INDICATORULUI			
Instituția responsabilă:	CJAS		
Termen limită de raportare:			
Definiți indicatorul:	Explicație:		
	Formulă de calcul:		
	Definiția termenilor din formula de calcul:		
Modul de colectare a datelor:	Sursa de date:	CJAS	
	Metoda de colectare:	exhaustivă	
		eșantionare	
	Termen de raportare:	lunar	
		trimestrial	
		semestrial	
		anual	
	Formatul datelor:	alfanumeric	
		numeric (2 zecimale)	
		suport de hârtie	

		Support electronic	
	Mijloace de colectare a datelor:	Sistem informatic:	
		• SAFIR	
		• DIAMOND	
		• CWMTIS ¹	
		• Alte sisteme informatice	
		Alte modalități:	Tabele de date
	Instituția responsabilă pentru raportarea indicatorului:		
Stocarea datelor:	Baza de date a platformei M&E		
Publicarea indicatorilor:	Platforma M&E		

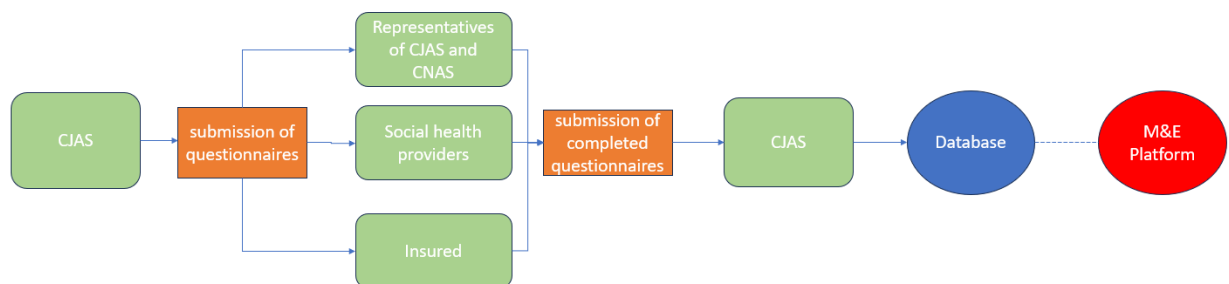
Pentru toți indicatorii se va utiliza o metodă cuprinzătoare/exhaustivă de colectare a datelor. Datele vor fi colectate de către instituțiile responsabile cu furnizarea serviciilor de asigurări sociale de sănătate la nivel județean, respectiv cele 41 de CJAS, prin transmiterea de chestionare specifice, propuse în prezenta metodologie, care vor fi completate periodic (6 luni).

Chestionarele vor fi completate de către două categorii de persoane diferite:

- reprezentanții celor 41 CJAS și CNAS;
- furnizorii de servicii sociale de sănătate;
- beneficiarii serviciului, în ceea ce privește calitatea și accesibilitatea serviciului.

Datele principale și indicatorii de performanță astfel obținuți vor alimenta o bază de date conectată la platforma de M&E, care va permite vizualizarea online a evoluției valorilor indicatorilor.

Graficul procesului de M&E



4. Elementele specifice pentru operaționalizarea metodologiei

4.1 Baza de informații necesară metodologiei

Sistemul de monitorizare și evaluare va funcționa pe baza datelor primare, colectate la nivel local. Datele vor fi, de fapt, colectate de către instituțiile responsabile de furnizarea serviciilor de asigurări sociale de sănătate, prin administrarea de chestionare specifice.

Chestionarele, care vizează cartografierea performanțelor pe baza celor opt criterii identificate anterior, vor fi structurate după cum urmează:

criterii	Întrebări	Întrebări actualizate
1. Capacitate strategică și instituțională	<p><i>Există obiective strategice definite și urmărite în sectorul asigurărilor sociale de sănătate? Care sunt documentele strategice care definesc aceste obiective?</i></p> <p><i>Există un sistem de management al calității în cadrul instituției?</i></p> <p><i>Există o structură organizatorică/persoană responsabilă cu măsurarea performanțelor legate de asigurările sociale de sănătate?</i></p> <p><i>Există metode/proceduri/alte instrumente de monitorizare și evaluare a performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate?</i></p>	<p><i>Există obiective specifice, legate de serviciile de asigurări sociale de sănătate?</i></p>
2. Eficacitate	<p><i>Care este numărul de personal din cadrul instituției alocat furnizării serviciului? Este numărul de personal suficient pentru a</i></p>	<p><i>Au fost atinse obiectivele stabilite?</i></p> <p><i>Care este timpul de livrare a serviciilor?</i></p> <p><i>Care este durata efectivă a sprijinului SHI pentru cetățeni?</i></p>

criterii	Întrebări	Întrebări actualizate
	<i>furniza serviciul în mod eficient?</i>	<i>Care este întârzierea medie în furnizarea serviciilor?</i>
3. Calitate	<p><i>Care sunt principalele acțiuni întreprinse de instituția dumneavoastră pentru a îmbunătăți calitatea, eficiența și eficacitatea furnizării serviciilor?</i></p> <p><i>Evaluați în mod regulat/sistematic gradul de satisfacție a beneficiarilor serviciilor de asigurări sociale de sănătate?</i></p> <p><i>Sunt beneficiarii implicați în îmbunătățirea serviciului?</i></p>	<p><i>Câte reclamații ați primit în ultimul an?</i></p> <p><i>Evaluați următoarele facilități de la 1 la 10:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Locuri de parcare</i> <i>2. Facilități pentru persoanele cu dizabilități</i> <i>3. Curățenie exterioară</i> <i>4. Intrarea</i> <i>5. Informații afișate cu privire la orarul/biroul solicitat</i> <i>6. Curățenie interioară</i> <i>7. Informații despre birou</i> <i>8. Sistem de gestionare a cozilor de așteptare</i> <i>9. Disponibilitatea personalului</i> <p><i>Serviciile sunt furnizate prin telefon? Dacă da, evaluați următorii indicatori de la 1 la 10:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Disponibilitatea angajaților</i> <i>2. Capacitatea de rezolvare a unei probleme</i> <p><i>Sunt serviciile furnizate online? Dacă da, evaluați următorii indicatori de la 1 la 10:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Utilizabilitatea sistemului online</i> <i>2. Capacitatea de rezolvare a unei probleme</i>
4. Eficiență		<p><i>Ce sumă din bugetul local este alocată pentru serviciile de asigurări sociale de sănătate?</i></p> <p><i>Acoperă valoarea tarifului costul total al serviciului?</i></p>

criterii	Întrebări	Întrebări actualizate
5. Accesibilitate		<p><i>Evaluati următoarele servicii de la 1 la 10:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zona de recepție 2. Personalul pentru recepție și informare 3. Instrumente și procedură de informare a beneficiarilor 4. Instrumente electronice pentru transparența listei de așteptare <p><i>Evaluati următoarele servicii de la 1 la 10:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timpul necesar pentru rezolvarea unui caz 2. Timpul petrecut pe lista de așteptare <p><i>Evaluati costul serviciului de la 1 la 10</i></p>
6. Performanța proceselor		<p><i>Care este nr. de proiecte și acțiuni planificate, acoperite de buget și implementate?</i></p> <p><i>Care este nr. de posturi deschise efectiv pentru recrutare?</i></p> <p><i>Care este numărul de participanți la cursurile de formare profesională?</i></p>
7. Bune practici		<p><i>Care este numărul de măsuri de inovare sau de îmbunătățire a performanței serviciilor publice?</i></p> <p><i>Există instrumente pentru feedback din partea beneficiarilor de servicii?</i></p> <p><i>Câți beneficiari oferă feedback?</i></p> <p><i>Câți beneficiari sunt implicați în îmbunătățirea serviciilor de asigurări sociale de sănătate?</i></p> <p><i>Câte ședințe publice au fost organizate?</i></p> <p><i>Există proceduri pentru petiții publice?</i></p>

criterii	Întrebări	Întrebări actualizate
8. Transparență		<p><i>Evaluati gradul de transparență a procesului decizional de la 1 la 10</i></p> <p><i>Evaluati de la 1 la 10 gradul de acces la informații de interes public</i></p> <p><i>Există o listă de întrebări frecvente?</i></p> <p><i>Evaluati facilitățile de comunicare cu utilizatorii de la 1 la 10</i></p> <p><i>Sunt disponibile informații privind achizițiile publice?</i></p> <p><i>Sunt disponibile informații privind contractele?</i></p> <p><i>Sunt disponibile informații despre buget?</i></p> <p><i>Există un raport anual cu date privind serviciile de asigurări sociale de sănătate?</i></p>

4.2 Tablouri de bord și previziuni pentru indicatorii de performanță

Platforma de M&E va conține date și informații sub formă tabelară sau grafică, structurate în:

- Tabel de vizualizare.
- Tabel de interacțiune/analiză.
- Tabel de informații.
- Tabel pentru introducerea datelor primare.

➤ Tabel de vizualizare

Centralizatorul (Dashboard) este un rezumat al indicatorilor de monitorizare și evaluare a performanței.

Indicatorii calculați la nivel agregat în tabelele de individualizare a indicatorilor de performanță pentru cele opt criterii sunt, la rândul lor, agregate în funcție de importanța relativă acordată fiecărui criteriu.

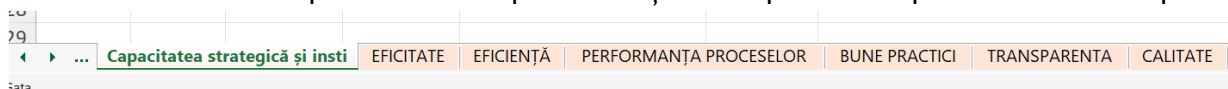
Astfel se obține indicatorul de performanță prezentat pentru anul de selecție în raportarea valorică.

Acest centralizator (dashboard) permite raportarea sintetică (sub formă de tabel sau grafic) a diferiților indicatori pentru cele opt criterii de performanță. Astfel, este posibilă vizualizarea rapidă a capacității sistemului de asigurări sociale de sănătate de a organiza și coordona activitățile sale într-o manieră performantă prin îndeplinirea criteriilor prestabilite.

Centralizatorul (dashboard) poate fi un instrument decizional care permite utilizatorilor să analizeze nivelul de performanță al sistemului de asigurări sociale de sănătate la nivel județean. Acesta permite înțelegerea blocajelor de performanță, elaborarea de acțiuni corective și prognozarea performanțelor viitoare.

➤ **Situația detaliată a performanței pentru fiecare criteriu**

Fiecare dintre cele opt criterii de performanță este prezentat pe o fereastră separată.



În figura anterioară este prezentat tabelul pentru criteriul de performanță referitor la capacitatea strategică și instituțională.

Tabelul afișează selecția anului, indicatorii de performanță legați de criteriu, valoarea-țintă anuală, valoarea obținută în anul de raportare (anul de selecție) și diferența dintre valoarea-țintă și valoarea obținută.

Pentru punctajul indicatorilor (de exemplu, indicatorul Existența sistemelor de monitorizare și evaluare (M&E) pentru implementarea strategiei), valoarea procentuală este calculată pe baza criteriilor de evaluare legate de indicatorul respectiv.

CALCULARE			
Exemplu de punctaj de indicatori:			
Criterii de evaluare:	2023	2024	2025
C1.1.1. Existența obiectivelor SMART în sectorul asigurărilor sociale de sănătate	DA		
C1.1.2. Obiective specifice legate de metodologiile SMART pentru asigurările sociale de sănătate	NU		
C1.1.3. Existența unui sistem de management al calității implementat la nivelul instituției	NU		
C1.2.1. Existența unei structuri responsabile cu măsurarea performanței	DA		
C1.2.2. Existența unei metodologii/proceduri pentru monitorizarea și evaluarea performanțelor	DA		
NR. CRITERII ÎNDEPLINITE: DA (20*indicator)	60		
CRITERII DE PUNCTAJ ÎNDEPLINITE:			
Punctajul obținut*100/MAXIM TOTAL	60%		
Grila de evaluare:			
<10 puncte	Capacitate strategică slabă: sunt necesare îmbunătățiri importante.		
11-30 puncte	Capacitate strategică redusă; sunt necesare îmbunătățiri moderate.		
31-65 puncte	Capacitate strategică bună; sunt necesare îmbunătățiri minore.	X	
>66 puncte	Capacitate strategică foarte ridicată; sunt		

	necesare continue	îmbunătățiri			
PUNCTAJ TOTAL MAXIMUM = 100 de puncte					

Indicatorii calculați pe baza unei relații matematice sunt setați direct pe acest ecran prin calcularea datelor primare din baza de date.

Indicatorilor de performanță reținuți pentru criteriul respectiv li se atribuie niveluri de importanță care permit determinarea unui indicator de performanță compozit pentru criteriul respectiv. Valoarea indicatorului compozit de performanță la nivel de criteriu este preluată din tabelul centralizator (Dashboard).

Tabelul permite, de asemenea, reprezentarea grafică a evoluției indicatorilor de performanță în structura criteriului. Evoluția este dată de setul de date primare acumulate pe parcursul mai multor perioade de raportare.

Indicatorii sunt calculați prin interogarea bazei de date.

Reprezentarea evoluției indicatorilor pentru un anumit interval din perioada de raportare permite, pe de o parte, vizualizarea diferenței între valoarea reală a indicatorului față de valoarea țintă și, pe de altă parte, identificarea tendinței de evoluție.

5. Mecanisme specifice de colectare a datelor

Colectarea datelor și informațiilor necesare pentru a asigura funcționalitatea metodologiei de M&E se bazează pe fluxul de informații între părțile interesate de sistemul serviciilor de asigurări sociale de sănătate.

La nivel local, CJAS trebuie să transmită către CNAS:

- strategiile locale de dezvoltare a serviciilor de sănătate publică împreună cu planurile de acțiune anuale;
- datele și informațiile colectate la nivel local privind beneficiarii, furnizorii de servicii medicale pe care aceștia le administrează, precum și rapoartele de monitorizare și evaluare a serviciilor medicale (trimestrial, în format electronic).

DSPJ, pe de altă parte, este responsabilă de transmiterea către Ministerul Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS) pentru dezvoltarea serviciilor sociale la nivel județean/al municipiului reședință de județ și a planului anual de acțiune. Totodată, DSPJ transmite Ministerului Sănătății și CNAS și instituțiilor din subordinea sa, trimestrial și anual, în format electronic, o serie de situații statistice privind serviciile de asigurări sociale de sănătate organizate și furnizate la nivel județean/al municipiului București. Aceste situații statistice se referă la informații privind beneficiarii, costurile și personalul, categoriile de servicii etc. Aceste declarații statistice sunt surse valoroase de informații pentru alimentarea bazelor de date ale platformei de M&E.

În plus, datele necesare pentru funcționalitatea platformei de M&E pot proveni și de la autoritățile administrației publice județene (CJAS), care, conform Legii 25/2006, au atribuții în ceea ce privește administrarea și furnizarea serviciilor de asigurări sociale de sănătate.

Introducerea datelor în platforma de M&E va fi realizată de către Serviciul/Biroul Monitorizare și Analiză Statistică din cadrul instituțiilor care furnizează servicii de asigurări sociale de sănătate. O persoană desemnată va introduce și actualiza informațiile pentru toate serviciile sociale autorizate din județ, atât publice, cât și private. La nivelul municipiilor, orașelor și comunelor din județ se vor transmite trimestrial, în format electronic, către DSPJ datele și informațiile colectate la nivel local, precum și rapoartele de monitorizare și evaluare a serviciilor de asigurări sociale de sănătate.

Anexe

Anexa nr. 1 Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de capacitate strategică și instituțională

Indicator	Unitate de măsură		Punctaj maxim
Existența obiectivelor SMART în sectorul asigurărilor sociale de sănătate	Da sau Nu		20
Obiective specifice legate de metodologiile SMART pentru asigurările sociale de sănătate	Da sau Nu		20
Existența unui sistem de management al calității, implementat la nivelul instituției	Da sau Nu		20
Existența unei structuri responsabile cu măsurarea performanței	Existența unei structuri cu sarcini formalizate	10	20
	Numărul de persoane	N. 1 - 3= 5	
		N. > 3= 10	
Existența unei proceduri metodologice de monitorizare și evaluare a performanței	Da sau Nu		20
PUNCTAJ TOTAL MAXIM =			100 puncte

Anexa nr. 2 - Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de eficacitate

Indicator	Unitate de măsură		Punctaj maxim
Realizarea Obiectivelor	100 < 75	20	20
	75 < 50	15	
	50	10	
	50 < 25	5	
	25 < 12	2,5	
	12 - 0	0	
Timpul de furnizare a serviciului	>1	20	20
	1	15	
	<1	0	
Numărul de personal alocat pentru furnizarea serviciului	Numărul de posturi ocupate/Numărul de posturi din organigramă	0 = 20	20
		0 - 5 = 15	
		5 - 10 = 10	
		>10 = 0	
Servicii furnizate la timp	Numărul de servicii începute la timp/ Numărul de servicii furnizate	100% = 10	20
		100% < 50% = 7	
		50% = 5	
		50% < 25% = 2,5	
		25% < 0 = 1	
		0 = 0	
	Numărul de servicii finalizate la timp/Numărul de servicii furnizate	100% = 10	
		100% < 50% = 7	
		50% = 5	
		50% < 25% = 2,5	
		25% < 0 = 1	
		0 = 0	
PUNCTAJ TOTAL MAXIM =			80 puncte

Anexa nr. 3 - Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de calitate

Indicatorul	Unitatea de măsură	Punctaj maxim
Indicele general al calității	Număr de reclamații/ Număr de servicii furnizate	1 = 0 <1 = 5
	Numărul de servicii îmbunătățite/Numărul de servicii planificate	1 = 5 <1 = 0
	Nr. de cursuri de formare profesională continuă pentru personalul intern/ Nr. de cursuri de formare profesională pentru personalul intern	1 = 5 <1 = 0
	Timpul alocat acțiunilor corective/ Timpul planificat pentru acțiunile corective	1 = 5 <1 = 0
Furnizarea serviciului din perspectiva exterioare din facilităților	Locuri de parcare	10 - 9 = 4 8 - 7 = 3 6 = 2 5 - 4 = 1 3 - 1 = 0
	Facilități pentru persoanele cu dizabilități	10 - 9 = 4 8 - 7 = 3 6 = 2 5 - 4 = 1 3 - 1 = 0
	Curățenie exterioară	10 - 9 = 4 8 - 7 = 3 6 = 2 5 - 4 = 1 3 - 1 = 0
	Intrare	10 - 9 = 4 8 - 7 = 3 6 = 2 5 - 4 = 1 3 - 1 = 0
	Informații afișate despre orarul/biroul solicitat	10 - 9 = 4 8 - 7 = 3 6 = 2 5 - 4 = 1 3 - 1 = 0

Indicatorul	Unitatea de măsură		Punctaj maxim
Furnizarea serviciului din perspectiva facilităților interioare	Curățenie interioară	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 - 4 = 2 3 - 1 = 0	15
	Informații de birou	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 - 4 = 2 3 - 1 = 0	
	Sistem de gestionare persoanelor care așteaptă furnizarea serviciului	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 - 4 = 2 3 - 1 = 0	
Servicii furnizate prin telefon	Disponibilitatea angajaților	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 - 4 = 2 3 - 1 = 0	10
	Capacitatea de a rezolva o problemă	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 - 4 = 2 3 - 1 = 0	
Servicii furnizate online	Utilizarea sistemului online	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 - 4 = 2 3 - 1 = 0	10
	Capacitatea de a rezolva o problemă	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 - 4 = 2 3 - 1 = 0	
Evaluarea gradului de satisfacție a beneficiarilor de servicii de asigurări sociale de sănătate	1 - 10		10
Implicarea beneficiarilor în planificarea serviciilor	Da sau Nu		15
PUNCTAJ TOTAL MAXIM=			100 puncte

Anexa nr. 4 - Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de eficiență

Indicatorul	Unitatea de măsură	Punctajul maxim	
Eficiența alocativă	Bugetul de funcționare al CJAS/total sume decontate din asigurări de sănătate	1 = 10 <1 = 0	80
	Bugetul de funcționare al CJAS/numărul de angajați	1 = 10 <1 = 0	
	Bugetul de funcționare al CJAS/număr de servicii prestate decontate	1 = 10 <1 = 0	
	Total sume decontate/număr de servicii prestate decontate	1 = 10 <1 = 0	
	Total sume decontate/număr total de beneficiari	1 = 10 <1 = 0	
	Total sume decontate/număr de beneficiari asigurați	1 = 10 <1 = 0	
	Suma medie plătită/serviciu medical	1 = 10 <1 = 0	
	Suma medie decontată/beneficiar asigurat sau neasigurat	1 = 10 <1 = 0	
PUNCTAJUL TOTAL MAXIM =		80 puncte	

Anexa nr. 5 - Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de accesibilitate

Indicatorul	Unitatea		Punctajul maxim
Ușurința și comoditatea accesării serviciului de asigurări sociale de sănătate	Zona de recepție	1 - 10	30
	Personal pentru recepție și informare		
	Instrumentele și procedura de informare a beneficiarilor		
Existența unor instrumente de comunicare disponibile pentru a informa cetățenii cu privire la serviciile de asigurări sociale de sănătate	Da sau Nu		15
Promptitudinea furnizării serviciilor de asigurări sociale de sănătate	Timpul necesar pentru rezolvarea unui caz	1 - 10	30
	Timpul petrecut pe lista de așteptare		
	Timp de așteptare la rând		
Costul serviciului	10 = 25 8 - 7 = 20 6 = 15 5 = 10 3 - 4 = 5 1 - 2 = 0		25
PUNCTAJUL TOTAL MAXIM =			100 puncte

Anexa nr. 6 - Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de performanța proceselor

Indicatorul	Unitatea de măsură		Punctajul Maxim
Gradul de acoperire financiară	Nr. de proiecte și acțiuni planificate acoperite de buget și implementate/ Nr. de proiecte și acțiuni planificate	1=20 1=15 <1=0	20
Gradul de acoperire a resurselor umane	Nr. de posturi deschise la recrutare/ Nr. de posturi ocupate în organigramă	1=20 1=15 <1=0	20
Gradul de pregătire al personalului	Nr. de participanți la cursuri de formare profesională/ număr de angajați	1=20 1=15 <1=0	20
PUNCTAJUL TOTAL MAXIM =			60 puncte

Anexa nr. 7 - Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de bune Practici

Indicatorul	Unitatea		Punctajul maxim
Numărul de măsuri de inovare sau de îmbunătățire a performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate	Nr. de măsuri de inovare sau de îmbunătățire a performanței serviciilor publice/Nr. de măsuri de inovare sau de îmbunătățire a performanței serviciilor publice planificate	>1=20 1=15 <1=0	20
Existența unor instrumente de feedback din partea beneficiarilor de servicii de asigurări sociale de sănătate	Da sau Nu		10
Numărul de beneficiari care oferă feedback	100% = 10 100%<50% = 7 50% = 5 50%<25% = 2,5 25%<0 = 1 0 = 0		10
Implicarea efectivă a beneficiarilor în îmbunătățirea serviciilor de asigurări sociale de sănătate	100% = 20 100%<50% =15 50% = 10 50%<25% = 5 25%<0 = 2,5 0 = 0		20
Organizarea de ședințe publice	N. de ședințe publice organizate/N. de ședințe publice planificate	1=20 1=15 <1=0	20
Existența unor proceduri pentru petiții publice	Da sau Nu		20
Punctaj Total Maxim =			100 puncte

Anexa nr. 8 - Indicatorii de performanță propuși pentru criteriul legat de transparență

Indicatorul	Unitatea	Punctajul Maxim
Gradul de transparență a procesului decizional	10 = 20 8 - 7 = 15 6 = 10 5 = 5 3 - 4 = 2,5 1 - 2 = 0	20
Gradul de acces la informațiile de interes public	10 = 20 8 - 7 = 15 6 = 10 5 = 5 3 - 4 = 2,5 1 - 2 = 0	20
Existența unei liste de întrebări frecvente	Da sau Nu	5
Aprecierea facilităților de comunicare cu utilizatorii	10 - 9 = 5 8 - 7 = 4 6 = 3 5 = 2 3 - 4 = 1 1 - 2 = 0	5
Disponibilitatea informațiilor privind achizițiile publice	Da sau Nu	15
Disponibilitatea informațiilor privind contractele	Da sau Nu	15
Disponibilitatea bugetului	Da sau Nu	15
Existența unui raport anual cu date privind serviciile de asigurări sociale de sănătate	Da sau Nu	10
PUNCTAJ TOTAL MAXIM =		100 puncte

Anexa nr. 9. Cadrul general de reglementare și performanță pentru serviciile de asigurări sociale de sănătate

A9.1 Cadrul juridic european de asigurări sociale de sănătate

România a aderat la Uniunea Europeană ca stat membru în anul 2007 și aderă la politicile europene de sănătate de la nivel central. Politica de sănătate a UE contribuie la:

- protejarea sănătății cetățenilor;
- modernizarea infrastructurii de sănătate;
- îmbunătățirea eficacității sistemelor europene de sănătate;
- pregătirea și reacția la amenințările la adresa sănătății.

În acest sens, de exemplu, UE a adoptat Programul de răspuns la pandemia COVID-19, oferind un sprijin financiar de 5,3 miliarde EUR pentru perioada 2021-2027.

România a beneficiat de fonduri europene structurale și de investiții pentru programe de prevenție și de îngrijire primară; acest sprijin financiar a facilitat investițiile în sectorul sănătății, stimulând infrastructura atât la nivel central, cât și la nivel local.

România accesează fonduri europene pentru sectorul sanitar prin Acordul de Parteneriat pentru Cadrul Politicii de Coeziune 2021-2027, aprobat de Comisia Europeană la 25 iulie 2022, prin care s-au alocat 31,5 miliarde de euro statelor membre pentru promovarea creșterii economice și sociale, a dezvoltării durabile și a tranziției ecologice. Componenta de sănătate a planului României va pune la dispoziția autorităților naționale 2,3 miliarde de euro din totalul finanțării, ceea ce va permite creșterea accesului la asistență medicală preventivă, la diagnostic și tratament precoce și reducerea disparităților dintre mediul rural și urban în ceea ce privește accesul la asistență medicală - în special pentru comunitățile rurale insuficient deservite, obiective ce vor fi realizate prin consolidarea rețelei de asistență medicală primară în zonele rurale și a unităților de îngrijire neonatală la nivel național.

A9.2 Cadrul juridic național al serviciului de asigurări sociale de sănătate

Articolul 34 din Constituția României specifică faptul că statul este obligat să garanteze asistența medicală, care este guvernată în cea mai mare parte de administrația sectorului public. Sistemul de sănătate este reglementat prin **Legea 95/2006**, care definește structura de guvernare și echilibrul de putere între instituțiile de la nivel central și cele de la nivel județean. Această reglementare a constituit cadrul de referință pentru reforma sectorului public de sănătate din țară, în vederea respectării standardelor europene.

Hotărârea de Guvern 1028/2014 care reglementează **Strategia Națională de Sănătate și Planul de Acțiune** a fost aprobată pentru perioada 2014-2020 în sectorul public. În acest context, prin Domeniul Strategic de Intervenție nr. 2 (Serviciul de Sănătate), a existat o dezvoltare paralelă a serviciilor de sănătate comunitare, integrate și cuprinzătoare, care vizează în principal populația rurală și grupurile vulnerabile, inclusiv romii.

În temeiul art. 3 alin. (1) din O.U.G. nr. 18/2017, asistența medicală comunitară cuprinde "ansamblul de programe, servicii de sănătate și acțiuni de sănătate publică furnizate la nivel

comunitar în scopul creșterii accesului populației și, în special, al grupurilor vulnerabile (...) la serviciile de sănătate". Potrivit aceluiași articol, scopul asistenței medicale comunitare este "îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin asigurarea accesului echitabil la serviciile de sănătate pentru toate persoanele din fiecare comunitate, indiferent de statutul socio-economic, nivelul de educație, localizarea în mediul rural și urban sau distanța față de furnizorul de servicii medicale".

În continuare, raportul se va concentra asupra sistemului de guvernare care a fost construit pentru a reglementa și a oferi politici pentru sectorul asigurărilor sociale de sănătate, atât la nivel central, cât și la nivel local.

a) Sistemul de guvernare al asigurărilor sociale de sănătate: Legea nr. 95/2006

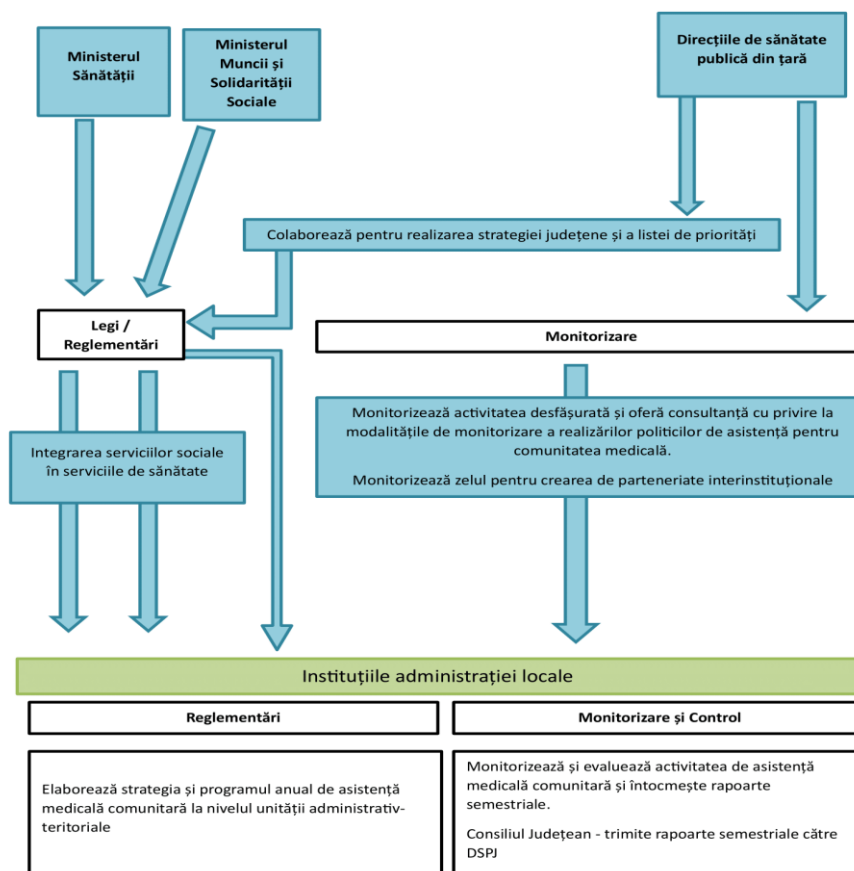
În conformitate cu articolul 51 din Legea nr. 95/2006, principalii actori implicați în furnizarea de servicii de sănătate publică sunt **Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS)**.

În conformitate cu art. 219, alin. (7), **Ministerul Sănătății** exercită controlul asupra sistemului de asigurări sociale de sănătate, ca principal sistem de finanțare a asistenței medicale a populației care asigură accesul asiguraților la un pachet de servicii de bază, în ceea ce privește implementarea politicilor și programelor de sănătate aprobate de Guvernul României, și coordonează funcționarea eficientă a sistemului de asigurări sociale de sănătate organizat prin CNAS.

În schimb, **Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS)** administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate prin intermediul caselor de asigurări de sănătate județene, al Casei de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, al Casei de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești (conform art. 276 alin. 276, pr. (3)).

În general, în timp ce CNAS este responsabilă pentru finanțarea serviciilor publice de sănătate, Ministerul Sănătății este autoritatea care, pentru unele servicii publice, reglementează, finanțează, acreditează/controlază și furnizează serviciul, iar pentru altele, este doar autoritatea de reglementare.

Atât Ministerul Sănătății, cât și CNAS sunt reprezentate la nivel local prin **Directiile Județene de Sănătate Publică (DJSP)** și **Casele Județene de Asigurări de Sănătate (CJAS)**. Serviciile de sănătate sunt furnizate în 41 de județe și în București, conform unor reguli stabilite la nivel central. Casele județene de asigurări de sănătate achiziționează servicii de la furnizorii de servicii medicale (medici generaliști, cabinete de specialitate, laboratoare, spitale, furnizori de îngrijiri la domiciliu etc.) la nivel local.



Sistemul de sănătate din România este finanțat din patru surse principale: fondurile naționale de asigurări de sănătate, bugetul de stat, bugetele locale și plățile din surse proprii.

Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS) este gestionat de CNAS și este constituit din contribuțiile de asigurări sociale de sănătate plătite de asigurații persoane fizice și juridice, care angajează personal salariat, subvenții de la bugetul de stat și alte surse - donații, sponsorizări, dobânzi, valorificarea activelor CNAS și a fondurilor de asigurări de sănătate. În conformitate cu art. 271, alin. 1, lit. b), finanțarea managementului FNUASS se realizează din sumele colectate cu titlu de contribuții de la persoanele juridice și fizice angajatoare, precum și de la persoanele fizice obligate să se asigure.

Sistemul de asigurări sociale de sănătate este finanțat în principal din fonduri publice, 80,8% din cheltuielile publice pentru sănătate (2019) fiind investite în sistemul de asigurări sociale de sănătate, care colectează venituri în principal din contribuțiile lunare ale angajatorilor și angajaților, precum și subvenții de la bugetul de stat. Sistemul este organizat în autorități județene de sănătate publică și fonduri județene de asigurări de sănătate, finanțarea provenind din fondurile naționale de asigurări de sănătate, bugetul de stat, bugetele locale și plățile

individuale. Asistența medicală primară este asigurată de medicii de familie, în timp ce asistența medicală specializată este asigurată printr-o rețea de spitale și clinici.

În ultimii 20 de ani au fost realizate reforme, în special în ceea ce privește asistența medicală primară și de urgență: de fapt, din anul 2015, fiecare cetățean al României poate beneficia de proceduri medicale prezentând un card personal de sănătate care să dovedească deținerea unei asigurări plătite. În același timp, cetățenii altor state membre ale UE și cetățenii români fără asigurare plătită pot beneficia în continuare de asistență medicală de urgență.

Diagrama serviciilor de asigurări sociale de sănătate:



b) Alocarea bugetului pentru asigurări de sănătate

Conform Legii nr. 317/2021 privind bugetul de stat pe anul 2022, modificată și completată prin OG 19/2022 și OUG nr. 160 /2022 cu privire la rectificarea bugetului de stat, veniturile totale pentru finanțarea anuală a asigurărilor sociale de sănătate la nivel național sunt în sumă de 55.064.450,00 euro, din care 40.437.280,00 euro sunt dedicate contribuțiilor de asigurări sociale de sănătate.

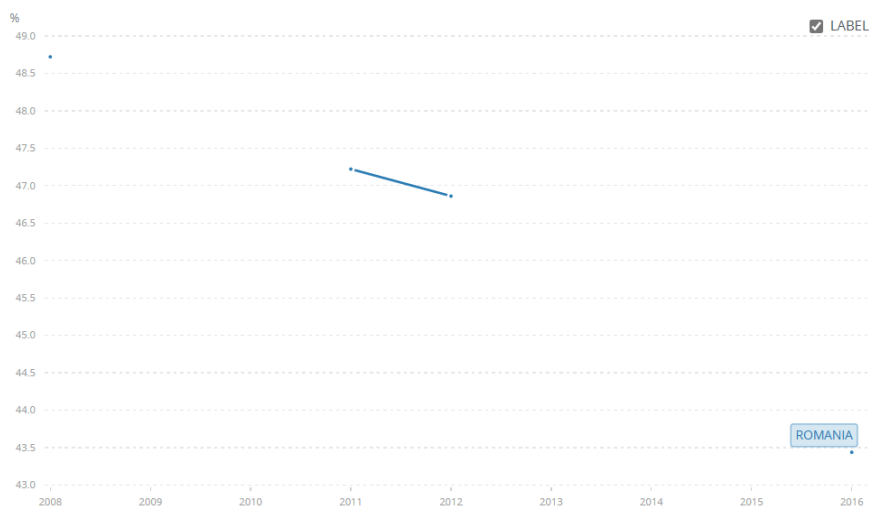


CNAS - date - 2022

Sistemul de asigurări de sănătate acoperă un pachet complet de servicii, inclusiv asistența medicală primară și majoritatea medicamentelor, inclusiv medicamente pentru copii și femei însărcinate, pentru anumite boli grave și pentru afecțiuni acoperite de programele naționale de sănătate. Cu toate acestea, pacienții trebuie să plătească o parte din costul produselor farmaceutice în regim ambulatoriu: 10% pentru medicamentele generice cu preț redus, 50% pentru medicamentele scumpe generice și brevetate și 80% pentru medicamentele cu prescripție medicală cu preț redus. Acoperirea unei părți din costuri se aplică, de asemenea, la reabilitare și la îngrijirea în regim de spitalizare, care se ridică la aproximativ 35% pe episod de îngrijire, însă peste 60% din populație este scutită de taxele de utilizare pentru îngrijirea în regim de spitalizare. Printre grupurile scutite se numără copiii cu vârsta sub 18 ani și tinerii cu vârsta de până la 26 de ani, dacă sunt înscriși în orice formă de învățământ, pacienții acoperiți de programele naționale de sănătate, femeile însărcinate fără venituri și pensionarii.

În România, deși asigurarea socială de sănătate este obligatorie, doar 43,5% din populație era acoperită în 2017 (potrivit celor mai recente statistici), o tendință care a scăzut constant din 2008 (deși, , datele privind acoperirea cu asigurări sociale de sănătate pentru 2009-2010 și 2013-2015, lipsesc). În ceea ce privește proporția de 66% a populației neasigurate, sunt incluse, în principal, persoanele care lucrează activ în agricultură, care desfășoară activități

independente sau șomeri care nu sunt înregistrați pentru niciun ajutor de șomaj sau asigurări sociale, precum și persoane de etnie romă care nu au cărți de identitate (ce împiedică înregistrarea pentru asigurări sociale). Persoanele neasigurate menționate mai sus sunt protejate de guvern, dar pot accesa doar un pachet minim de servicii care acoperă asistența medicală de urgență, tratamentul bolilor transmisibile și îngrijirea sarcinii, deoarece reglementările în domeniul sănătății urmează cadrul european care protejează sănătatea "pentru cei aflați în nevoie" în detrimentul polițelor de asigurare.



Gradul de acoperire a programelor de asigurări sociale de sănătate (% din populație) - baza de date a Băncii Mondiale (2016)

c) Aspecte existente și emergente

În România, principalele probleme legate de sistemul public de sănătate și de asigurările sociale de sănătate depind de:

- condițiile de muncă ale personalului medical;
- infrastructura sistemului de sănătate;
- pandemia COVID-19.

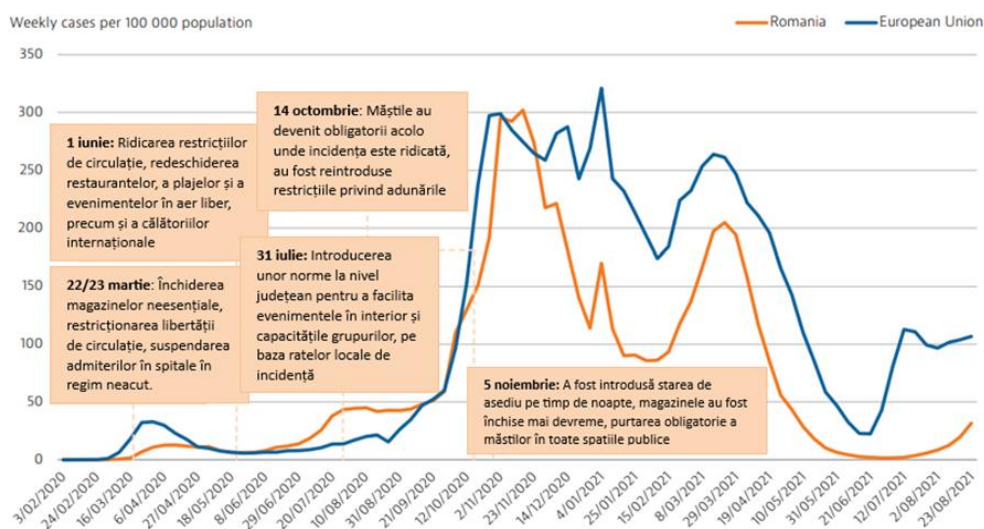
În ceea ce privește **personalul medical**, sistemul de sănătate din România este afectat de un deficit continuu de personal, din cauza salariilor mici de pe piața internă și a condițiilor de muncă atractive din sistemele de sănătate ale statelor membre din Europa de Vest. De fapt, în pofida faptului că România se află pe locul cinci în UE în ceea ce privește numărul de absolvenți de medicină și pe locul trei în ceea ce privește numărul de absolvenți de asistență medicală, un număr mare de medici și asistente au decis să migreze pentru a lucra într-un alt sistem de sănătate.

Un alt aspect privește **condițiile din spitalele și clinicile din România**. Această problemă este acum discutată la nivel guvernamental, după ce în timpul pandemiei COVID-19 mai multe incendii au afectat multe spitale din țară.

Primul impact al acestui cadru este că sistemul public de sănătate pierde pacienți și, prin urmare, reduce din calitate. De fapt, din ce în ce mai multe persoane preferă să consulte un medic privat în locul unuia public, din cauza infrastructurii și serviciilor mai bune de care pot beneficia în mediul privat.

Din acest motiv, la nivel național s-a propus să se investească 25,7 miliarde de lei (5,1 miliarde de euro), alocate atât din Planul național de redresare și reziliență aprobat de Comisia Europeană, cât și din Programul Operațional Sănătate, pentru a limita privatizarea sistemului de sănătate și pentru a crește cheltuielile publice privind sănătatea la nivel național cu cel puțin 0,5% din PIB pe an. Această sumă va fi destinată îmbunătățirii asistenței medicale primare, infrastructurii sanitare și achiziționării de medicamente eliberate pe bază de rețetă. Bugetul anual global al Fondului Național de Asigurări de Sănătate va fi majorat cu 240.000 de lei pentru a îmbunătăți accesul la medicamente (48.580 de euro). Cererea de medicamente va crește, de asemenea, din cauza modificărilor propuse în ceea ce privește acoperirea medicală prin crearea unui sistem de asigurări de sănătate opționale.

Un alt factor care influențează asigurările publice de sănătate este **pandemia COVID-19**.



Ratele COVID-19 înregistrate în România (baza de date ECDC 2021)

Măsurile luate pentru combaterea pandemiei au avut, de asemenea, un impact semnificativ asupra economiei. Cu toate acestea, deși PIB-ul României a scăzut cu 3,9% față de 2020, scăderea a fost mai mică comparativ cu statele membre ale UE, cu 6,2 puncte procentuale.

În martie 2020, Guvernul României a optat pentru o gestionare centralizată a pandemiei COVID-19, factorii de decizie de la nivel județean impunând măsuri la nivel local. La nivel central a fost supervizat răspunsul de urgență și au fost create organizații de gestionare a crizelor, cum ar fi Comitetul Național pentru Situații Speciale de Urgență, creat sub forma Grupului de răspuns tehnico-științific la pandemie și a Planului de acțiune de urgență în ianuarie 2020. Ministerul Sănătății din România a acoperit în 2020 plata medicamentelor, echipamentelor și



UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

consumabilelor aferente COVID-19, pentru acoperirea și izolarea pacienților cu COVID-19 în unități specifice.

Guvernul a prezentat un amendament la bugetul de stat pentru a asigura finanțarea serviciilor privind COVID-19, inclusiv bonusuri pentru personalul medical care tratează cazurile și creșteri salariale pentru cei care lucrează în domeniul prevenirii și controlului răspândirii virusului. Împreună cu realocările din bugetul național, Comisia Europeană a oferit finanțare suplimentară din Fondurile Structurale și de Investiții Europene pentru 2019 (aproximativ 483 de milioane de euro) și 2020 (aproximativ 637 de milioane de euro). Aceste fonduri au fost folosite pentru echipamente individuale de protecție (PPE), echipamente de testare și echipamente medicale, asistență medicală și socială la domiciliu pentru persoanele în vârstă, materiale de igienă pentru populațiile vulnerabile și prime pentru profesioniștii din domeniul sănătății. Donațiile și acțiunile caritabile au furnizat mai multe fonduri și sprijin în direcția combaterii răspândirii virusului.





UNIUNEA EUROPEANĂ



Programul Operațional Capacitate Administrativă
Competența face diferența!



Instrumente Structurale
2014-2020

Titlul proiectului: ”Monitorizarea și evaluarea integrată a performanței serviciilor publice”

Codul proiectului: cod MySMIS 127589 / cod SIPOCA 616

Proiect cofinanțat din Fondul Social European prin
Programul Operațional Capacitate Administrativă 2014-2020
Proiect care promovează egalitatea între bărbați și femei și nediscriminarea

BENEFICIAR: Secretariatul General al Guvernului
PARTENERI: Ministerul Dezvoltării, Lucrărilor Publice și Administrației
Patronatul Serviciilor Publice

DATA PUBLICĂRII: SEPTEMBRIE 2023

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu
Poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României.

Material distribuit gratuit

