



MONITORUL OFICIAL

AL

ROMÂNIEI

Anul 179 (XXIII) — Nr. 226

PARTEA I
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 31 martie 2011

SUMAR

| <u>Nr.</u> | | <u>Pagina</u> |
|------------|---|---------------|
| | HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI | |
| 345. | — Hotărâre privind aprobarea pentru anul 2011 a Raportului comisiei de selecție a unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate, precum și a listei acestor unități sanitare | 2–16 |

HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

GUVERNUL ROMÂNIEI

HOTĂRĂRE

privind aprobarea pentru anul 2011 a Raportului comisiei de selecție a unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate, precum și a listei acestor unități sanitare

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, al art. 245 alin. (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

Guvernul României adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă pentru anul 2011 Raportul comisiei de selecție a unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate, prevăzut în anexa nr. 1.

Art. 2. — (1) Se aprobă lista unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate,

propusă de comisia de selecție menționată la art. 1, prevăzută în anexa nr. 2.

(2) Prevederile alin. (1) se aplică începând cu data de 1 aprilie 2011.

Art. 3. — Anexele nr. 1 și 2 fac parte integrantă din prezenta hotărâre.

PRIM-MINISTRU
EMIL BOC

Contrasemnează:

Ministrul sănătății,

Cseke Attila

Ministrul finanțelor publice,

Gheorghe Ialomițianu

Ministrul administrației și internelor,

Constantin-Traian Igaș

București, 31 martie 2011.
Nr. 345.

ANEXA Nr. 1

RAPORTUL

comisiei de selecție a unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate

Ca urmare a intrării în vigoare a Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 32/2011 pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății, prin ordin al ministrului sănătății s-a aprobat constituirea comisiei de selecție a unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate și s-au aprobat criteriile de selectare a acestora.

Raportul marchează un moment semnificativ al unui proces complex și dificil, demarat încă de la sfârșitul anului 2009, care vizează reorganizarea și restructurarea asistenței spitalicești, având ca obiectiv esențial crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant, prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor.

Raportul este structurat în 4 capitole:

I. Analiza situației sistemului românesc de asistență spitalicească;

II. Măsurile întreprinse până în prezent și planificate a se implementa în cadrul procesului de reformă spitalicească;

III. Metodologia de selecție aplicată;

IV. Propunere privind lista unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate.

CAPITOLUL 1

Analiza situației sistemului românesc de asistență spitalicească

România a moștenit după 1990 un sistem de sănătate publică finanțat de stat, de tip Semashko, în care procesul decizional era complet centralizat, fără nicio separare între beneficiar și prestator. În ciuda numeroaselor eforturi de reformă, evoluțiile au fost lente. În interiorul sistemului de sănătate, autoritatea centrală, Ministerul Sănătății (MS), are multe atribuții în ceea ce privește deciziile locale, în detrimentul aprofundării unor zone esențiale pentru funcționarea eficientă a sistemului de sănătate. Se apreciază că realizarea cea mai clară a reformei a fost implementarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la finele anilor '90, care avea ca scop înființarea, clarificarea și întărirea responsabilității Casei Naționale pentru Asigurări de Sănătate (CNAS), prin alegerea directă la nivel

local a structurilor de conducere, așa cum a fost prevăzut în proiectul legislativ inițial; pe această bază structurile locale ar fi avut și legitimitate, și responsabilitate directă în fața populației, beneficiind și de o largă autonomie în colectarea și gestionarea fondurilor de asigurări de sănătate. Acest model nu a fost însă acceptat, legea fiind modificată semnificativ. În prezent, în conformitate cu Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, CNAS este o instituție publică autonomă, care administrează și gestionează sistemul de asigurări sociale de sănătate și are o conducere tripartită, reprezentată de sindicate, patronate și autoritățile statului.

În 2008, în România existau 430 de spitale publice în rețeaua MS, 897 de unități ambulatorii, centre medicale specializate,

centre medicale de înaltă performanță, cuprinzând 9.038 de cabinete medicale specializate. Pe lângă acestea, existau 2.555 de laboratoare și unități medicale de imagistică (inclusiv cele din spitale), 11.279 de cabinete de medicină de familie și alte 1.033 de cabinete de medicină generală, care asigurau, în principal, servicii de medicină a muncii, precum și 11.025 de cabinete stomatologice și 6.127 de farmacii (din date ale MS — CNOASIIDS).

Sistemul de sănătate românesc continuă să se bazeze pe asistența spitalicească ca principală metodă de intervenție, România înregistrând în continuare una dintre cele mai mari rate de spitalizare din Uniunea Europeană: 215,13 internări la 1.000 de locuitori, în anul 2007.

Internări la 100.000 de locuitori (Eurostat)

| geo | time | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--------------------------------------|------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Belgium | | 16092.4 | 16067.3 | 17241.5 | 15967.3 | 15866.0 |
| Bulgaria | | 17047.2 | 18938.4 | 20857.0 | 21473.7 | 22655.3 |
| Czech Republic | | 23679.7 | 23810.9 | 22311.7 | 21588.5 | 21467.8 |
| Denmark | | 16872.9 | 17343.3 | 17367.5 | 9018.5 | 17398.6 |
| Germany (including ex-GDR from 1991) | | : | : | : | 22040.9 | 22710.2 |
| Estonia | | 18678.3 | 18841.1 | 17923.2 | 18306.7 | 18420.7 |
| France | | 17734.7 | 17582.9 | 17487.0 | 17418.9 | 17155.8 |
| Italy | | 15924.8 | 15650.6 | 15308.8 | 15152.2 | : |
| Hungary | | : | 23887.0 | 24331.9 | 23889.0 | 20539.5 |
| Netherlands | | 9706.4 | 10169.1 | 10414.1 | 10688.7 | 10931.0 |
| Poland | | 17401.7 | 17776.4 | 14309.7 | 14935.4 | 14593.2 |
| Romania | | 22853.1 | 22724.4 | 20305.0 | 22953.8 | 21513.3 |
| Slovenia | | : | : | : | 16674.0 | 16836.5 |
| Slovakia | | 19600.9 | 19740.5 | 19805.2 | 19940.9 | : |
| United Kingdom | | 13660.1 | : | 13541.1 | 12375.1 | 12869.8 |
| Croatia | | 13229.8 | 13338.8 | 13329.8 | 14159.5 | : |

Spitalele sunt organizate conform titlului VII — Spitalele din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, ca instituții de asistență medicală, dotate cu paturi, de utilitate publică, persoane juridice, care prestează servicii de asistență medicală.

Până la adoptarea în luna iunie 2010 a pachetului legislativ referitor la descentralizarea managerială, organizarea spitalelor era supusă unor reglementări rigide și centraliste.

Astfel, spitalele publice erau înființate și desființate prin hotărâre a Guvernului, în urma propunerii MS (sau a ministerului care administrează sistemul sanitar în care este inclus spitalul). MS aprobă structura și modificările aduse acesteia, organizarea

și numărul de paturi, precum și denumirea și adresa spitalului. Consiliul local putea doar furniza o opinie în privința acestor aspecte. Aceeași reglementare se aplică spitalelor private.

Comitetul consultativ era până în luna iunie 2010 principalul organism de administrare a unui spital. Membrii comitetului consultativ erau prevăzuți prin lege: 2 reprezentanți ai Ministerului Sănătății, 2 reprezentanți ai autorităților locale, dintre care unul expert financiar și unul director de spital, 2 reprezentanți ai universității pentru spitalele universitare, 2 reprezentanți ai comunității de afaceri desemnați de sindicatele naționale din branșă. Un lider de sindicat putea fi prezent la ședințe. Toți membrii erau confirmați de MS. Membrii

comitetului consultativ nu trebuiau să se afle în conflict de interese, iar declarația de interese era elaborată de MS. Legea prevedea faptul că acest comitet consultativ trebuia să ia decizii strategice și putea face doar recomandări directorilor, având deci competențe limitate.

Dacă cea mai mare parte a prestatorilor de servicii medicale din asistența medicală primară și secundară (ambulatorie) au fost privatizați, spitalele s-au aflat o bună perioadă de timp în proprietatea statului și în administrarea directă centrală a MS sau a structurilor descentralizate ale acestuia — direcțiile de sănătate publică. Rolul extrem de redus atribuit autorităților locale în administrarea spitalelor explică și aportul financiar limitat pe care acestea îl acordă la rândul lor, fondurile locale contribuind într-o măsură nesemnificativă la bugetul total al spitalelor.

Descentralizarea administrativă a spitalelor a demarat destul de târziu, în 2002, când unele imobile (compuse din construcții și terenurile aferente în care își desfășoară activitatea unitățile sanitare respective) au trecut din domeniul privat al statului și din administrarea MS în domeniul public al județelor, municipiilor, orașelor și comunelor și în administrarea consiliilor județene sau consiliilor locale, după caz, conform Hotărârii Guvernului nr. 866/2002 privind trecerea unor imobile din domeniul privat al statului și din administrarea Ministerului Sănătății în domeniul public al municipiilor, orașelor și comunelor și în administrarea consiliilor locale respective, cu modificările ulterioare, Hotărârii Guvernului nr. 867/2002 privind trecerea unor imobile din domeniul privat al statului și din administrarea Ministerului Sănătății în domeniul public al județelor și în administrarea consiliilor județene respective, cu modificările și completările ulterioare, Hotărârii Guvernului nr. 1.096/2002 privind trecerea imobilelor în care își desfășoară activitatea unele unități sanitare de interes local din domeniul privat al statului și din administrarea Ministerului Sănătății în domeniul public al municipiului București și în administrarea consiliilor locale ale sectoarelor municipiului București și Ordonanței Guvernului nr. 70/2002 privind administrarea unităților sanitare publice de interes județean și local, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 99/2004, cu modificările și completările ulterioare. Acest ultim act normativ stabilește competențele MS, ale direcțiilor de sănătate publică și ale consiliilor județene/locale în ceea ce privește asigurarea resurselor financiare pentru cheltuielile de întreținere și gospodărire, reparații, consolidare, extindere și modernizare a unităților sanitare publice, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație în bugetele locale. În baza acestui act normativ au fost înființate unitățile medico-sociale, în subordinea consiliilor locale sau județene.

Procesul de descentralizare a fost continuat prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 162/2008 privind transferul ansamblului de atribuții și competențe exercitate de Ministerul Sănătății către autoritățile administrației publice locale, cu modificările și completările ulterioare, și a fost impulsionat prin Hotărârea Guvernului nr. 562/2009 pentru aprobarea Strategiei de descentralizare în sistemul de sănătate, care are ca obiective specifice:

— crearea cadrului operațional pentru realizarea descentralizării;

— transferul competențelor privind administrarea unităților sanitare cu paturi și managementul asistenței medicale către autoritățile administrației publice locale sau județene;

— redefinirea rolului MS în elaborarea, implementarea și monitorizarea politicilor de sănătate publică și a reglementărilor necesare funcționării sistemului de sănătate.

În perspectiva descentralizării manageriale, MS a derulat două proiecte-pilot prin care administrarea a 18 dintre cele 42 de spitale publice din capitală și a 4 spitale din Oradea a fost transferată către Consiliul General al Municipiului București și, respectiv, către Consiliul Municipal Oradea. Evaluarea rezultatelor acestor proiecte a arătat că autoritățile administrației publice locale, care au făcut parte din faza-pilot, au demonstrat că posedă capacitatea administrativă pentru a putea realiza managementul asistenței medicale. În consecință, MS a trecut la o etapă superioară a procesului de descentralizare, promovând, începând cu luna iunie 2010, un pachet normativ care conturează cadrul juridic necesar pentru descentralizarea a 370 de spitale publice dintr-un număr total de 433 aflate în rețeaua MS. Astfel, în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 384 din 10 iunie 2010 a fost publicată Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 48/2010 pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății în vederea descentralizării, în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 385 din 10 iunie 2010 a fost publicată Hotărârea Guvernului nr. 529/2010 pentru aprobarea menținerii managementului asistenței medicale la autoritățile administrației publice locale care au desfășurat faze-pilot, precum și a Listei unităților sanitare publice cu paturi pentru care se menține managementul asistenței medicale la autoritățile administrației publice locale și la Primăria Municipiului București și a Listei unităților sanitare publice cu paturi pentru care se transferă managementul asistenței medicale către autoritățile administrației publice locale și către Primăria Municipiului București, cu modificările ulterioare, iar în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 389 din 11 iunie 2010 a fost publicat Ordinul ministrului sănătății nr. 910/2010 pentru aprobarea modelului Protocolului de predare-preluare între direcțiile de sănătate publică și autoritățile administrației publice locale și Primăria Municipiului București în vederea transferului managementului asistenței medicale al unităților sanitare publice. Aceste acte normative vor fi completate cu un set de reglementări secundare care să asigure buna funcționare a instituțiilor sanitare descentralizate.

Finanțarea spitalelor

Cheltuielile din sectorul sanitar au fost în România în mod tradițional scăzute, în comparație cu media europeană și chiar a fostelor țări socialiste. Cu toate acestea, în ultimii ani bugetele sanitare au crescut în cifre absolute, de la circa 90 euro/locuitor la peste 200 euro/locuitor în ultimii ani. În ciuda acestei creșteri, România continuă să fie pe unul dintre ultimele locuri din Uniunea Europeană în ceea ce privește resursele alocate sănătății.

Resurse alocate sănătății — euro/locuitor (Eurostat)

| geo | time | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------------------------------|------|------------|------------|------------|------------|
| Belgium | | 2768.05 | 2964.10 | 3041.96 | 3100.94 |
| Bulgaria | | 178.05 | 191.62 | : | 237.07 |
| Czech Republic | | 589.76 | 620.67 | 698.37 | 759.95 |
| Denmark | | 3251.78 | 3446.01 | 3631.54 | 3863.91 |
| Germany (including ex-GDR from 1991) | | 2832.18 | 2829.85 | 2902.02 | 2974.19 |
| Estonia | | 321.65 | 368.64 | 417.22 | 496.67 |
| Spain | | 1518.67 | 1613.16 | 1734.43 | 1860.16 |
| France | | 2799.82 | 2925.90 | 3049.45 | 3149.82 |
| Lithuania | | : | 301.29 | 358.32 | 435.83 |
| Hungary | | 618.08 | 664.83 | 746.07 | 739.34 |
| Netherlands | | 2859.03 | 2991.29 | 3077.00 | 3193.14 |
| Austria | | 2832.80 | 2967.23 | 3062.33 | 3146.03 |
| Poland | | 313.13 | 331.85 | 397.94 | 442.35 |
| Portugal | | 1287.96 | 1368.96 | 1437.29 | 1491.45 |
| Romania | | 120.44 | 140.12 | 190.11 | 203.66 |
| Slovenia | | 1088.73 | 1134.60 | 1202.89 | 1281.61 |
| Finland | | 2232.14 | 2349.20 | 2481.12 | 2585.55 |
| Sweden | | 2904.83 | 2953.46 | 2999.76 | 3168.09 |
| Iceland | | 3482.31 | 3611.11 | 4172.46 | 4001.64 |
| Norway | | 4367.83 | 4377.47 | 4777.27 | : |
| Switzerland | | 4467.95 | 4527.24 | 4576.45 | 4483.15 |
| United States | | 4889.14(p) | 4797.91(p) | 5187.00(p) | 5658.97(p) |
| Japan | | 2371.80 | 2334.58 | 2342.01 | : |

Sectorul spitalicesc din România consumă în mod constant aproximativ 50% din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS) (49,8% în 2007, 48,1% în 2008, 51,2% în 2009 — din datele MS), la care se adaugă fondurile de la MS pentru investiții în infrastructură, dotări cu echipamente medicale și programe naționale de sănătate, precum și fonduri alocate de către autoritățile publice locale.

Toate aceste fonduri duc la o cotă cu mult peste media de 40% alocată pentru spitale în Uniunea Europeană, în pofida faptului că suntem mult sub media europeană la suma alocată pe pat de internare continuă. Pentru marea majoritate a spitalelor, FNUASS continuă să reprezinte o sursă unică sau preponderentă de finanțare, deși încă din anul 2002 s-a creat baza legală prin care autoritățile publice locale puteau contribui la susținerea unor cheltuieli administrative. Din datele recente centralizate de MS, ponderea cheltuielilor provenite de la bugetele locale a reprezentat doar 1,2% din totalul cheltuielilor pentru sănătate (236,3 milioane lei din 19.702 milioane lei total cheltuieli pentru sănătate).

Majoritatea spitalelor sunt finanțate pentru serviciile prestate în primul rând prin contracte încheiate cu casele de asigurări de sănătate din FNUASS, precum și prin alocări bugetare directe de la autoritățile guvernamentale centrale și locale, care

finanțează activități specifice, precum asistența de urgență, serviciile de asistență aferente unor afecțiuni specifice (prin programele naționale de sănătate), și, în cazul unor anumite spitale, activități de training și cercetare. Investițiile de capital sunt finanțate dintr-un buget separat al MS. În plus, spitalele au dreptul să își păstreze propriile încasări generate prin servicii prestate în favoarea persoanelor și întreprinderilor din sectorul privat.

Veniturile CNAS pentru serviciile prestate în beneficiul pacienților reprezintă peste 70% din veniturile totale. Aceste venituri sunt canalizate prin plăți prospective bazate pe grupuri de diagnostic (DRG). Sistemul DRG, prin care se finanțează majoritar spitalele, repartizează pacienții similari în DRG omogene din punctul de vedere al afecțiunii clinice și al resurselor consumate în cadrul tratamentului, iar spitalului îi este plătit un tarif pe caz ponderat (TCP), care reprezintă un cost mediu, antecalculat și ponderat, pentru DRG respectiv. Pentru clasificarea cazurilor se utilizează o versiune a sistemului DRG australian (AR-DRG, versiunea 5.1). Valoarea efectivă a plății pentru fiecare DRG se baza deci pe informațiile culese din sistemul australian. Teoretic, spitalul ar trebui să fie stimulat pentru a se încadra cu costurile cât mai jos sub TCP. Practic, datorită faptului că se utilizau pentru ponderarea acestor tarife

niște date specifice sistemului de sănătate australian, și nu celui românesc, apăreau situații în care tariful plătit de către CNAS nu acoperea costurile totale ale spitalului pentru anumite cazuri, în special acelea mai complicate. Câteva exemple de neconcordanțe generate de actualul sistem DRG:

— sumele plătite de casele de asigurări de sănătate pentru operațiile de adenomectomie de prostată (rezeția tumorii benigne de prostată — o operație care se realizează curent în serviciile obișnuite de urologie și care necesită un nivel mediu de competență și dotare) sunt mai mari decât pentru prostatectomia totală, o operație mult mai amplă, care se realizează pentru tumorile maligne de prostată, doar în clinici specializate și dotate corespunzător;

— cazurile care necesită proceduri de terapie intensivă respiratorie prin ventilație mecanică doar o perioadă mică, de 3 zile, sunt decontate de către sistemul de asigurări de sănătate la fel ca cele care necesită ventilație mecanică 30 de zile;

— există și situații inverse, în care sumele plătite de casele de asigurări de sănătate sunt mai mari: de exemplu, cazurile neurologice pentru pacienții cu accident vascular cerebral sunt foarte bine plătite, deoarece în sistemul australian investigațiile care se efectuează unui astfel de pacient sunt cu mult mai amănunțite și mai numeroase, iar metodele de tratament mai costisitoare (de exemplu, se efectuează în mod curent tratament trombolitic) decât ceea ce se efectuează în mod curent în spitalele din România.

Astfel de situații stimulează spitalele să crească (formal sau chiar fictiv) numărul internărilor pentru cazurile mai simple. Întrucât nu sunt folosite mecanisme pentru controlul internărilor, acestea se fac cu precădere prin internarea pacienților care ar putea fi tratați în ambulatoriu. Acești pacienți necesită cheltuieli mici și reprezintă o bună sursă de venit, însă conduc la o ineficiență generală a sistemului.

Analiza rapoartelor DRG arată că în mod constant o cotă importantă din totalul internărilor este reprezentată de afecțiuni care pot fi și sunt tratate în alte țări la niveluri inferioare de asistență medicală (primară sau ambulatorie). Deoarece nu există o clasificare coerentă a tipurilor de îngrijiri ce se pot realiza și deconta din bani publici la nivelul diferitelor spitale, se ajunge frecvent în situația ca spitale terțiare, înalt performante și costisitoare, să efectueze operații banale care se pot efectua fără riscuri la nivelul unor unități spitalicești cu dotări și competențe de bază, fapt ce duce la utilizarea ineficientă a unor resurse și așa reduse. În plus, majoritatea internărilor din spitalele înalt specializate au loc sub forma internărilor de urgență, fiind vorba în multe cazuri de peste 80% din numărul total al internărilor anuale. Toate aceste aspecte, moștenite practic din perioada comunistă, când spitalul era singurul loc unde se puteau accesa medicamentele gratuite sau serviciile medicale dorite, duc la creșterea cheltuielilor spitalicești, cu diminuarea resurselor pentru celelalte segmente ale asistenței medicale.

În ceea ce privește cheltuielile, reguli rigide leagă numărul de personal de caracteristicile structurii spitalului mai mult decât de activitatea medicală în sine. Costurile cu personalul (salariile) sunt fixe (cu excepția bonusurilor, care sunt variabile), sunt stabilite prin lege și reprezintă, în majoritatea spitalelor, peste 70% din costurile totale. Acest aspect conferă directorilor un nivel redus de control asupra bugetului. În realitate, prima prioritate este plata salariilor. Fondurile rămase sunt alocate utilităților, medicamentelor, materialelor sanitare și altor cheltuieli (hrană, spălătorie, pază).

Spitalul este autorizat să păstreze surplusul creat la finele anului bugetar. Din surplus, 20% se adaugă la fondul de dezvoltare al spitalului, împreună cu amortizarea, activele casate, vândute, sponsorizări și chirii (conform legii). Fondul de dezvoltare poate fi utilizat pentru achiziția de echipamente. Datoriile sunt evidențiate distinct în situația financiară raportată

de spital. Spitalul este supus auditului financiar al MS și al Curții de Conturi.

Managementul spitalelor

Administrarea unui spital este asigurată de un manager (persoană fizică sau juridică). Contractul de management este semnat pe o perioadă de 3 ani, incluzând indicatori de performanță, care sunt evaluați în fiecare an. Înainte de adoptarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 48/2010, administrarea spitalelor era grevată de același centralism și aceeași rigiditate. Astfel, managerul era numit de MS după promovarea unui concurs/examen. Managerul aplica reglementările privind personalul și putea propune modificări ale organizării spitalului, însă acestea trebuiau aprobate de MS. Deciziile manageriale erau discutate cu un comitet director ale cărui atribuții erau stabilite tot de MS. Comitetul director, conform reglementărilor anterioare, era format din manager, directorul medical, directorul responsabil cu personalul auxiliar și directorul financiar, precum și directorul responsabil cu cercetarea în cazul spitalelor universitare, numiți de directorul spitalului după promovarea unui concurs sau examen, după caz.

Șefii de secții erau numiți de managerul spitalului după promovarea unui concurs/examen, aprobat de MS. În secțiile, laboratoarele sau serviciile medicale clinice, funcția de șef de secție, șef de laborator sau șef de serviciu medical se ocupa de cadrul didactic cu gradul cel mai mare de predare, la recomandarea senatului instituției de învățământ medical superioare în cauză, cu avizul managerului spitalului și cu aprobarea MS.

Toate aceste prevederi indică un sistem care este apreciat de către experții independenți ca fiind „centralizat, birocratic și rigid, în care aproape toate deciziile de management și guvernare trebuie aprobate la nivel central de MS. Managerii de spital nu au autoritatea necesară pentru a organiza și a conduce în mod eficace resursele de personal, în conformitate cu schimbările cerute de nevoile de sănătate ale populației. Managerii nu pot efectua transferuri de personal între spitale, reduceri ale personalului conform strategiei, redirecționarea personalului către alte programe de îngrijire, impunerea reorientării profesionale a acestuia în vederea adaptării la noile roluri și așa mai departe. Un astfel de mediu nu conduce la management eficient și adecvat și nu conferă conducerii unui spital puterea de a reacționa la solicitările populației sau la condițiile pieței, aflată în rapidă schimbare” („România — asistență tehnică pentru sprijinirea actualizării strategiei spitalicești” — J. Pikani, D.I. Sava, august 2009). Un alt aspect subliniat de către experții citați este acela că, în ciuda existenței criteriilor pe care managerii trebuie să le îndeplinească pentru a fi angajați și a sistemelor de măsurare a performanțelor, „schimbări ale conducerii spitalelor au loc deseori după alegeri și după modificări ale alianțelor în balanța politică locală și/sau națională, indicând faptul că politicul joacă un rol în alegerea directorilor de spitale”.

CAPITOLUL II

Măsuri întreprinse până în prezent și planificate a se implementa în cadrul procesului de reformă spitalicească

A. Reducerea capacității excedentare de internare

Conform rapoartelor prezentate de către experții Băncii Mondiale, rata de internare era ridicată — 215,13/1.000 de locuitori, precum și numărul de paturi — 6,4/1.000 de locuitori, comparativ cu o medie a țărilor din Uniunea Europeană de circa 5,86/1.000 de locuitori. Unele studii sugerează că aproximativ 40% din cazurile internate ar fi putut fi tratate în asistență de zi sau ambulatoriu. Rata intervențiilor chirurgicale este deosebit de ridicată, iar costul medicamentelor și produselor farmaceutice rămâne ridicat și crește în fiecare an. Rămân și problemele privind echitatea accesului la servicii medicale pentru

persoanele care locuiesc în zonele rurale izolate. Abordarea acestor obstacole necesită o strategie multidirecțională, care include raționalizarea infrastructurii spitalicești și măsuri pentru consolidarea sistemului de asistență ambulatorie. În acest sens, un rol fundamental în această strategie revine reorganizării spitalelor, realizată în paralel cu descentralizarea acestora, pe baza criteriilor de eficiență, cu menținerea accesibilității serviciilor spitalicești.

Prin ordin al ministrului sănătății, încă din luna februarie 2010 a fost dispusă demararea unei ample analize a activității și a structurii spitalelor românești, scop în care 3 comisii conduse de secretarii de stat și de subsecretarul de stat s-au deplasat în teritoriu și au realizat o evaluare complexă a sistemului spitalicesc. În cursul evaluării și al analizelor efectuate ulterior au avut loc consultări extinse cu conducerea unităților sanitare și ale direcțiilor de sănătate publică și cu reprezentanții administrațiilor publice locale. Toate propunerile înaintate au avut la bază evaluarea comparativă a indicatorilor de activitate de la nivelul fiecărei secții din spitalele respective și au respectat principiul potrivit căruia aceste modificări nu trebuie să afecteze calitatea asistenței medicale acordate pacienților.

Pe baza rapoartelor celor 3 comisii s-au luat măsurile necesare pentru micșorarea capacității excedentare de internare a spitalelor din România, prin reducerea unui număr de aproximativ 9.200 de paturi la nivel național. Această măsură nu afectează acordarea asistenței medicale pacienților, deoarece ea vizează, cu prioritate, reducerea numărului de paturi fie din secțiile în cazul cărora valorile indicatorilor permit o menținere a numărului de servicii medicale chiar și după reducerea propusă, fie din secțiile care pot furniza serviciile medicale și în regim ambulatoriu, de exemplu secțiile de dermatologie, oftalmologie, boli interne, diabet etc. Aceste măsuri au fost deja implementate înainte de descentralizarea spitalelor, astfel încât autoritățile locale să preia niște unități sanitare restructurate, mai eficiente.

În conformitate cu art. 169 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, MS a elaborat și urmează să implementeze „Planul național de paturi”, astfel încât România să se apropie de media europeană, prin reducerea numărului de paturi aprobate pentru contractare cu casele de asigurări de sănătate, atât pentru segmentul spitalelor publice, cât și pentru segmentul celor private, la 125.639 de paturi în anul 2012.

B. Descentralizarea managerială

Prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 48/2010 pentru descentralizarea sistemului sanitar s-a realizat transferul unui număr semnificativ de spitale (370 din totalul de 433) în administrarea consiliilor locale și județene. De asemenea, un alt aspect important pentru descentralizare îl reprezintă prevederea din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 48/2010 conform căreia managerul unității va încheia contractul de management cu conducerea administrației locale, și nu cu ministrul sănătății, cum se întâmpla înainte de adoptarea acestui act normativ.

După descentralizare spitalele vor fi finanțate în continuare din FNUASS, de la bugetele locale și de la bugetul de stat, prin bugetul MS, în cazul programelor naționale de sănătate, achizițiilor de echipamente performante, unităților de urgență și activităților de cercetare.

MS va continua să administreze institute naționale de cercetare, institute clinice și o rețea de spitale clinice județene și spitale clinice municipale, cu scopul de a putea asigura permanența la urgență de înaltă calificare, intervenții de înaltă calificare și forța majoră.

În cadrul procesului de descentralizare, MS va urmări prezervarea capacității de acțiune integrată a componentelor județene ale sistemului național de asistență medicală de urgență. În acest sens, unitățile și compartimentele de primiri urgențe din cadrul spitalelor au rămas în continuare finanțate de

la bugetul de stat, vor fi supuse controlului și monitorizării MS și ale direcțiilor de sănătate publică, iar structura lor organizatorică și de personal nu va putea fi modificată decât cu aprobarea sau la inițiativa MS.

În acest sens MS a inițiat procesele de delegare a managementului spitalului privind modificarea structurii și a personalului și deciziile privind realocarea internă a resurselor bugetare, oferind în acest sens flexibilitatea necesară implementării schimbărilor impuse de strategie. Astfel, Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 48/2010 prevede că managerul este cel care înaintează propunerea privind structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea, schimbarea sediului și a denumirii unității, iar aprobarea acesteia este de competența conducătorului instituției superioare ierarhic (primarul sau președintele consiliului județean, în cazul spitalelor descentralizate), cu avizul MS.

De asemenea, prin prevederea amintită s-a modificat și structura de conducere a spitalelor, prin apariția consiliilor de administrație, organisme care au atribuții și competențe efective în coordonarea managementului unității sanitare. Conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 48/2010, consiliul de administrație are ca atribuții avizarea bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului și a situațiilor financiare, organizarea concursului pentru ocuparea funcției de manager, aprobarea măsurilor pentru dezvoltarea activității spitalului în concordanță cu nevoile de servicii medicale ale populației, avizarea programului anual al achizițiilor, analizarea modului de îndeplinire a obligațiilor de către membrii comitetului director și a activității managerului și chiar propunerea de revocare din funcție a managerului și a celorlalți membri ai comitetului director, în caz de incompatibilitate, culpă gravă sau nerealizare a indicatorilor de performanță. În același timp se stabilește în mod diferit componența consiliului de administrație al spitalului pentru unitățile sanitare aflate în subordinea autorităților administrației publice locale și pentru celelalte unități sanitare, astfel încât autoritatea ierarhică superioară spitalului să poată avea majoritatea necesară pentru adoptarea deciziilor în consiliul de administrație. Astfel, pentru spitalele al căror management a fost descentralizat, 2 dintre cei 5 membri ai consiliului de administrație vor fi numiți de consiliul județean sau local, iar un reprezentant va fi numit de primar sau de președintele consiliului județean, după caz.

C. Clasificarea spitalelor

În momentul de față, în România se operează cu o multitudine de clasificări ale spitalelor. Numai în Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, sunt enumerate o serie de clasificări, în funcție de criteriul regional (regionale, județene, locale), de specificul patologiei (generale, de urgență, de specialitate, pentru afecțiuni cronice), de regimul proprietății (publice, private, publice cu secții private) sau din punctul de vedere al învățământului medical și cercetării (spitale clinice, institute). În multe cazuri aceste clasificări se întrepătrund, se suprapun sau se amestecă (unele spitale județene pot fi considerate și regionale, sunt și clinice, și de urgență și pot fi și instituții publice cu secții private). Nu există o clasificare simplă care să permită o reprezentare coerentă a rețelei spitalicești. Urmând recomandările Băncii Mondiale, spitalele vor fi clasificate în 5 categorii:

— spitale de categoria V: nivel de competență limitat — spitale care asigură, după caz, următoarele servicii medicale: servicii medicale pentru îngrijirea bolnavilor cronici, servicii medicale într-o singură specialitate sau servicii paliative;

— spitale de categoria IV: nivel de competență bazal — spitale care deservesc populația pe o rază administrativ-teritorială limitată, pentru afecțiuni cu grad mic de complexitate;

— spitale de categoria III: nivel de competență mediu — spitale care deservesc populația județului din aria administrativ-

teritorială în care își au sediul și, doar prin excepție, din județele limitrofe, pentru afecțiuni cu grad mediu de complexitate;

— spitale de categoria II: nivel de competență înalt — spitale care deservește populația județului din aria lor administrativ-teritorială, precum și din județele limitrofe, cu nivel înalt de dotare și încadrare cu resurse umane, și care asigură furnizarea serviciilor medicale cu grad mare de complexitate;

— spitale de categoria I: nivel de competență foarte înalt — spitale care asigură asistența medicală la nivel regional, deservind populația județului din aria lor administrativ-teritorială, precum și alte județe, cu cel mai înalt nivel de dotare și încadrare cu resurse umane, și care asigură furnizarea serviciilor medicale cu grad de complexitate foarte înalt.

Pentru păstrarea funcționalității sistemului național de urgență, inclusiv din punctul de vedere al finanțării care este asigurată cu surse de finanțare distincte din bugetul MS, se va utiliza în continuare clasificarea spitalelor de urgență prevăzută prin Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.764/2006 privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor de urgență locale, județene și regionale din punctul de vedere al competențelor, resurselor materiale și umane și al capacității lor de a asigura asistența medicală de urgență și îngrijirile medicale definitive pacienților aflați în stare critică.

Avantajele adoptării acestei clasificări sunt:

— completarea finanțării existente cu ajustarea finanțării pe unele domenii, pe niveluri de competență și de performanță (de exemplu, bolnavul transferat/internat direct în secția ATI), păstrând însă metodologia unică națională de finanțare (TCP unic la nivel național);

— scăderea costurilor de tratament, prin evitarea internării la niveluri inferioare de asistență spitalicească a pacienților cu patologii complexe, care nu pot fi rezolvați la acel nivel;

— creșterea eficienței funcționării spitalelor, prin evitarea suprapunerilor și paralelismelor cu alte unități spitalicești;

— asigurarea accesului echitabil al cetățenilor la serviciile medicale;

— clarificarea opțiunilor MS referitoare la investiții și la dotarea cu echipamente medicale, precum și a finanțării instituțiilor spitalicești în relația cu CNAS;

— crearea premisei unui sistem de atribuire transparentă a fondurilor de dezvoltare existente, prin cerere de finanțare tipizată, la care pot fi invitate diferite categorii de spitale, conform posibilităților și necesităților de dezvoltare la nivel național;

— identificarea serviciilor neclasificabile, nefinanțabile din FNUASS.

Pornind de la clasificarea de mai sus se pot stabili pentru fiecare nivel care sunt competențele și criteriile de acceptare la finanțare pentru tratamentul diferitelor patologii.

D. Elaborarea Planului național privind spitalele și a planurilor regionale și locale privind spitalele

Clasificarea va permite elaborarea de standarde minime de dotare cu echipamente medicale și planificarea achizițiilor viitoare de aparatură medicală și se va realiza în paralel cu elaborarea Planului național privind spitalele, care este absolut necesar pentru păstrarea coerenței funcționale a sistemului în contextul descentralizării unităților spitalicești. Acest masterplan național va prevedea etapele de dezvoltare a asistenței medicale și modelarea acesteia în funcție de necesitățile de servicii spitalicești, care se află în permanentă schimbare. Acesta va avea în vedere ca principii:

a) accesul echitabil la servicii specializate pentru afecțiuni acute, în maximum o oră în condiții meteorologice normale;

b) o distribuție optimă a echipamentelor de diagnostic și tratament;

c) ca dimensiunea și structura zonei de acoperire să fie optime, iar spitalele pentru afecțiuni acute să fie situate în centrul natural al regiunii.

Acest masterplan de dezvoltare a spitalelor va trebui să asigure corelarea dintre cererea de servicii medicale a populației și serviciile clinice care trebuie implementate, într-o abordare pe criterii geografic-teritoriale și de ierarhizare a trimerilor pentru diferite patologii.

Pentru a putea corecta diferențele geografice existente, Planul național privind spitalele va propune diferitele specializări medicale care trebuie implementate, pentru fiecare dintre cele 3 niveluri de organizare a îngrijirilor medicale spitalicești (local, județean și regional).

În principiu, la nivel județean vor exista specializări medicale și chirurgicale de bază, inclusiv urgențe, terapie intensivă și transport medical de urgență. La nivel regional, planul va defini specializările medicale și chirurgicale bazate pe tehnologie performantă, inclusiv cele referitoare la pacienții arși, chirurgia pe cord și transplanturi, care trebuie introduse sau dezvoltate, pe baza studiilor epidemiologice care prezintă nevoile reale de îngrijiri medicale ale populației. Nevoile de îngrijiri medicale pot fi diferite de la o regiune la alta, acest lucru însemnând că pot exista diferențe în ceea ce privește numărul sau anvergura serviciilor medicale care trebuie implementate.

Planul național privind spitalele va reprezenta instrumentul-cheie de management pentru facilitățile de acordare a îngrijirilor medicale spitalicești, în funcție de care se vor dezvolta diferitele proiecte spitalicești, inclusiv restructurarea, închiderea unor spitale sau construirea altora noi.

Clasificarea spitalelor și elaborarea Planului național privind spitalele vor permite stabilirea protocoalelor de transfer interspitalicesc și astfel se vor putea elabora planurile regionale de dezvoltare a rețelei spitalicești, care să individualizeze pentru fiecare spital aria deservită (dar fără să fie afectat dreptul fiecărui pacient la libera alegere a furnizorului de servicii medicale), ierarhizarea, modul de trimitere și să planifice din timp investițiile spitalicești noi sau de modernizare, în funcție de necesitățile reale, având la bază studii de fezabilitate bine fundamentate.

Ulterior sau chiar simultan cu întocmirea Planului național privind spitalele se vor elabora planuri regionale și locale, precum și studii complete de fezabilitate pentru eventualele spitale necesare. Aceste planuri, după evaluarea necesarului de servicii și a potențialului de acoperire a acestora de către structurile de asistență medicală, trebuie să stabilească regulile de interacțiune atât la nivel interspitalicesc, cât și cu rețeaua de asistență primară și ambulatorie, precum și o proiecție viitoare în perspectiva imediată și medie a capacităților de asistență medicală specializată și a celor de ambulanță și transport medical. Pe baza acestor previziuni, planurile vor include și o componentă de finanțare.

O altă componentă a procesului de planificare a rețelei spitalicești, și anume stabilirea planului național de paturi pe o perioadă de 3 ani, a fost realizată pentru prima dată de MS, care a propus un proiect de act normativ care asigură, în perspectiva anului 2013, apropierea numărului de paturi raportat la populație de media acestui indicator înregistrată în Uniunea Europeană.

E. Egalizarea tarifului pe caz ponderat (TCP) și revizuirea finanțării pe paturi de bolnavi cronici

Fiind o finanțare progresivă, introducerea finanțării serviciilor spitalicești pe bază de DRG în România a schimbat viziunea managementului spitalicesc. De la introducerea finanțării acestor servicii prin sistemul DRG, când TCP au fost calculate inițial pe baza finanțării istorice, aproape în fiecare an s-a încercat egalizarea și apropierea tarifelor plătite de costurile reale. Astfel, la nivelul anului 2010, raportul dintre TCP minim și maxim a ajuns la aproximativ 1,7.

Din punct de vedere financiar, descentralizarea a avut în prim-plan cele mai importante două principii ale unei politici de sănătate, și anume: echitatea și sustenabilitatea finanțării serviciilor medicale.

Pentru respectarea principiilor invocate mai sus la descentralizarea unităților medicale cu paturi, MS a inițiat egalizarea TCP, scopul fiind plată egală pentru toate unitățile la cazurile similare de complexitate medicală. Această egalizare a TCP s-a implementat prin prevederile contractului-cadru pe anul 2010, pe baza următoarelor principii:

— utilizarea ca punct de pornire în calcularea TCP pentru anul 2010 a TCP 2009 din Normele contractului-cadru din anul 2009 ale fiecărui spital;

— pentru realizarea obiectivului de egalizare a tarifelor pe caz ponderat în anul 2010 s-a optat pentru compararea TCP al fiecărui spital cu TCP național și folosirea principiului intervalului de risc utilizat și în anii anteriori;

— în vederea utilizării unui tarif unic național s-a decis ca toate spitalele cu un tarif mai mic decât cel național să beneficieze de o creștere și egalizare a TCP la nivelul TCP mediu național;

— pentru a face sustenabilă utilizarea unui TCP național cu funcționarea spitalelor care au avut istoric un TCP mai mare, s-a decis ca aceste spitale să nu aibă scăderi de tarife până la nivelul TCP național, ci să beneficieze de aplicarea intervalului de risc prin care să aibă o reducere de maximum 5% a TCP.

Acest prim pas în direcția unei finanțări pe baze echitabile va fi continuat în contractele-cadru viitoare, având la bază aceleași principii enunțate mai sus. De asemenea, pentru diminuarea unei alte surse de inechitate de finanțare se va avea în vedere și dezvoltarea unei strategii privind îngrijirile spitalicești de tip cronic, care să prevadă și o regândire a modalității de finanțare pentru aceste tipuri de îngrijiri.

F. Revizuirea finanțării spitalelor prin sistemul DRG

Sistemul DRG, prin care se finanțează majoritar spitalele, repartizează pacienții similari în grupuri de diagnostic omogene din punctul de vedere al afecțiunii clinice și al resurselor consumate în cadrul tratamentului, exprimat prin valoarea relativă a grupului, iar plata serviciului realizat de spital se realizează prin înmulțirea valorii relative cu un TCP, care reprezintă un cost mediu, antecalculat pentru toate grupurile de diagnostic.

Spitalul este stimulat pentru a se încadra cu costul mediu cât mai jos sub TCP. Datorită faptului că nu există valori relative naționale care să se bazeze pe costurile reale relative, se utilizează valori preluate și corelate parțial, care sunt specifice mai mult sistemului de sănătate australian, și nu celui românesc. Una dintre explicațiile inechităților de finanțare între specialități, implicit spitale, și creșterii arieratelor spitalelor clinice în decursul anilor se datorează atât valorilor relative preluate, cât și tarifului plătit de către CNAS care nu acoperă costurile medii ale spitalului, în special la cazurile mai complicate, cu durată lungă de spitalizare. Mecanismele enumerate stimulează spitalele să crească (formal sau chiar fictiv) numărul internărilor pentru cazurile mai simple.

Au fost sau vor fi implementate următoarele seturi de măsuri pentru sistemul DRG:

a) Redefinirea fundamentelor financiare ale procesului DRG prin dezvoltarea ponderilor de costuri și a valorilor relative românești. Este un proces de complexitate mare, care presupune colectarea și procesarea unei cantități mari de informații financiare, precum și implicarea activă a personalului medical, însă există o bogată experiență internațională de care se poate beneficia. Impulsionarea demarării acestui proces de către MS prin alocare de fonduri, stabilirea strategiei aplicabile împreună cu CNAS și cu Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București poate crea condițiile de aplicare a noilor valori relative românești, TCP corelate cu posibilitățile financiare, program de grupare RO.vi.DRG 1.0 chiar începând cu anul 2011. În acest sens, prin ordin al ministrului sănătății a fost constituit în anul

2010 grupul de lucru pentru elaborarea propunerii privind sistemul românesc DRG, care, pornind de la clasificare DRG australiană, a elaborat o variantă intermediară privind sistemul românesc de clasificare DRG — RO.vi.DRG. Această variantă a fost aprobată prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.027/2010 privind introducerea și utilizarea clasificării RO.vi.DRG, cu modificările ulterioare. În cursul anului 2011 se vor relua activitățile de măsurare a costurilor reale românești prin revizuirea metodologiei, prin stabilirea unor termene-limită, cu scopul evitării eșecului din anii precedenți.

b) Ghidurile de practică reprezintă instrumente recunoscute de îmbunătățire a calității îngrijirilor, în special a celor mai complexe, trebuind introduse stimulente pentru aplicarea acestora. De exemplu, odată ce MS declară că un ghid de practică se aplică pentru o anumită specialitate, spitalul va primi rambursarea corespunzătoare a serviciilor furnizate numai dacă poate dovedi că folosește în mod curent ghidurile aprobate.

Introducerea acestei măsuri va impune o anumită disciplină în modul de abordare a tratamentului, cunoscută fiind oferta destul de largă a produselor farmaceutice, în sensul aplicării celui mai eficient tratament cu costurile cele mai scăzute.

În anii 2009 și 2010 au fost aprobate 21 de ordine ale ministrului sănătății care cuprind un număr de 206 ghiduri de practică medicală, iar activitatea de elaborare a acestora de către comisiile de specialitate ale MS va continua într-un ritm accelerat. Aceste ghiduri vor sta la baza elaborării protocoalelor terapeutice, a protocoalelor de transfer al pacienților și a protocoalelor de internare cuprinzătoare pentru fiecare tip de îngrijiri, ținând cont de datele care sugerează probleme serioase la nivelul internărilor (una dintre cele mai mari rate de internări în urgențe din Uniunea Europeană, indici de operabilitate scăzuți sub 30% în unele secțiile de chirurgie, față de limita acceptată la nivel internațional de minimum 70% etc.).

c) Dezvoltarea și implementarea unui set de indicatori de calitate, corelați cu stimulente financiare pentru atingerea lor, în asistența spitalicească. „Sistemele de plată tip DRG sunt criticate deoarece ele nu țin cont de calitatea serviciilor sau de rezultatele clinice, ci se concentrează doar asupra activităților și volumelor. Însă în România nu creșterea volumului serviciilor spitalicești este necesară, ci o îmbunătățire a eficienței și a calității acestora”, se subliniază în raportul „România — mecanismele de plată a furnizorilor — aspecte și opțiuni pentru reformă”, redactat în septembrie 2009 de Robert Dredge, consultant al Băncii Mondiale. Același raport menționează că „definirea și determinarea calității sunt dificile. Totuși există indicatori recunoscuți și indicatori dedicați care au fost dezvoltați și utilizați în scopul încurajării și stimulării calității în detrimentul cantității în sistemele de asistență medicală. În multe state a fost introdus în spitale sistemul Plată pentru performanță (P4P), care a fost analizat și raportat în lucrări academice. Astfel de stimulente cresc sau reduc plățile efectuate către spitale pe baza măsurătorilor efectuate în funcție de un set predeterminat și măsurabil de indicatori.” Pe baza modelelor deja existente în Statele Unite ale Americii sau Marea Britanie se va adopta un număr redus, dar important de indicatori măsurabili de calitate, care vor modula plățile efectuate către spitale. Experiența arată că prin acest sistem spitalele sunt stimulate să își crească nivelul calitativ al serviciilor furnizate pacienților.

d) Introducerea unor modalități de stimulare a dezvoltării serviciilor spitalizare de zi este o altă măsură care poate fi luată rapid. Referitor la acest aspect, Robert Dredge, în raportul menționat mai sus, arată că „în prezent, în spitale există prea puține stimulente pentru tratarea pacienților în asistență de zi. Echilibrul financiar este încă înclinat foarte puternic spre internarea pacienților. Acest fapt este consolidat de valoarea relativă a tarifelor respective și, de asemenea, de cerința impusă spitalelor de a avea un număr fix de paturi și o rată minimă de

ocupare. Impactul combinat al acestor considerente este acela că spitalele sunt prea mari și au prea multe paturi. Există pacienți care aprobă această practică, în special cei foarte săraci sau cei cu un domiciliu de o calitate redusă. Există dovezi anecdotice care ilustrează că acești pacienți preferă să rămână în spital pentru lungi perioade de timp, în special în timpul iernii, și drept urmare ei s-ar putea opune unor servicii mai eficiente din acest punct de vedere”.

Pe baza experienței internaționale se va întocmi o listă pozitivă cu tipurile de DRG care permit tratamente de zi, iar plățile se vor face pe bază de procedură, nu de servicii.

G. Stabilirea criteriilor unitare de finanțare din fonduri publice a serviciilor oferite de sectorul privat în unități spitalicești și ambulatorii

MS va acționa pentru facilitarea dezvoltării ofertelor de servicii de sănătate complementare prin menținerea neutralității sectoriale public-private, prin creșterea transparenței metodelor de finanțare, dar fără să fie lezată principiul solidarității, principiul fundamental caracteristic al sectorului public.

Dezvoltarea sistemului medical privat din ultimul timp a înregistrat o evoluție semnificativă prin apariția de unități private cu profil spitalicesc. Din datele existente la nivelul MS, în anul 2009 peste 40 de unități private spitalicești erau în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, în 2010 numărul lor ajungând la 52, iar actualul sistem de finanțare permite decontarea aceluiași caz la valori chiar mai mari pentru sectorul privat decât pentru cel public. În contextul crizei financiare care acutizează subfinanțarea cronică a sectorului medical, apariția de noi actori privați care concurează cu spitalele publice în accesarea fondurilor sistemului de asigurări de sănătate aduce în discuție aspecte noi cu privire la stabilirea unor norme echitabile de finanțare, care să nu permită debalansarea sistemului. Spre exemplu, unitățile private pot să refuze acordarea de servicii medicale pacienților la care riscul de complicații potențiale ridicat poate previziona o depășire a unui plafon prestabilit al cheltuielilor. Același lucru nu poate fi luat în considerare în cazul unităților publice, care trebuie să acorde asistență de specialitate la toți solicitanții, fără să ia în considerare aspectele legate de costurile potențiale ulterioare.

CNAS a realizat pași importanți în direcția stabilirii unor criterii unitare de finanțare a serviciilor publice și private.

Un alt aspect negativ constatat este că desfășurarea în paralel a activității personalului medico-sanitar, atât în instituțiile publice, cât și în cele private, permite apariția situațiilor în care un serviciu este plătit încă o dată, la cabinetul privat, deși el este efectuat practic în unitatea publică. În acest sens, MS intenționează să propună și măsuri ferme pentru reglementarea strictă a condițiilor în care personalul medical își poate desfășura activitatea în sectorul privat și în cel public, pentru a evita competiția inechitabilă și conflictul de interese potențial al angajaților din cele două sisteme, care se desfășoară de cele mai multe ori în detrimentul sistemului public.

H. Reorganizarea și restructurarea rețelei spitalicești

În ampla analiză „Elaborarea unei strategii pentru dezvoltarea infrastructurii spitalicești în România”, proiect finanțat prin fonduri PHARE și redactat de o echipă internațională de experți compusă din Elisabeth Antunes (Portugalia), Patrick Mordelet (Franța) și Tony De Groote (Belgia), se subliniază următoarele: „Cu o reorganizare rațională și atentă a sectorului spitalicesc, mai multe unități spitalicești vor deveni redundante în următorii ani și acestea par să fie candidații ideali pentru convertirea în unități pentru asistență socială și pentru vârstnici. Asistența acordată în asemenea cazuri, în structuri cu un nivel tehnic scăzut, se concretizează prin reducerea costului per caz și reprezintă astfel o economie considerabilă pentru sectorul sanitar.”

Referitor la aceste măsuri, în recenzia „Strategia națională privind raționalizarea spitalelor, comentarii ale echipei Băncii

Mondiale”, redactată sub coordonarea expertului Antonio Duran, se menționează: „Obiectivele strategiei de restructurare a sectorului spitalicesc în funcție de nevoile populației prin (i) stabilirea nivelurilor clare de responsabilitate și clasificarea pe tipuri de spitale și (ii) închiderea sau convertirea unităților «ineficiente» sunt oportune.”

În urma analizei activității și structurii spitalelor vor fi stabilite măsuri de reorganizare a unităților sanitare cu paturi care nu pot asigura continuitatea asistenței medicale.

Astfel, unitățile sanitare cu paturi vor fi propuse pentru reorganizare, inclusiv comasare prin fuziune cu un alt spital în vederea creșterii eficienței, cu stabilirea spitalului învecinat care va prelua sarcina deservirii populației din zonă.

Activitatea de comasare se va derula în parteneriat cu autoritățile administrației publice locale. MS și CNAS vor susține prin mecanisme decizionale aceste reorganizări, inclusiv modularea unor mecanisme financiare.

O altă modalitate de reorganizare este reprezentată de desființarea unor unități sanitare și transformarea în cămine pentru persoane vârstnice. Împreună cu Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale a fost elaborat un program guvernamental — Program de interes național „Dezvoltarea rețelei de cămine pentru persoane vârstnice”, pentru asigurarea necesarului financiar de funcționare a căminelor pentru persoane vârstnice rezultate prin reprofilarea unor unități sanitare cu paturi. În ceea ce privește cheltuielile pentru investițiile necesare reprofilării, acestea vor fi evaluate pentru fiecare caz în parte de către specialiștii autorităților publice locale și ai Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, existând posibilitatea accesării de fonduri europene structurale pentru acest scop.

Unitățile sanitare eligibile pentru a face parte din Programul de interes național „Dezvoltarea rețelei de cămine pentru persoane vârstnice” vor fi finanțate de către Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale și nu vor încheia contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate județene.

Totodată, prin transferul asistenței pentru cazurile sociale și al celor care implică persoane vârstnice către unități de îngrijire sau medico-sociale se vor elibera paturile de spital care sunt în prezent ocupate de aceste tipuri de pacienți, nu doar în spitalele de boli cronice, dar și în cele de boli acute, din cauza lipsei alternativei pentru o asistență adecvată.

CAPITOLUL III

Metodologie de selecție

Conform prevederilor art. 2 din ordinul ministrului sănătății privind constituirea comisiei de selecție a unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate și pentru aprobarea criteriilor de selectare a acestora, criteriile obiective pe baza cărora comisia de selecție (*comisia*) propune lista unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru neîndeplinirea unuia dintre acestea sunt următoarele:

a) asigurarea serviciilor spitalicești corespunzător structurii organizatorice aprobate în condițiile legii, inclusiv complexitatea acestora;

b) asigurarea continuității asistenței medicale cu personal de specialitate pentru toate liniile de gardă aprobate;

c) modelarea în baza criteriilor de clasificare a spitalelor în funcție de competență;

d) distanța față de spitale cu nivel superior de competență;

e) încadrarea cu personal medical de specialitate, conform prevederilor legale în vigoare;

f) accesibilitatea populației din zona deservită la servicii medicale de urgență prespitalicească și transport sanitar;

g) accesibilitatea populației din zona deservită la servicii medicale de specialitate la nivelul județului;

h) caracterul de unicitate al unității sanitare la nivel județean/zonal;

i) starea fizică și juridică a imobilelor în care își desfășoară activitatea unitatea sanitară;

j) alte criterii identificate de comisie.

În cursul dezbaterilor și analizelor din comisie s-a arătat că pentru majoritatea spitalelor cu peste 130 de paturi aceste criterii sunt îndeplinite. În consecință, comisia a analizat, cu precădere, unitățile sanitare care au sub 130 de paturi. Față de acestea prevedere, a fost luat în discuție suplimentar Spitalul Clinic Caritas, unde există o propunere specifică din partea Primăriei Generale a Municipiului București, datorită faptului că imobilul este retrocedat.

S-au avut în vedere, în primul rând: structura organizatorică aprobată prin ordin al ministrului sănătății, ultimele date privind încadrarea cu personal, dar mai ales modul de acoperire, funcționalitatea și numărul liniilor de gardă, complexitatea activității unităților finanțate în sistemul DRG, relevată prin indicele de complexitate al cazurilor (ICM).

De asemenea, a fost analizată și capacitatea unității de rezolvare a cazurilor mai complexe, prin evaluarea în paralel a indicatorilor calitativi „Procent bolnavi externați, reinternați în alt spital, pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare”, „Procent bolnavi transferați în alt spital, pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la internare” și „Procent bolnavi externați, reinternați în același spital, pentru patologie de același tip, într-un interval de 48 de ore de la externare”.

Un alt punct important avut în vedere a fost modul de suplere a unei eventuale reorganizări a unității, atât prin organizarea altor tipuri de asistență medicală, în principal asistență de urgență și transport medical, cât și prin distanța față de cel mai apropiat spital de rang superior pentru preluarea cazurilor grave și a personalului de specialitate. Aspectele menționate au fost analizate atât pe baza hărților cu situarea unităților din fiecare județ, cât și pe baza experienței directe pe care membrii comisiei au avut-o în decursul timpului prin inspectarea la fața locului a unităților respective.

Datele au fost sintetizate într-un tabel, pentru o mai bună și facilă prezentare. Pentru unitățile care au fost selecționate, au fost întocmite fișe sintetice cu informații cât mai complete referitoare la motivarea propunerii, situație, populație deservită, situația patrimonială, structura organizatorică, încadrarea cu personal, numărul de linii de gardă etc., pe baza raportărilor unităților sanitare și a datelor deținute de direcțiile de specialitate din cadrul MS și al CNAS.

Tabelul, fișele menționate, listele cu indicatorii de calitate și hărțile cu poziționarea unităților sanitare sunt materiale suplimentare de lucru ale comisiei și stau la baza hotărârii și a inițierii propunerii acesteia.

De asemenea, comisia a utilizat atât datele, informațiile și analizele existente sau realizate de către specialiștii din cadrul MS, cât și pe cele prezentate în cadrul unor lucrări sintetice de analiză realizate de către experți români sau internaționali, cum sunt:

— „Strategia națională de raționalizare a serviciilor spitalicești”, 2003, Ray Blight (Banca Mondială);

— „Proiectul GVG de planificare și reglementare a sistemului de servicii de sănătate”, 2004, redactat de compania de consultanță GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und-gestaltung e.V.);

— „Strategia națională de raționalizare a serviciilor de sănătate a Ministerului Sănătății”, aprobată oficial prin Hotărârea Guvernului nr. 1.088/2004 pentru aprobarea Strategiei naționale privind serviciile de sănătate și a Planului de acțiune pentru reforma sectorului de sănătate;

— „Elaborarea unei strategii pentru dezvoltarea infrastructurii spitalicești în România”, proiect PHARE redactat în anul 2007 de o echipă internațională de experți compusă din Elisabeth Antunes (Portugalia), Patrick Mordelet (Franța) și Tony de Groote (Belgia);

— „Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului”, 2008, raportul Comisiei prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România, sub coordonarea prof. dr. Cristian Vlădescu;

— „România — asistență tehnică pentru sprijinirea actualizării strategiei spitalicești”, 2009, raport al experților Băncii Mondiale Jaanus Pikani și Dan Ioan Sava.

Materialele de lucru ale comisiei însumează 909 pagini.

CAPITOLUL IV

Propunere privind lista unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate

Având în vedere criteriile obiective prevăzute la art. 2 din ordinul ministrului sănătății privind constituirea comisiei de selecție a unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate și pentru aprobarea criteriilor de selectare a acestora și aplicând metodologia de selecție din prezentul raport, comisia propune lista unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate, prezentate mai jos:

| | |
|-----|--|
| | Județul Alba |
| 1. | Spitalul Orășenesc Ocna Mureș |
| 2. | Spitalul de Boli Cronice Zlatna |
| 3. | Centrul de Sănătate Baia de Arieș |
| | Județul Arad |
| 4. | Spitalul Comunal Gurahonț |
| 5. | Centrul de Sănătate Chișineu-Criș |
| 6. | Spitalul Orășenesc Sântana |
| | Județul Argeș |
| 7. | Spitalul „Dr. Teja Papahagi” Domnești |
| 8. | Spitalul „Dr. Ion Crăciun” Călinești |
| 9. | Spitalul de Boli Cronice Mozăceni |
| 10. | Spitalul de Boli Cronice Rucăr |
| | Județul Bacău |
| 11. | Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești |

| | |
|-----|--|
| | Județul Bihor |
| 12. | Spitalul Orășenesc Ștei |
| 13. | Centrul de Sănătate Bratca |
| | Județul Bistrița-Năsăud |
| 14. | Centrul de Sănătate Teaca |
| | Județul Botoșani |
| 15. | Sanatoriul de Pneumoftiziologie Guranda |
| 16. | Spitalul Orășenesc Darabani |
| 17. | Spitalul Comunal Trușești |
| | Județul Brașov |
| 18. | Spitalul Municipal Săcele |
| 19. | Spitalul de Boli Cronice Victoria |
| 20. | Spitalul Municipal Codlea |
| | Județul Brăila |
| | |
| | Județul Buzău |
| 21. | Spitalul Comunal Vintilă Vodă |
| 22. | Centrul de Sănătate Pârscov |
| 23. | Spitalul de Boli Cronice Pătărlagele |
| | Municipiul București |
| 24. | Spitalul Clinic „Caritas Acad. N. Cajal” |
| | Județul Caraș-Severin |
| 25. | Spitalul de Boli Cronice Bocșa |
| 26. | Spitalul Comunal Bozovici |
| 27. | Spitalul Orășenesc Anina |
| | Județul Călărași |
| 28. | Spitalul Orășenesc Budești |
| | Județul Cluj |
| 29. | Centrul de Sănătate Mociu |
| | Județul Constanța |
| 30. | Centrul de Sănătate Băneasa |
| | Județul Covasna |
| | |
| | Județul Dâmbovița |
| 31. | Spitalul Orășenesc Titu |
| | Județul Dolj |
| | |
| | Județul Galați |
| 32. | Spitalul de Boli Cronice Ivești |
| | Județul Giurgiu |
| 33. | Centrul de Sănătate Ghimpați |
| | Județul Gorj |
| 34. | Spitalul Orășenesc Bumbesci-Jiu |
| | Județul Harghita |
| | |
| | Județul Hunedoara |
| 35. | Spitalul de Boli Cronice Petrila |
| 36. | Centrul de Sănătate Călan |
| | Județul Ialomița |
| 37. | Spitalul Orășenesc Țândărei |
| | Județul Iași |
| 38. | Spitalul Orășenesc Târgu Frumos |

| | |
|-----|--|
| | Județul Ilfov |
| 39. | Spitalul Orășenesc „Dr. M. Burghel” Buftea |
| 40. | Spitalul Comunal Periș |
| | Județul Maramureș |
| 41. | Spitalul de Boli Cronice Baia Sprie |
| 42. | Centrul de Sănătate Șomcuta Mare |
| | Județul Mehedinți |
| 43. | Spitalul Orășenesc Strehaia |
| 44. | Spitalul Orășenesc Vânju Mare |
| | Județul Mureș |
| 45. | Spitalul Orășenesc Sărmașu |
| | Județul Neamț |
| 46. | Spitalul Orășenesc Bicaz |
| 47. | Spitalul Orășenesc Roznov |
| | Județul Olt |
| 48. | Centrul de Sănătate Drăgănești-Olt |
| | Județul Prahova |
| 49. | Centrul de Sănătate Bălțesti |
| 50. | Preventoriul TBC Poiana Țapului |
| 51. | Centrul de Sănătate Plopeni |
| 52. | Centrul de Sănătate Urlați |
| | Județul Satu Mare |
| | Județul Sălaj |
| 53. | Spitalul de Boli Cronice Cehu Silvaniei |
| | Județul Sibiu |
| 54. | Spitalul Orășenesc Cisnădie |
| | Județul Suceava |
| 55. | Spitalul de Boli Cronice Solca |
| | Județul Teleorman |
| 56. | Centrul de Sănătate „Regele Carol I” Deparați |
| 57. | Centrul de Sănătate Cervenia |
| 58. | Centrul de Sănătate Furculești |
| | Județul Timiș |
| 59. | Centrul de Sănătate Buziaș |
| 60. | Centrul de Sănătate Ciacova |
| | Județul Tulcea |
| 61. | Spitalul Orășenesc Babadag |
| 62. | Centrul de Sănătate Sulina |
| | Județul Vaslui |
| 63. | Spitalul Orășenesc Negrești |
| 64. | Spitalul de Boli Cronice „Dr. I. T. Nicolaescu” Tutova |
| | Județul Vâlcea |
| 65. | Spitalul Orășenesc Bălcești |
| | Județul Vrancea |
| 66. | Spitalul Orășenesc Mărășești |
| 67. | Spitalul Orășenesc Odobești |

LISTA
unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele
de asigurări de sănătate

| | |
|-----|--|
| | Județul Alba |
| 1. | Spitalul Orășenesc Ocna Mureș |
| 2. | Spitalul de Boli Cronice Zlatna |
| 3. | Centrul de Sănătate Baia de Arieș |
| | Județul Arad |
| 4. | Spitalul Comunal Gurahonț |
| 5. | Centrul de Sănătate Chișineu-Criș |
| 6. | Spitalul Orășenesc Sântana |
| | Județul Argeș |
| 7. | Spitalul „Dr. Teja Papahagi” Domnești |
| 8. | Spitalul „Dr. Ion Crăciun” Călinești |
| 9. | Spitalul de Boli Cronice Mozăceni |
| 10. | Spitalul de Boli Cronice Rucăr |
| | Județul Bacău |
| 11. | Spitalul Orășenesc „Ioan Lascăr” Comănești |
| | Județul Bihor |
| 12. | Spitalul Orășenesc Ștei |
| 13. | Centrul de Sănătate Bratca |
| | Județul Bistrița-Năsăud |
| 14. | Centrul de Sănătate Teaca |
| | Județul Botoșani |
| 15. | Sanatoriul de Pneumoftiziologie Guranda |
| 16. | Spitalul Orășenesc Darabani |
| 17. | Spitalul Comunal Trușești |
| | Județul Brașov |
| 18. | Spitalul Municipal Săcele |
| 19. | Spitalul de Boli Cronice Victoria |
| 20. | Spitalul Municipal Codlea |
| | Județul Brăila |
| | |
| | Județul Buzău |
| 21. | Spitalul Comunal Vintilă Vodă |
| 22. | Centrul de Sănătate Pârscov |
| 23. | Spitalul de Boli Cronice Pătârlagele |
| | Municipiul București |
| 24. | Spitalul Clinic „Caritas Acad. N. Cajal” |
| | Județul Caraș-Severin |
| 25. | Spitalul Boli Cronice Bocșa |
| 26. | Spitalul Comunal Bozovici |
| 27. | Spitalul Orășenesc Anina |
| | Județul Călărași |
| 28. | Spitalul Orășenesc Budești |

| | |
|-----|--|
| | Județul Cluj |
| 29. | Centrul de Sănătate Mociu |
| | Județul Constanța |
| 30. | Centrul de Sănătate Băneasa |
| | Județul Covasna |
| | |
| | Județul Dâmbovița |
| 31. | Spitalul Orășenesc Titu |
| | Județul Dolj |
| | |
| | Județul Galați |
| 32. | Spitalul de Boli Cronice Ivești |
| | Județul Giurgiu |
| 33. | Centrul de Sănătate Ghimpați |
| | Județul Gorj |
| 34. | Spitalul Orășenesc Bumbesti-Jiu |
| | Județul Harghita |
| | |
| | Județul Hunedoara |
| 35. | Spitalul de Boli Cronice Petrila |
| 36. | Centrul de Sănătate Călan |
| | Județul Ialomița |
| 37. | Spitalul Orășenesc Țândărei |
| | Județul Iași |
| 38. | Spitalul Orășenesc Târgu Frumos |
| | Județul Ilfov |
| 39. | Spitalul Orășenesc „Dr. M. Burghel” Buftea |
| 40. | Spitalul Comunal Periș |
| | Județul Maramureș |
| 41. | Spitalul de Boli Cronice Baia Sprie |
| 42. | Centrul de Sănătate Șomcuta Mare |
| | Județul Mehedinți |
| 43. | Spitalul Orășenesc Strehaia |
| 44. | Spitalul Orășenesc Vânju Mare |
| | Județul Mureș |
| 45. | Spitalul Orășenesc Sărmașu |
| | Județul Neamț |
| 46. | Spitalul Orășenesc Bicz |
| 47. | Spitalul Orășenesc Roznov |
| | Județul Olt |
| 48. | Centrul de Sănătate Drăgănești-Olt |
| | Județul Prahova |
| 49. | Centrul de Sănătate Bălțesti |
| 50. | Preventoriul TBC Poiana Țapului |
| 51. | Centrul de Sănătate Plopeni |
| 52. | Centrul de Sănătate Urlați |
| | Județul Satu Mare |

| | |
|-----|--|
| | Județul Sălaj |
| 53. | Spitalul de Boli Cronice Cehu Silvaniei |
| | Județul Sibiu |
| 54. | Spitalul Orășenesc Cisnădie |
| | Județul Suceava |
| 55. | Spitalul de Boli Cronice Solca |
| | Județul Teleorman |
| 56. | Centrul de Sănătate „Regele Carol I” Deparați |
| 57. | Centrul de Sănătate Cervenia |
| 58. | Centrul de Sănătate Furculești |
| | Județul Timiș |
| 59. | Centrul de Sănătate Buziaș |
| 60. | Centrul de Sănătate Ciacova |
| | Județul Tulcea |
| 61. | Spitalul Orășenesc Babadag |
| 62. | Centrul de Sănătate Sulina |
| | Județul Vaslui |
| 63. | Spitalul Orășenesc Negrești |
| 64. | Spitalul de Boli Cronice „Dr. I. T. Nicolaescu” Tutova |
| | Județul Vâlcea |
| 65. | Spitalul Orășenesc Bălcești |
| | Județul Vrancea |
| 66. | Spitalul Orășenesc Mărășești |
| 67. | Spitalul Orășenesc Odobești |

EDITOR: PARLAMENTUL ROMÂNIEI — CAMERA DEPUTAȚILOR



„Monitorul Oficial” R.A., Str. Parcului nr. 65, sectorul 1, București; C.I.F. RO427282,
 IBAN: RO55RNCB0082006711100001 Banca Comercială Română — S.A. — Sucursala „Unirea” București
 și IBAN: RO12TREZ7005069XXX000531 Direcția de Trezorerie și Contabilitate Publică a Municipiului București
 (alocat numai persoanelor juridice bugetare)

Tel. 021.318.51.29/150, fax 021.318.51.15, e-mail: marketing@ramo.ro, internet: www.monitoruloficial.ro

Adresa pentru publicitate: Centrul pentru relații cu publicul, București, șos. Panduri nr. 1,
 bloc P33, parter, sectorul 5, tel. 021.401.00.70, fax 021.401.00.71 și 021.401.00.72

Tiparul: „Monitorul Oficial” R.A.



5 948368 521872