



# MONITORUL OFICIAL

## AL

### ROMÂNIEI

Anul 179 (XXIII) — Nr. 223

PARTEA I  
LEGI, DECRETE, HOTĂRĂRI ȘI ALTE ACTE

Joi, 31 martie 2011

#### SUMAR

<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>	<u>Nr.</u>	<u>Pagina</u>
HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI			
303.	— Hotărâre pentru aprobarea Strategiei naționale de raționalizare a spitalelor .....	2–43	
ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE			
196/386.	— Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind modificarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 .....	44	
274/432.	— Ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind modificarea art. 1 din Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.588/1.104/2010 pentru prelungirea aplicării prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate		
		nr. 265/408/2010	— pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010 .....
			44–45
ACTE ALE ÎNALTEI CURȚI DE CASAȚIE ȘI JUSTIȚIE			
		Decizia nr. 5 din 20 septembrie 2010 .....	45–47
ACTE ALE COMISIEI DE SUPRAVEGHERE A ASIGURĂRILOR			
		210.	— Decizie privind retragerea autorizației de funcționare a Societății Comerciale STAR INSURANCE BROKER DE ASIGURARE — S.R.L. ....
			47–48
★			
		Cuantumul total al sumelor provenite din finanțările private ale partidelor politice în anul 2010, conform Legii nr. 334/2006 privind finanțarea activității partidelor politice și a campaniilor electorale .....	48

# HOTĂRĂRI ALE GUVERNULUI ROMÂNIEI

## GUVERNUL ROMÂNIEI

### HOTĂRĂRE

#### pentru aprobarea Strategiei naționale de raționalizare a spitalelor

În temeiul art. 108 din Constituția României, republicată, și al art. 198<sup>1</sup> din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare,

**Guvernul României** adoptă prezenta hotărâre.

Art. 1. — Se aprobă Strategia națională de raționalizare a spitalelor, denumită în continuare *Strategie*, prevăzută în anexa nr. 1, precum și Planul de acțiuni și instituții responsabile pentru implementarea Strategiei, prevăzut în anexa nr. 2.

Art. 2. — Se desemnează Ministerul Sănătății ca instituție responsabilă pentru coordonarea implementării strategiei prevăzute la art. 1.

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

PRIM-MINISTRU  
**EMIL BOC**

Contrasemnează:

Ministrul sănătății,

**Cseke Attila**

Ministrul administrației și internelor,

**Constantin-Traian Igaș**

Ministrul finanțelor publice,

**Gheorghe Ialomițianu**

București, 23 martie 2011.

Nr. 303.

ANEXA Nr. 1

### STRATEGIA NAȚIONALĂ

#### de raționalizare a spitalelor

#### 1. Introducere

Încercări de reformă a sistemului spitalicesc au mai existat și în anii anteriori, dar, din păcate, niciunul dintre proiectele demarate nu a fost finalizat.

Astfel, trecând în revistă doar proiectele din ultimii ani, menționăm că în anul 2003 a fost finalizată lucrarea de sinteză „Strategia națională de raționalizare a serviciilor spitalicești”, realizată în cadrul unui proiect al Băncii Mondiale și coordonată de un expert recunoscut: Ray Blight. Tratatând în mod detaliat atât problemele sistemului spitalicesc românesc, cât și măsurile care ar fi trebuit luate, proiectul respectiv nu a fost niciodată adoptat oficial și nici nu a fost pus sistematic în practică.

Un proiect mai amplu, realizat în colaborare cu firma de consultanță GVG, s-a finalizat în anul 2004 cu un set de documente reunite în 4 volume, care au fost grupate sub denumirea generică „Proiectul GVG de planificare și reglementare a sistemului de servicii de sănătate” și care, după o amplă analiză desfășurată la nivelul întregii țări în perioada martie 2003—mai 2004, au propus obiective și măsuri pentru modernizarea sistemului de sănătate și pentru introducerea unui sistem de planificare sistematică a dezvoltării acestuia.

Pornind de la recomandările lui Ray Blight și de la proiectul GVG s-a încercat sintetizarea lor în „Strategia națională de raționalizare a serviciilor de sănătate a Ministerului Sănătății”, singurul document referitor la această problemă care a fost adoptat 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. Deși este un document mult mai sumar și mai puțin aplicat decât strategia originală redactată de Ray Blight sau decât amplul proiect GVG, acesta conținea totuși principalele direcții de acțiune și obiective care ar fi trebuit aplicate.

Din păcate, schimbările politice și anii de creștere economică au exclus din focusul preocupărilor de management al sistemului medical noțiunile și măsurile de raționalizare a cheltuielilor. Factorii de decizie nu au mai considerat aceste măsuri ca fiind necesare și astfel acestea nu s-au implementat decât într-o foarte mică măsură.

Cu toate acestea, analize critice ale sistemului spitalicesc românesc sunt elaborate în continuare, dar fără efecte evidente. Astfel, în iunie 2007 se finalizează un proiect finanțat prin programul PHARE sub titlul „Elaborarea unei strategii pentru dezvoltarea infrastructurii spitalicești în România”, care propune un set de 19 recomandări pentru optimizarea rețelei de spitale, iar în anul 2008, la inițiativa Președinției, o comisie coordonată de prof. dr. Cristian Vlădescu elaborează un raport intitulat „Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului”, în care sunt reluate și adaptate o mare parte dintre propunerile documentelor citate anterior.

În anul 2009, în cadrul pachetului financiar agreeat cu Fondul Monetar Internațional și cu Uniunea Europeană, Banca Mondială s-a angajat să ofere asistență financiară sub forma împrumuturilor pentru politici de dezvoltare (Development Policy Loans). În categoria reformelor privind cheltuielile sectoriale a

fost inclusă ca prioritate restructurarea și raționalizarea spitalelor, iar elaborarea și implementarea unor măsuri în cadrul unei strategii naționale de raționalizare a spitalelor reprezintă o condiționalitate în acordul de împrumut cu Banca Mondială și constituie baza de plecare pentru pregătirea unui nou împrumut de la Banca Mondială, bazat pe rezultate — RBF (Result-Based Financing).

Prin raționalizarea spitalelor, Ministerul Sănătății urmărește creșterea eficienței în furnizarea serviciilor medicale, cu păstrarea accesibilității și calității acestora, prin reducerea costurilor la nivelul unităților spitalicești, ceea ce va permite o redistribuire a resurselor către alte segmente de asistență medicală (medicină primară, asistența ambulatorie, asistența de zi, îngrijiri la domiciliu etc.) care pot asigura tratamentul unui număr mai mare de pacienți, cu cheltuieli mai reduse față de cele din spitale.

Pe parcursul anului 2009, experții Băncii Mondiale (BM) au elaborat și înaintat Ministerului Sănătății mai multe rapoarte și analize referitoare la dificultățile și provocările cu care se confruntă sistemul de sănătate din România, avansând și o serie de propuneri referitoare la măsurile care ar trebui adoptate pentru depășirea acestor deficiențe.

Prezenta strategie este elaborată de Ministerul Sănătății, pornind de la raportul „România — asistență tehnică pentru sprijinirea actualizării strategiei spitalicești”, întocmit pentru Guvernul României de către experți ai Băncii Mondiale în august 2009, și preia informații, propuneri și analize cuprinse în lucrările de sinteză menționate mai sus, referitoare la reformarea sistemului spitalicesc.

O parte dintre activități au început să se implementeze încă din anul 2010, iar Strategia națională de raționalizare a spitalelor urmează a fi finalizată la sfârșitul anului 2012, conform planului de acțiuni prevăzut în anexa nr. 2 la hotărâre.

## 2. Situația actuală — informații generale relevante

### A. Aspecte geografice

România are o suprafață de 238.391 km<sup>2</sup>, relieful fiind unul echilibrat, cu repartiția aproximativ egală a principalelor unități de relief (35% munți, 35% dealuri și podișuri și 30% câmpii). Munții sunt situați în centrul țării, ca o centură în jurul Podișului Transilvaniei. O particularitate a României este aceea că munții sunt constituiți din lanțuri paralele, cu numeroase depresiuni și văi (zone locuibile).

Transporturile și comunicațiile se pot face cu dificultate în timpul iernii (sezonul rece) și primăverii (inundații și alunecări de teren). În partea sud-estică a țării curge fluviul Dunărea. 5 căi de acces traversează acest fluviu de la est la vest, unind Dobrogea de restul țării, dar numai două pe pod; legăturile nordice (Galați, Brăila) se realizează cu bacul, cu toate dezavantajele pe care le implică. Trecerea Dunării pe timp de zi durează nu mai mult de 20 de minute, iar noaptea, intervalul de circulație a bacului este de 2—3 ore. Traversarea poate deveni problematică în timpul iernii, când fluviul poate îngheța. Aceste aspecte geografice pot juca un rol important în planificarea rețelei spitalicești.

În anul 2006, în cursul procesului de integrare în Uniunea Europeană, au fost desemnate 8 regiuni de dezvoltare (fig. 1).



Fig. 1. Regiunile de dezvoltare din România\*)

Scopul regiunilor de dezvoltare este de a servi drept structură în procesul de alocare a fondurilor Uniunii Europene pentru dezvoltarea regională, precum și pentru colectarea datelor statistice regionale. Aceste regiuni de dezvoltare nu sunt entități teritorial-administrative și nu au

personalitate juridică, acestea fiind rezultatul unui acord între consiliile județene și cele locale. Fiecare regiune se compune din 4—7 județe și are între 1,9 milioane și 3,7 milioane de locuitori (cu excepția regiunii București, care are trăsături specifice).

\*) Figura 1 este reproducă în facsimil.

Detalii privind populația și distanțele dintre regiuni sunt prezentate în fig. 2.

Denumirea regiunii	Populație	Distanța dintre cel mai îndepărtat oraș și centrul regional
Nord-Vest	2.740.064	196 km
Centru	2.523.021	200 km
Nord-Est	3.674.367	279 km
Sud-Est	2.848.219	311 km + traversarea Dunării cu bacul
București—Ilfov	2.226.457	63 km
Muntenia Sud	3.379.406	234 km
Sud-Vest Oltenia	2.330.792	191 km
Vest	1.958.648	228 km

Fig. 2. Caracteristici ale celor 8 regiuni de dezvoltare din România

Sursa: 2009, Banca Mondială, „România — asistență tehnică pentru sprijinirea actualizării strategiei spitalicești”

Din analiza datelor din tabel corelate cu împărțirea județelor în euroregiuni, având în vedere barierele geografice și infrastructura slabă de transporturi, rezultă că delimitarea celor 8 regiuni nu rezolvă și, în unele cazuri, poate chiar agrava problemele legate de transport. Un exemplu este județul Buzău sau județul Vrancea, mai apropiate de alte centre (București, Iași) decât de propriul centru regional (Constanța). În unele cazuri, un pacient trebuie să traverseze câteva cursuri de apă (la vest de județul Suceava spre Iași), un efort dificil în timpul iernii, pentru a ajunge la centrul regional. Ca atare, o planificare a sistemului de sănătate va trebui să ia în considerare atât aspectele regionale, cât și pe cele privitoare la acces, pentru a estima posibilitatea de a utiliza euroregiunile de dezvoltare ca unități pentru planificarea rețelelor medicale.

#### B. Aspecte demografice și de morbiditate

Din punctul de vedere al stării de sănătate, populația României prezintă unii dintre cei mai defavorabili indicatori din întreaga zonă europeană, nu doar de la nivelul Uniunii Europene. Datele de morbiditate și mortalitate prezintă un amestec de indicatori specifici țărilor dezvoltate, mortalitate ridicată prin boli cardiovasculare, creșterea bolilor neoplazice, cu indicatori specifici mai ales în țările în curs de dezvoltare, precum recrudescența bolilor infecțioase, de la tuberculoză la cele cu transmitere sexuală. Astfel, deși prezintă o ușoară îmbunătățire, speranța medie de viață de 71,7 ani continuă să fie printre cele mai scăzute din regiune. Indicatorii de mortalitate infantilă și mortalitate maternă, care au o puternică asociere cu nivelul socio-economic, plasează în continuare România pe unul dintre ultimele locuri în Uniunea Europeană. Principalele cauze de deces în România sunt reprezentate de bolile aparatului cardiovascular, urmate de tumori, boli digestive, leziuni traumatiche, otrăviri și boli ale aparatului respirator. De remarcat că, spre deosebire de tendința de reducere a mortalității cauzate de bolile cardiovasculare din vestul Uniunii Europene, în România se înregistrează o puternică tendință de creștere a acesteia. În ceea ce privește decesele prin afecțiuni maligne, chiar dacă frecvența acestora este sub media Uniunii Europene, se remarcă decesele evitabile precum cele în cazul cancerului de col, aspect ce reprezintă un indicator direct al inadecvării sistemului sanitar la nevoile reale ale populației. Se poate astfel constata că în România modelele de morbiditate și mortalitate au suferit modificări importante în ultimele decenii, în sensul creșterii prevalenței bolilor cronice și a mortalității din aceste cauze, în contextul creșterii ponderii populației vârstnice, asociată cu acțiunea multiplă a factorilor de risc biologici, de mediu, comportamentali și cu influența condițiilor socio-

economice și de asistență medicală. Analizele Uniunii Europene referitoare la decesele evitabile datorate sistemului sanitar arată că România ocupă primul loc în Uniunea Europeană atât la mortalitatea la femei, cât și la bărbați; mai mult, dacă tendința în acest domeniu este de scădere semnificativă în toate celelalte țări ale Uniunii Europene, în România aceasta este fie redusă (la femei), fie staționară (la bărbați).

În același timp, afecțiuni care în multe state ale Uniunii Europene sunt aproape eradicate continuă să afecteze un număr mult prea mare de români, mai ales dintre acelea care pot fi prevenite și controlate printr-un sistem sanitar public eficient și aici se află atât multe dintre bolile transmisibile, cât și multe alte afecțiuni. Spre exemplu: incidența hepatitei B este dublă față de media Uniunii Europene, România are cea mai mare incidență a tuberculozei din Uniunea Europeană, iar femeile din România au cea mai mare rată a decesului prin cancerul de col uterin, riscul de deces prin această afecțiune fiind de peste 10 ori mai mare în România decât în țări precum Franța sau Finlanda și de 3—4 ori mai mari decât în Slovacia sau Cehia, deși această formă de cancer este actualmente ușor de prevenit și de vindecat prin depistarea precoce. Referindu-ne la mortalitatea evitabilă, adică la acele afecțiuni care pot fi tratate de către un sistem de sănătate funcțional, datele statistice plasează România într-o situație și mai dificilă: aproape jumătate din decesele la bărbați și peste o treime din cele la femei puteau fi evitate (*Health Status and Living Conditions Network*, European Commission, „Employment, Social Affairs and Equal Opportunities”, 2006).

În perioada 1990—2009 populația României a urmat un trend constant de scădere, de la 23.206.720 la 21.469.959 în 2009 (1 iulie), în bună parte din cauza emigrării după revoluție, dar și scăderii natalității, în contextul menținerii mortalității generale la un nivel ridicat, chiar a creșterii ei în unii ani. În consecință, sporul natural s-a negativat începând cu anul 1992 (−0,2‰).

Ca urmare a scăzut în mod accentuat populația tânără, de 0—14 ani (de la 23,6% în 1990 la 15,1% în 2009), și a crescut cea în vârstă de 65 de ani și peste (de la 10,3% în 1990 la 14,9% în 2009), determinând așa zisa „îmbătrânire demografică a populației” (fig. 3).

Deși la grupa de vârstă 0—14 ani în toate regiunile urbane valoarea este în scădere, cea mai mare înregistrare o întâlnim în regiunea Nord-Est, iar minima în București, în timp ce la grupa de vârstă 15—64 de ani situația se prezintă invers. Cea mai îmbătrânită populație se înregistrează în regiunile de Sud și Sud-Vest, cu valori minime în Centru și Nord-Vest (fig. 4).

## STRUCTURA POPULAȚIEI ROMÂNIEI PE GRUPE DE VÂRSTA ÎN PERIOADA 1990 - 2009

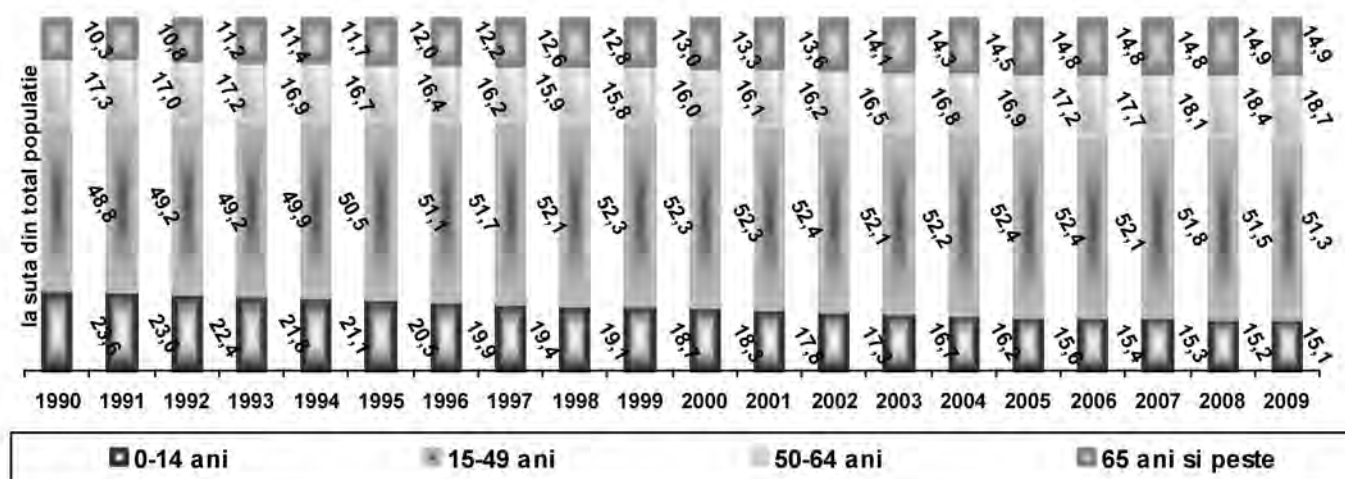


Fig. 3. Populația României pe grupe mari de vârstă în anii 1990—2009\*) (Sursa: MS — CNOASIIDS)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>NORD-EST</b>	<b>17,2</b>	<b>17,3</b>	<b>17,3</b>	<b>17,3</b>	<b>17,3</b>	<b>17,3</b>
SUD-EST	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2
SUD	15,5	15,4	15,3	15,4	15,3	15,3
SUD-VEST	10,7	10,6	10,6	10,6	10,6	10,5
<b>VEST</b>	<b>8,9</b>	<b>8,9</b>	<b>8,9</b>	<b>8,9</b>	<b>8,9</b>	<b>8,9</b>
NORD-VEST	12,6	12,7	12,7	12,6	12,6	12,6
CENTRU	11,7	11,7	11,7	11,7	11,7	11,8
BUCUREȘTI	10,2	10,2	10,3	10,3	10,3	10,4
<b>ROMÂNIA</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fig. 4. Structura populației României pe regiuni în perioada 2004—2009

Sursa: MS — CNOASIIDS

**Natalitatea**

Rata natalității scade de la 13,6 la 1.000 de locuitori în anul 1990, la 10,5‰ în 2000, la 9,8‰ în 2001, la 9,7‰ în 2002, în 2003 revine la nivelul anului 2001, în 2004 crește la 10,0‰, în 2005 crește la 10,2‰, în 2006 se menține la nivelul anului 2005, în 2007 coboară la nivelul anului 2004 (10,0‰), în 2008 crește la 10,3‰, iar în 2009 crește la 10,4‰ (fig. 5 și 6).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
NORD-EST	13,0	12,2	12,0	11,5	11,7	11,7	11,6	11,4	11,5	11,1
SUD-EST	10,4	9,8	9,4	9,8	9,8	9,9	9,9	9,8	10,0	10,0
SUD	10,0	9,4	9,2	9,4	9,4	9,6	9,5	9,3	9,6	9,9
SUD-VEST	10,1	9,3	9,0	9,1	8,9	8,9	8,6	8,5	8,7	8,9
VEST	9,3	8,7	8,8	8,9	9,3	9,5	9,5	9,2	9,6	9,6
NORD-VEST	10,7	10,0	9,8	10,0	10,2	10,7	10,5	10,2	10,7	10,6
CENTRU	10,4	9,9	9,9	10,2	10,5	10,8	10,7	10,4	11,0	11,0
BUCUREȘTI	8,0	7,7	7,8	8,3	9,0	9,8	10,2	10,2	10,9	11,4
<b>ROMÂNIA</b>	<b>10,5</b>	<b>9,8</b>	<b>9,7</b>	<b>9,8</b>	<b>10,0</b>	<b>10,2</b>	<b>10,2</b>	<b>10,0</b>	<b>10,3</b>	<b>10,4</b>

Fig. 5. Natalitatea pe regiuni în perioada 2000—2009

Sursa: MS — CNOASIIDS

\*) Figura 3 este reprodusă în facsimil.

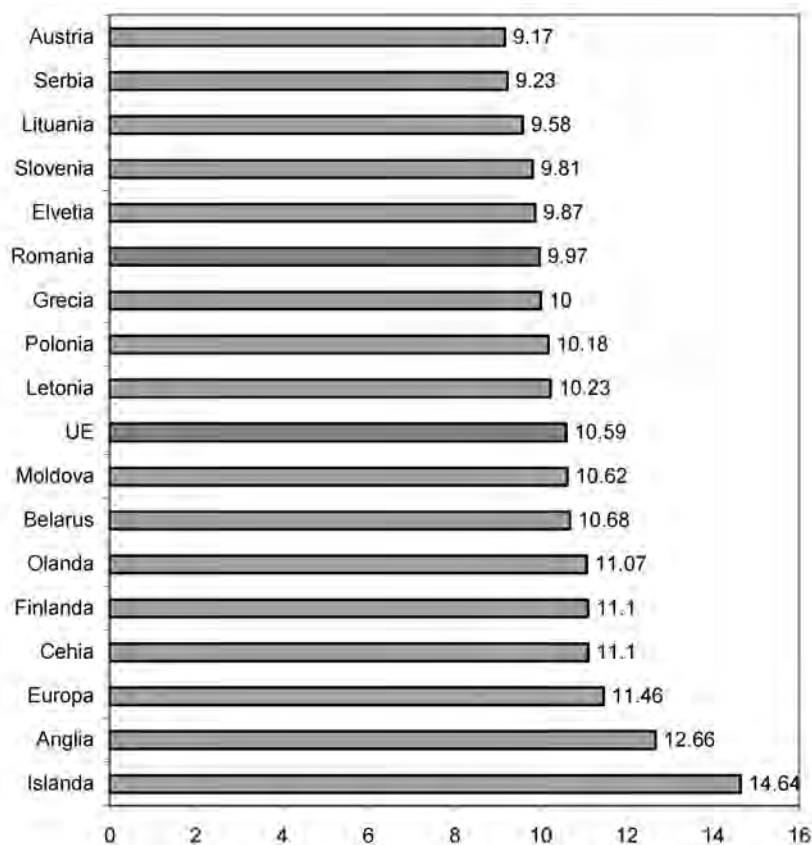


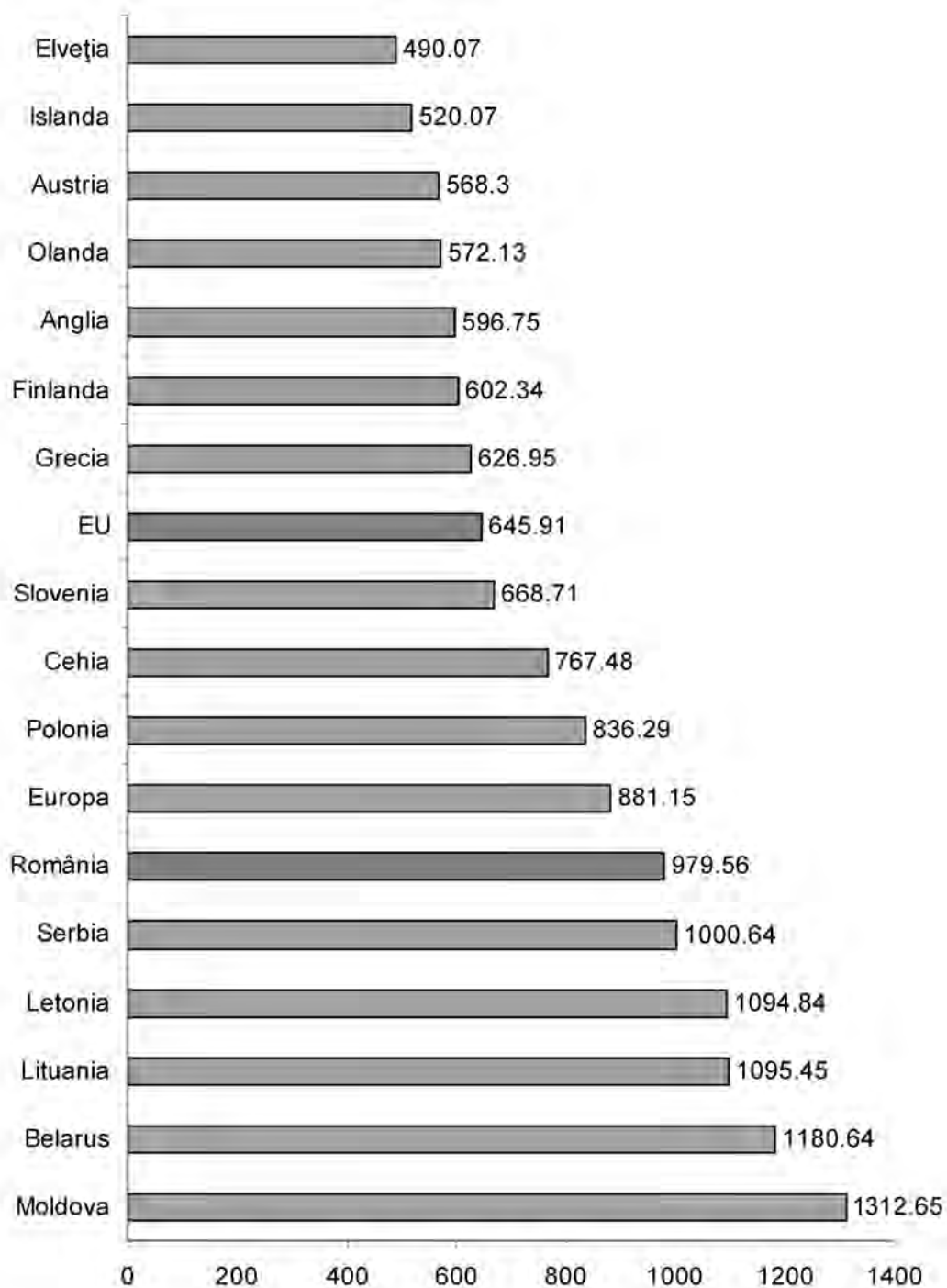
Fig. 6. Rata natalității (la 1.000 de locuitori) în unele țări europene — 2007\*)  
(Sursa HFA 2009)

### Mortalitatea generală

Rata mortalității generale a crescut în perioada 1990—1996 de la 10,6‰ la 12,7‰ locuitori, apoi urmând o scădere accentuată până în anul 2000 (11,4‰), după care a avut o evoluție oscilantă cu creșteri și scăderi de la 11,6‰ în 2001, 12,3‰ în 2003, 11,9 ‰ în 2004, 12,1‰ în 2005, 12,0‰ în 2006, 11,7‰ în 2007, 11,8‰ în 2008 și 12,0‰ în 2009, conform datelor de la Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional în Domeniul Sănătății (CNOASI/IDS), situând România printre țările cu cele mai mari niveluri pe plan european, alături de Ungaria și Bulgaria (fig. 7).

Valori mai mari se constată în județele Teleorman (16,8‰), Giurgiu (15,7‰), Olt (14,1‰), Mehedinți (14,0‰), Dolj (13,8‰), Călărași (13,7‰) etc., iar cele mai mici rate în județele Iași (9,9‰), Brașov (10,0‰), Maramureș (10,3‰), Bistrița-Năsăud (10,3‰), Constanța (10,4‰), Gorj (10,5‰) (fig. 8).

\*) Figura 6 este reprodusă în facsimil.



Sursa: (Ultimul an disponibil din HFA august 2009)

Fig. 7. Rata mortalității generale standardizate (la 100.000 de locuitori) în unele țări europene\*)  
(Sursa HFA 2009)

\*) Figura 7 este reproducă în facsimil.

## MORTALITATEA GENERALĂ ÎN ROMÂNIA ÎN 2008

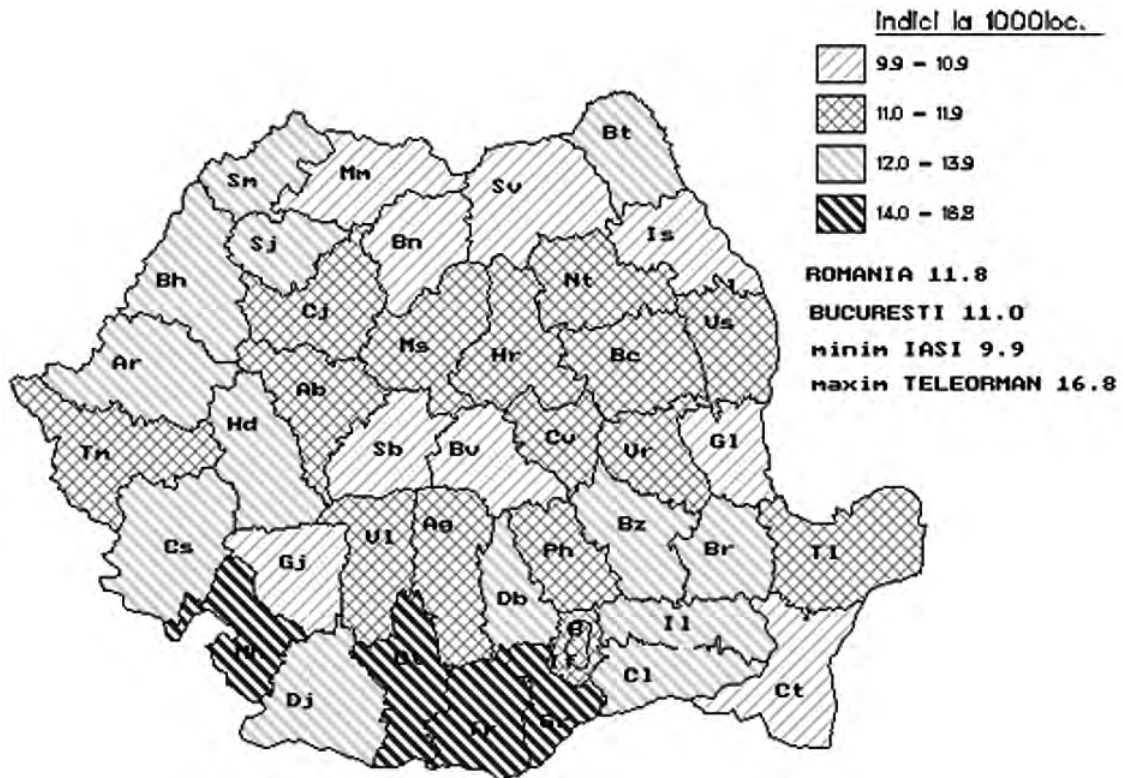


Fig. 8. Mortalitatea generală în România în 2008\*). Sursa MS — CNOASIIDS

Mortalitatea generală pe regiuni are o tendință de creștere în perioada 2000—2009, exceptând anul 2004 când scade ușor pe total și toate regiunile, în 2005 cresc ușor, în 2009 pentru toate regiunile valorile sunt egale sau mai mari decât cele din 2008 (fig. 9)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
NORD-EST	10.5	10.5	11.4	11.5	10.9	11.0	10,8	10,8	11,0	11,3
SUD-EST	10.9	11.3	11.8	11.8	11.3	11.4	11,3	11,4	11,6	11,8
SUD	12.3	12.6	13.6	13.6	13.0	13.3	13,1	12,8	13,0	13,3
SUD-VEST	12.2	12.5	13.7	13.3	13.1	13.4	13,0	12,7	12,9	13,0
VEST	12.2	12.2	12.8	12.9	12.9	13.0	12,9	12,2	12,2	12,5
NORD-VEST	12.0	12.0	12.6	12.4	12.4	12.4	12,2	11,7	11,6	11,8
CENTRU	10.5	10.7	11.7	11.3	11.3	11.4	11,4	10,9	11,1	11,2
BUCUREȘTI	11.1	11.1	11.6	11.4	11.0	11.6	11,5	11,4	11,1	11,0
<b>ROMÂNIA</b>	<b>11.4</b>	<b>11.6</b>	<b>12.4</b>	<b>12.3</b>	<b>11.9</b>	<b>12.1</b>	<b>12,0</b>	<b>11,7</b>	<b>11,8</b>	<b>12,0</b>

Fig. 9. Evoluția mortalității generale pe regiuni în perioada 2000—2009. Sursa MS — CNOASIIDS

**Mortalitatea pe cauze de deces**

Deși, în prezent, are loc o trecere epidemiologică spre profilul modern „occidental”, profilul mortalității în România păstrează încă multe caracteristici ale unei țări mai puțin dezvoltate în comparație cu statele membre ale Uniunii Europene, mortalitatea cauzată de boli infecțioase și mortalitatea infantilă rămânând la valori ridicate, ceea ce poate fi explicat prin „insulele” de subdezvoltare socială existente mai ales în zonele rurale. Aici, numai 13% (cel mai redus indice din Uniunea Europeană) dintre locuințe sunt racordate la o rețea centrală de alimentare cu apă și 10% (media Uniunii Europene este de 54%) la un sistem de canalizare („România — dosare politice pentru Guvernul României”, Banca Mondială, 2009).

Mortalitatea pe cauze de deces pe perioada 1990—2008 păstrează aceeași evoluție multianuală, primul loc fiind ocupat de decese prin boli ale aparatului circulator, urmate de tumori, aparatul respirator, digestiv și decese prin accidente (fig. 10).

\*) Figura 8 este reprodusă în facsimil.



Cauze de deces	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Boli ale aparatului circulator	627,0	701,8	710,6	771,3	762,1	734,8	753,8	742,8	717,4	712,1
Tumori	142,1	184,0	190,8	199,1	201,0	203,0	207,7	210,6	210,7	216,2
Aparat respirator	97,3	66,1	62,9	70,6	64,7	63,1	61,7	58,7	58,8	57,2
Aparat digestiv	50,3	64,0	70,6	74,3	71,5	69,8	68,0	65,8	67,6	71,9
Accidente	76,5	64,2	63,7	66,9	65,0	62,1	60,3	59,2	56,9	59,5

Fig. 10. Rate brute de mortalitate (la 100.000 de locuitori). Sursa MS — CNOASIIDS

Pe plan european, bolile aparatului circulator și respirator prezintă cele mai mari rate de mortalitate în țara noastră, deși ultimele două au scăzut în mod accentuat față de anul 1990.

Mortalitatea prin tumori este în creștere, dar încă sub nivelul ratelor înscrise în celelalte țări europene. Crește rata mortalității prin bolile aparatului digestiv față de anul 1990. Leziunile traumatice sunt în scădere sensibilă față de anul 1990.

Iată, spre exemplu, o comparație din anul 2005 a două afecțiuni (fig. 11):

	Ratele mai mari		Ratele mai mici	
1.	Federația Rusă	225,6	Franța	13,1
2.	Belarus	221,9	Portugalia	27,2
3.	Ucraina	214,4	Italia	27,5
4.	Letonia	156,8	Elveția	29,1
5.	Republica Moldova	147,0	Spania	30,3
6.	Estonia	127,1	Luxemburg	34,3

Fig. 11. Boli ischemice ale miocardului la populația de 25—64 de ani la început de secol XXI (la 100.000 de locuitori ECE).

Sursa MS — CNOASIIDS

	Ratele mai mari		Ratele mai mici	
1.	Federația Rusă	120,5	Elveția	7,9
2.	Republica Moldova	116,4	Franța	11,8
3.	Belarus	99,0	Norvegia	11,9
4.	Ucraina	91,0	Italia	12,5
5.	România	82,7	Suedia	13,2

Boli cerebro-vasculare la populația de 25—64 de ani la început de secol XXI ( la 100.000 de locuitori ECE)

### Sporul natural al populației

Ca urmare a dinamicii negative a natalității și mortalității generale, rata sporului natural în România (fig. 12) a scăzut la valori negative, de la 3,0‰ locuitori în anul 1990, la -2,5‰ în anul 2003, la -1,9‰ în anul 2004 și 2005, la -1,8‰ în 2006, la -1,7‰ în 2007, la -1,5‰ în 2008 și la -1,6‰ în 2009.

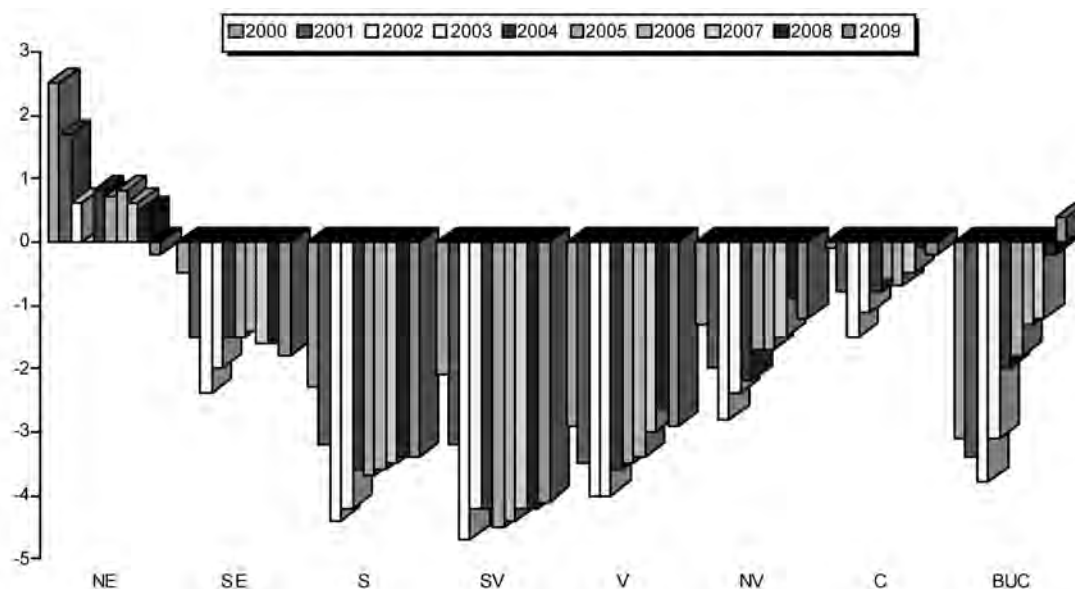


Fig. 12. Sporul natural pe regiuni în România în perioada 2000—2009\*). Sursa MS— CNOASIIDS

### Mortalitatea infantilă

Deși în scădere semnificativă (26,9 la 1.000 născuți vii în anul 1990, 18,6‰ în 2000, la 18,4‰ în 2001, 17,3‰ în 2002, la 16,7‰ în 2003, 16,8‰ în 2004, la 15,0‰ în 2005, 13,9‰ în 2006, 12,0‰ în 2007 și 11,0‰ în 2008, rata mortalității infantile este cea mai mare pe plan european (fig. 13).

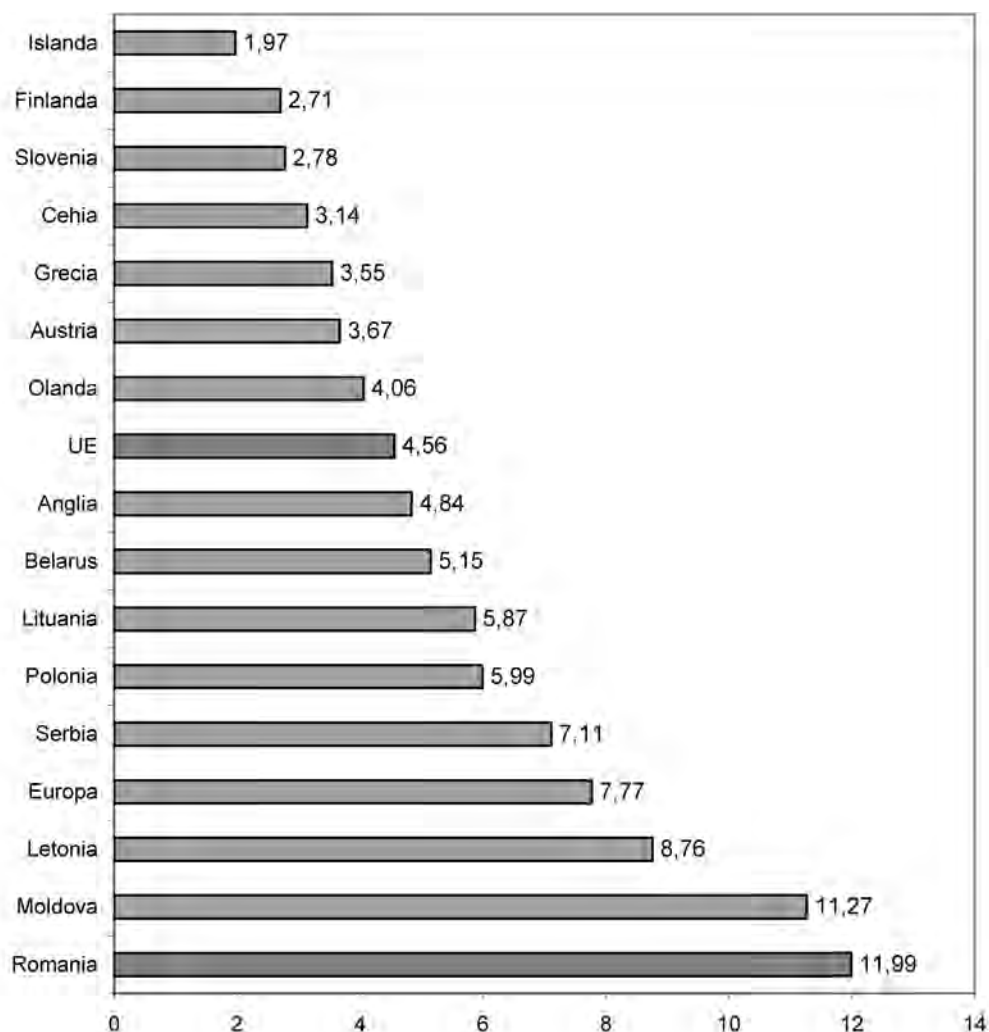


Fig. 13. Rata mortalității infantile la 1.000 născuți vii în unele țări europene\*). Sursa HFA 2009

\*) Figurile 12 și 13 sunt reproduse în facsimil.

În cadrul mortalității infantile, mortalitatea 0—6 zile — neonatală precoce și din prima lună — neonatală scade ușor. Mortalitatea infantilă după prima lună — mortalitatea infantilă postneonatală —, deși în scădere, este încă foarte ridicată: 45,9% aproape jumătate din decesele sub 1 an care se înregistrează după prima lună de viață, ceea ce înseamnă mari deficiențe în educația sanitară a mamelor respective și, bineînțeles, supravegheri insuficiente din partea personalului sanitar (fig. 14).

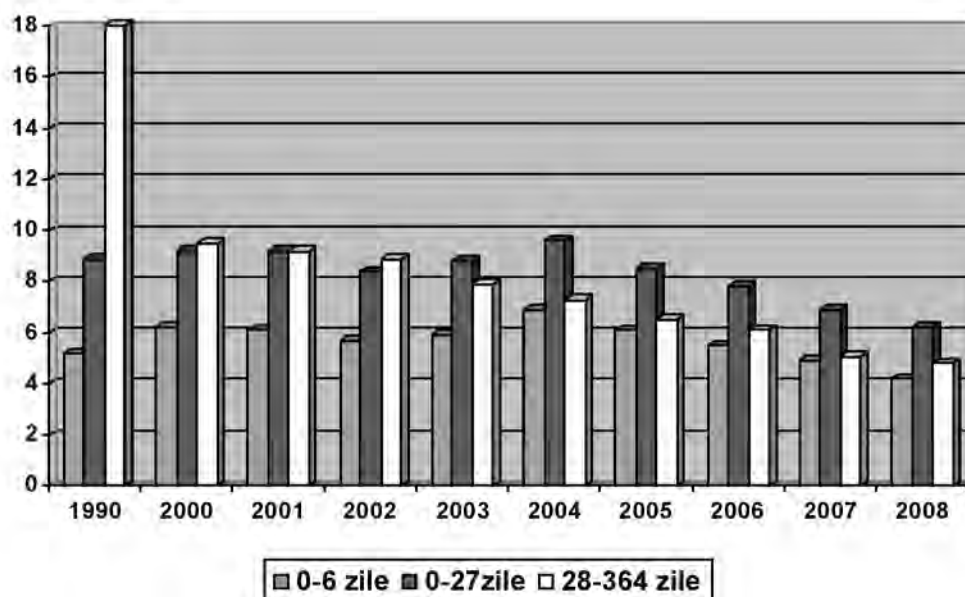


Fig. 14. Evoluția mortalității infantile pe vârste 1990, 2008 (la 1.000 născuți vii)\*. Sursa MS — CNOASIIDS

### Speranța de viață la naștere

Un indicator important al stării de sănătate (inclusiv al celui educativ-cultural) este speranța de viață la naștere și la diverse vârste. Pe regiuni de dezvoltare, speranța de viață la naștere a fost între 72,39 ani în regiunea Nord-Vest și 74,46 ani în regiunea București—Ilfov (fig. 15).

Macroregiunea Regiunea de dezvoltare	Ambele sexe	Masculin	Feminin
TOTAL	73,03	69,49	76,68
Nord-Vest	72,39	68,95	75,90
Centru	73,34	69,95	76,83
Nord-Est	73,14	69,57	76,91
Sud-Est	72,92	69,24	76,81
Sud-Muntenia	72,97	69,25	76,85
București—Ilfov	74,46	70,82	77,87
Sud-Vest Oltenia	72,81	69,45	76,33
Vest	72,47	69,04	75,94

Fig. 15. Speranța de viață la naștere, pe macroregiuni, regiuni de dezvoltare și sexe în anul 2008. Sursa MS — CNOASIIDS

Acest indicator nu s-a mai îmbunătățit începând cu anii '60, în timp ce în celelalte țări occidentale, nordice și sudice prezintă ameliorări accentuate deceniu după deceniu.

Țara noastră, alături de alte țări est-europene, prezintă un indicator relativ scăzut al speranței de viață la naștere (de 73,27 ani în 2007), ceea ce indică o stare de sănătate nesatisfăcătoare, ca urmare în primul rând a unei situații social-economice grele (fig. 16).

\*) Figura 14 este reprodusă în facsimil.

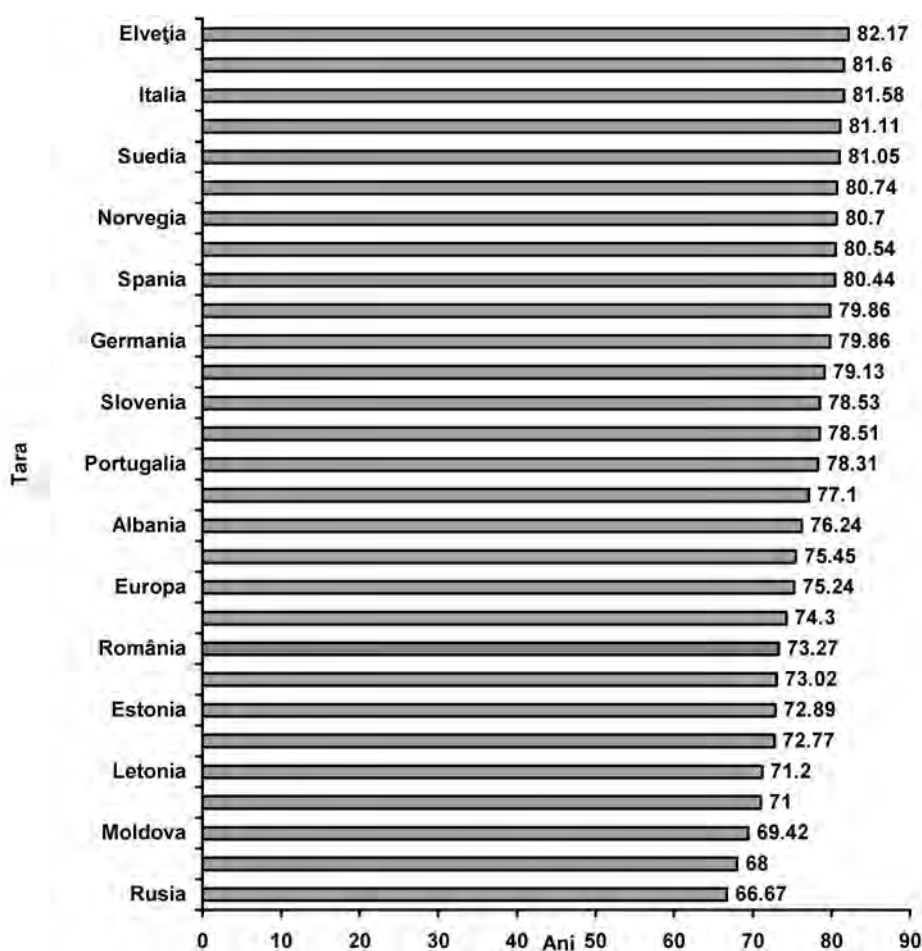


Fig. 16. Speranța de viață la naștere în unele țări europene\*). (HFA 2007)

#### DINAMICA MORBIDITĂȚII

##### Bolile infecțioase și parazitare

În dinamică, în anii 1990—2006 se constată:

— dispariția cazurilor de difterie (ultimele 5 cazuri noi s-au înregistrat în anul 1989), iar începând cu 1999 și a cazurilor de bruceloză, febră Q și rabie, precum și a poliomielitei la care s-au constatat numai cazuri de poliomielită acută flască asociate vaccinărilor;

— scăderea accentuată a morbidității prin hepatita virală de tip A (deși aflată încă la valori mari) și B, precum și prin tuse convulsivă;

— menținerea la nivele mici a morbidității prin: botulism, febră tifoidă, tetanos și tuse convulsivă;

— creșterea accentuată a morbidității prin tuberculoză până în anul 2002, când a fost atins un maxim de 116,2 cazuri noi/100.000 locuitori (fig. 17), sifilis în prezent în scădere (fig. 18), parotidita epidemică și trichineloză.

— menținerea la nivele crescute a morbidității prin angina cu streptococi, boli diareice, dizenterie, gripă, hepatită virală, deși în scădere, cum s-a menționat anterior (fig. 19), rubeola, rujeola, toxiiinfecții alimentare, salmoneloze.

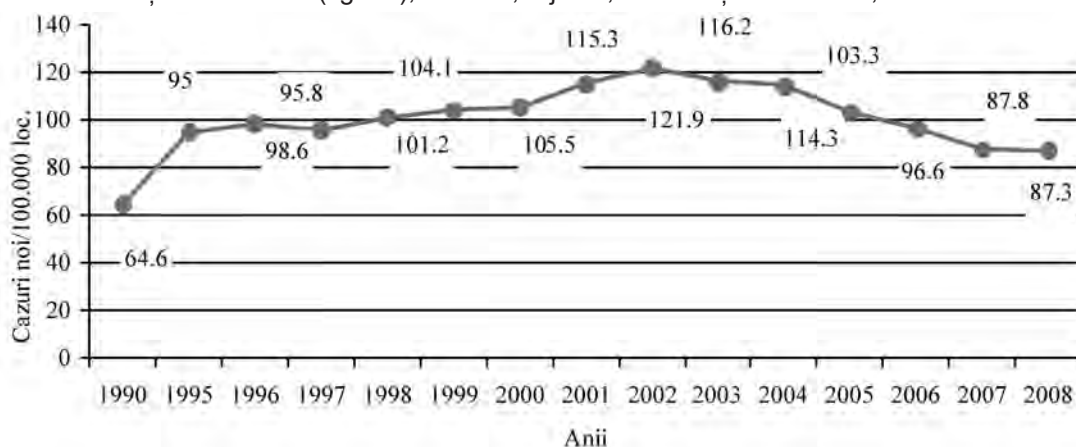


Fig. 17. Incidența prin tuberculoză în România în anii 1990, 1995—2008\*). Sursa MS — CNOASIIDS

\*) Figurile 16 și 17 sunt reproduse în facsimil.

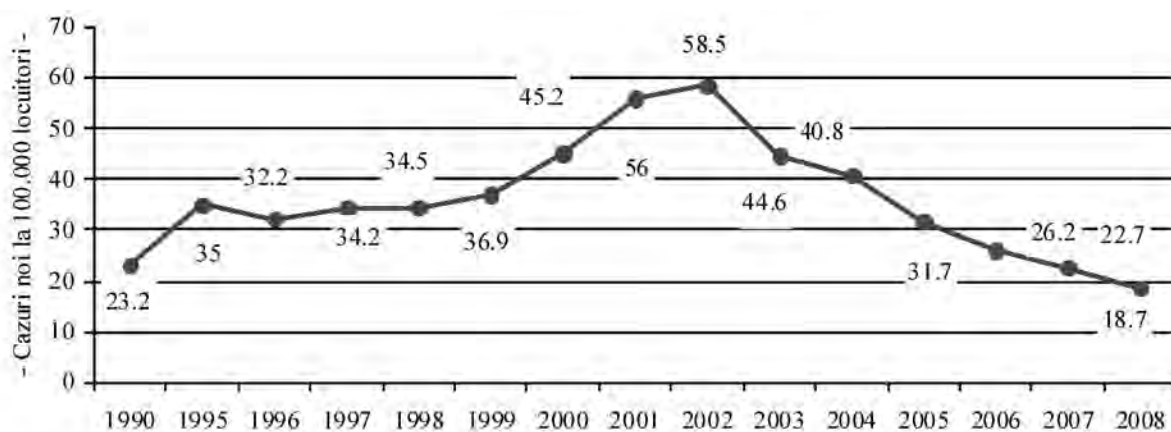


Fig. 18. Incidența prin sifilis în România în anii 1990, 1995—2008\*)  
Sursa MS — CNOASIIDS

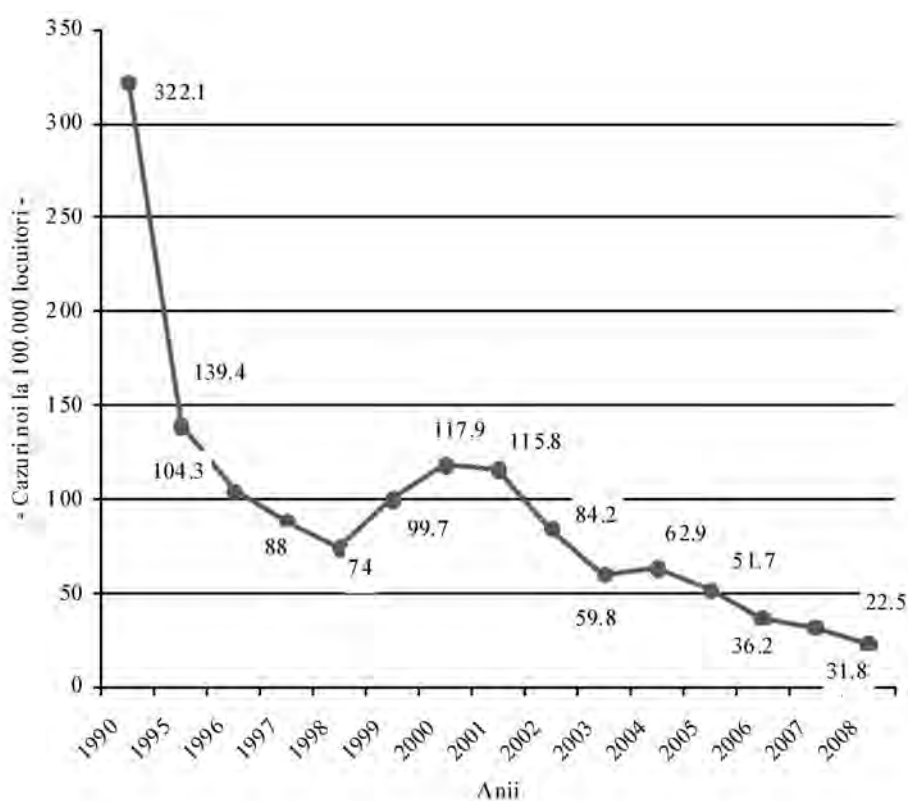


Fig. 19. Incidența prin hepatită virală în România în anii 1990, 1995—2008\*)  
Sursa MS — CNOASIIDS

### Diabetul zaharat

Din raportările centrelor de diabet zaharat rezultă că în anul 2008 au rămas în evidență 643.410 bolnavi de diabet zaharat (3,0% locuitori), iar incidența (cazuri noi depistate) a fost în același an de 94.002 bolnavi (437,1 la 100.000 de locuitori).

Ratele sunt mici, ceea ce înseamnă că un număr important de bolnavi rămân nedepistați.

### Bolile psihice

Datele de incidență și prevalența bolnavilor psihici sunt mult subevaluate în rapoartele periodice.

Incidența (cazuri noi la 100.000 de locuitori) în anul 2008 a fost de 251,7, iar prevalența (bolnavi în evidență la 100 de locuitori) a fost de 1,9.

### Evidența copiilor (0—2 ani) cu malnutriție proteino-calorică

Rata copiilor cu malnutriție proteino-calorică în evidență este de 1,6 la 100 de copii în vârstă de 0—2 ani (anul 2008), cu valori foarte ridicate în județele Mehedinți (8,3%), Olt (5,3%), Călărași (5,0%), Teleorman (4,0%), Argeș (3,9%), Brăila (3,6%), Dâmbovița (3,4%) și Iași (2,9%).

\*) Figurile 18 și 19 sunt reproduse în facsimil.

Rate mai mici se înregistrează în județele Bistrița-Năsăud (0,2%), Timiș (0,4%), Tulcea (0,4%), Vâlcea (0,4%), Arad (0,5%) și în municipiul București (0,5%).

### Morbiditatea generală (cazuri noi de boli înregistrate de cabinetele medicilor de familie)

Cei mai mari indici de incidență a cazurilor noi înregistrate la nivelul cabinetelor medicale (1990, 1995, 2002, 2004, 2005, 2006, 2007) s-au constatat la următoarele clase de boli (fig. 20 și 21).

Clasa de boli	1990	1995	2002	2004	2005	2006	2007	2008
	— la 100.000 de locuitori —							
Total	73.629,0	72.991,7	72.649,8	74.740,5	74.726,0	70.994,5	66.333,6	67.910,7
Boli ale aparatului respirator	28.868,2	32.797,1	35.319,6	35.263,7	36.146,4	33.716,7	28.943,4	28.896,7
Boli ale aparatului digestiv	18.734,9	14.491,0	6.691,9*	7.551,2	7.196,3	6.523,8	6.497,6	6.950,1
Boli piele, țesut subcutanat	4.188,3	4.334,7	3.905,1	3.779,3	3.669,0	3.508,1	3.118,8	3.062,7
Boli infecțioase și parazitare	2.839,9	3.728,6	4.122,5	4.494,6	3.818,2	3.424,6	3.193,3	3.055,0
Boli ale organelor genito-urinare	2.563,6	3.201,9	4.398,0	4.672,2	4.761,4	4.669,7	4.432,9	4.595,0

\* Fără bolile de dinți și ale cavității bucale

Fig. 20. Morbiditatea pe clase de boli  
Sursa MS — CNOASIIDS

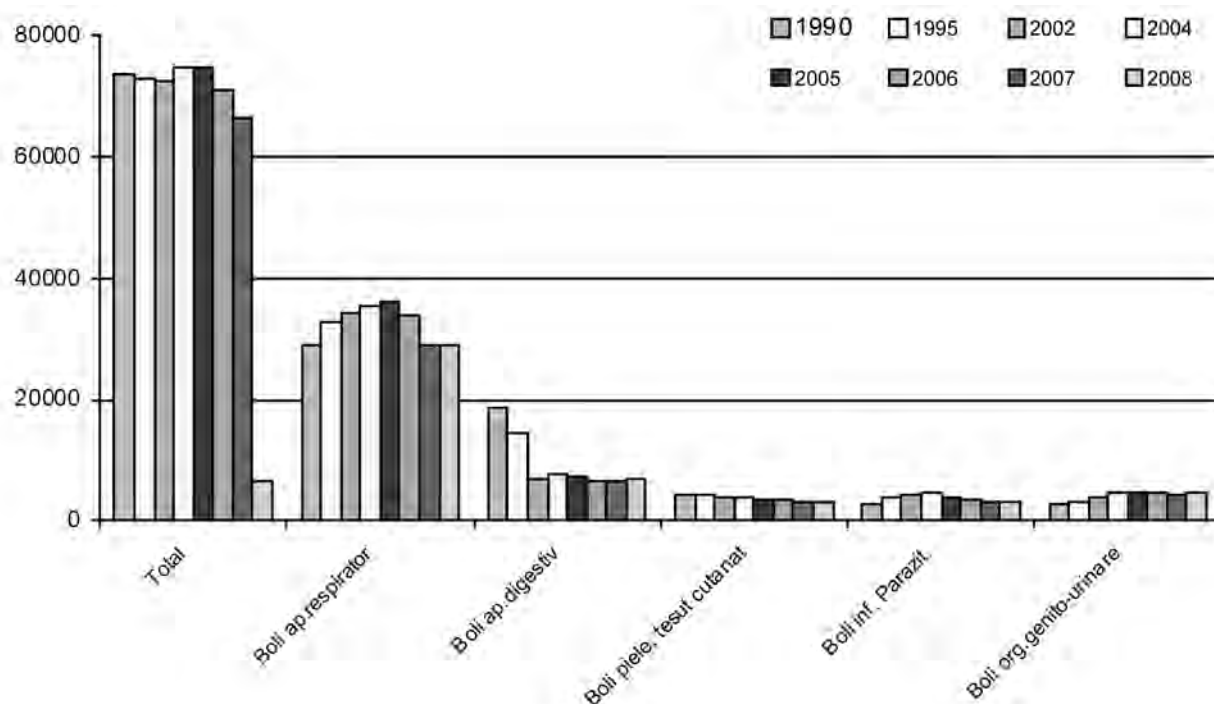


Fig. 21. Morbiditatea pe clase de boli (indici de incidență)\*  
Sursa MS — CNOASIIDS

### C. Organizarea administrativă a sistemului de sănătate

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 politic și, ulterior aprobării în Parlament, legea a fost 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 autorități ale statului.

\*) Figura 21 este reprodusă în facsimil.

În 2008, în România existau 457 de spitale (unități cu posibilități de internare), dintre care 427 erau spitale publice, 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 (fig. 22).

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	:
Former Yugoslav Republic of Macedonia, the		8746.0	9108.2	9881.0	:	:
Iceland		16733.5	17004.6	17192.2	16035.2	:
Norway		:	17345.4	17519.2	17688.6	17235.3
Switzerland		15543.9	16293.1	16338.8	:	16910.9

Fig. 22. Internări la 100.000 de locuitori (Eurostat)\*

În perioada (1990—2008) numărul de paturi în spitale, sanatorii tbc, preventorii și creșe a avut următoarea dinamică (fig. 23):

	1990	1995	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Paturi în spitale	207.001	173.311	162.588	142.676	142.029	142.377	141.225	137.029	137.016
— la 1.000 locuitori	8,9	7,6	7,5	6,6	6,6	6,6	6,5	6,4	6,4
Paturi în sanatorii tbc	4.990	4.416	2.483	2.202	1.865	1.437	1.437	909	918
Paturi în preventorii	1.946	1.668	1.031	555	555	555	495	420	420
Paturi în creșe	76.944	36.437	14.858	14.513	13.862	14.310	13.220	13.135	13.569

Fig. 23. Dinamica numărului de paturi în spitale, sanatorii tbc, preventorii și creșe (Sursa MS — CNOASIIDS)

\*) Figura 22 este reprodusă în facsimil.

Numărul de paturi în spitale raportat la populație era, de asemenea, peste media din Uniunea Europeană (fig. 24):

geo	time	2002	2003	2004	2005	2006	2007
European Union (27 countries)		628.6	607.5	595.9	590.4	:	:
European Union (25 countries)		622.6	604.7	592.7	586.6	:	:
European Union (15 countries)		603.5	590.5	577.2	570.7	:	:
Belgium		759.2	752.3	749.1	744.8	672.7	665.7
Bulgaria		650.4	630.3	614.7	642.9	621.4	638.1
Czech Republic		776.0	771.9	763.2	754.2	741.2	727.3
Denmark		414.0	399.0	382.5	370.7	361.8	340.8
Germany (including ex-GDR from 1991)		887.8	874.4	857.6	846.4	829.1	:
Estonia		608.2	593.4	582.6	548.4	565.3	557.3
Ireland		582.9	571.9	570.1	552.7	533.9	519.9
Greece		472.1	470.3	469.8	473.8	:	:
Spain		356.7	347.8	344.5	338.9	334.1	330.2
France		782.5	767.2	748.2	733.4	718.3	707.5
Italy		444.6	417.9	400.6	400.9	395.2	386.3
Cyprus		438.2	431.1	421.0	380.0	373.7	375.5
Latvia		773.4	779.3	771.4	766.4	758.6	755.4
Lithuania		896.2	870.3	845.8	814.7	801.0	816.2
Luxembourg (Grand-Duch?)		641.6	:	643.8	583.4	569.4	571.4
Hungary		786.3	784.5	783.5	786.2	792.1	713.3
Malta		745.8	740.5	755.2	742.5	752.3	778.0
Netherlands		461.6	442.6	440.9	439.1	446.1	481.5
Austria		843.1	835.7	776.5	770.7	766.4	777.9
Poland		717.6	668.1 (b)	667.0	652.2	647.5	642.5
Portugal		365.1	366.2	365.1	:	:	:
Romania		747.1	657.4	658.3	661.8	658.6	641.1
Slovenia		508.9	496.0	480.1	483.9	477.5	468.3
Slovakia		756.9	723.7	689.5	676.7	670.9	674.9
Finland		735.9	725.5	705.6	704.2	695.6	673.6
Sweden		312.8	304.5	300.6	292.6	287.7	:
United Kingdom		398.9	396.2	387.6	374.5	356.7	341.8
Croatia		566.7	561.1	552.7	545.0	545.5	548.3
Former Yugoslav Republic of Macedonia, the		479.2	481.5	477.8	470.2	463.1	:
Turkey		264.7	235.0	241.2	:	:	:
Norway		432.3	428.2	420.6	405.9	402.7	382.3
Switzerland		596.9	584.4	568.9	555.6	540.9	539.3

Fig. 24. Număr de paturi în spitale la 100.000 de locuitori (Eurostat)\*

\*) Figura 24 este reprodusă în facsimil.



În perioada februarie—august 2010 s-a desfășurat o amplă analiză de evaluare a spitalelor, în urma căreia 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, astfel încât numărul de paturi raportat la numărul locuitorilor s-a apropiat de media europeană.

În interiorul țării există discrepanțe între județe în ceea ce privește atât repartitia tipurilor de spitale (fig. 25), cât și numărul de paturi raportat la populație, așa cum rezultă din fig. 26.

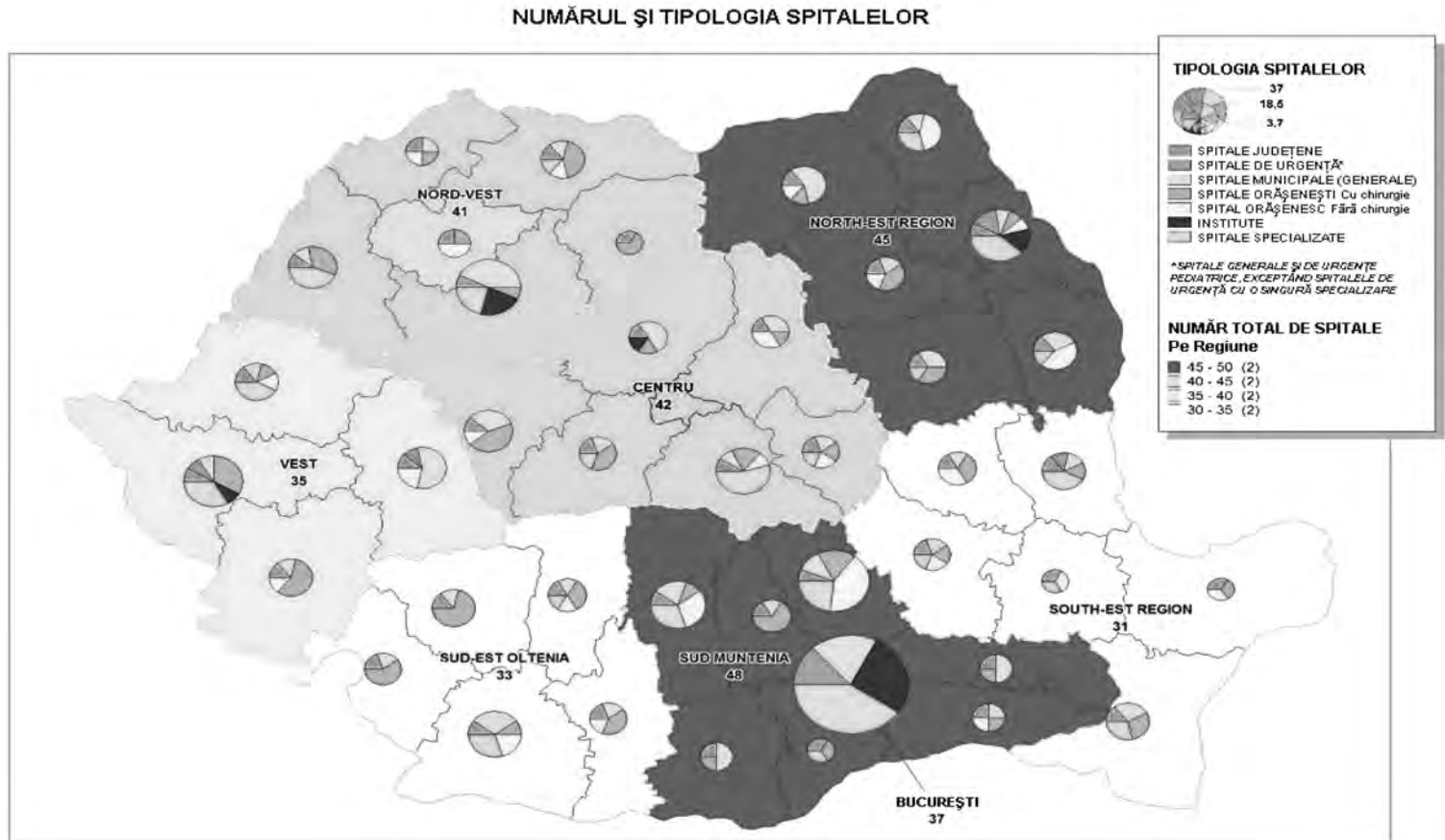


Fig. 25. Repartiția spitalelor pe județe\*)

(Antunes, Mordet, De Groote — „Elaborarea unei strategii pentru dezvoltarea infrastructurii spitalicești în România”)

\*) Figura 25 este reprodusă în facsimil.

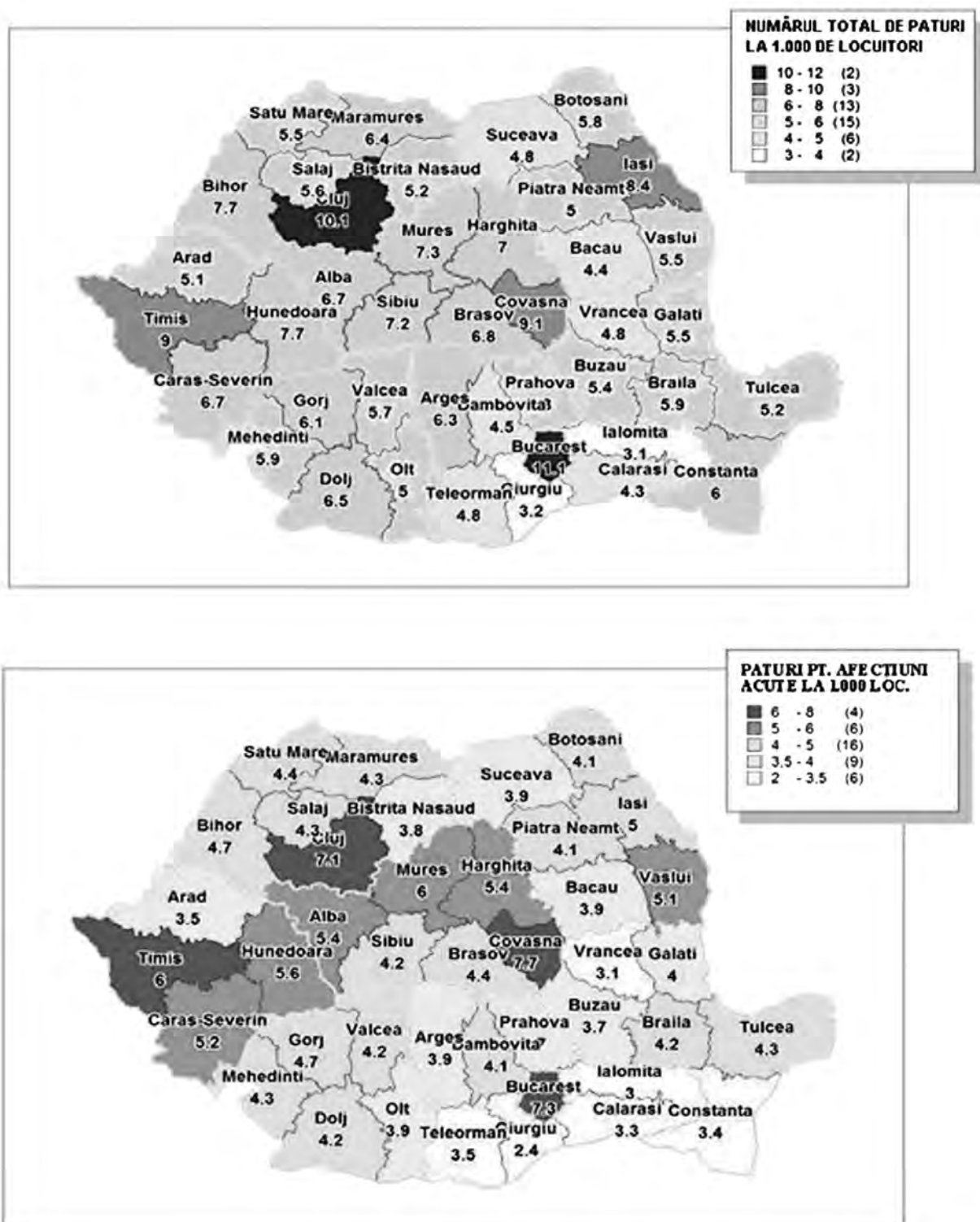


Fig. 26. Numărul de paturi totale și paturi pentru afecțiuni acute pe județ\*)

(Antunes, Mordelet, De Groot „Elaborarea unei strategii pentru dezvoltarea infrastructurii spitalicești în România”)

\*) Figura 26 este reprodusă în facsimil.

Spitalele sunt organizate conform unui capitol din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, ca fiind „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 ministerului care administrează sistemul sanitar în care este inclus spitalul). MS aproba structura și modificările aduse acesteia, organizarea și numărul de paturi, precum și denumirea și adresa spitalului. Consiliul local putea doar să furnizeze o opinie în privința acestor aspecte. Aceeași reglementare se aplica spitalelor private.

Comitetul consultativ era, până în iunie 2010, principalul organism de administrare al unui spital. Membrii comitetului erau prevăzuți prin lege: 2 reprezentanți ai MS, 2 reprezentanți ai autorităților locale dintre care unul este 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 aplece în conflict de interese, iar declarația de interese era elaborată de MS. Legea prevedea faptul că acest comitet trebuie să ia decizii strategice și poate face doar recomandări directorilor, dar nu are putere legală, 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, unități 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 MS 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 este transferată către Consiliul 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 435, aflate în subordinea 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 județene și a municipiului București 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.

#### D. Finanțare

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 (fig. 27).

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		4899.14 (p)	4797.91 (p)	5187.00 (p)	5658.97 (p)
Japan		2371.80	2334.58	2342.01	:

Fig. 27. Resurse alocate sănătății — euro/locuitor (Eurostat)\*)

Sectorul spitalicesc din România consumă în mod constant aproximativ 50% din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS) (51,47% în 2006 — vezi fig. 28, 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, programe naționale de sănătate, precum și fonduri alocate de către autoritățile publice locale.

\*) Figura 27 este reprodusă în facsimil.



Sursa: Raport Casa Națională de Asigurări Sănătate pentru anul 2006

Fig. 28. Ponderea asistenței medicale pe domenii în totalul cheltuielilor pentru servicii medicale și medicamente\*)

Toate aceste fonduri duc la un procent 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 fonduri primite din partea CNAS, 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.

Sistemul de finanțare al spitalelor afirmativ ține cont de principiul „banii urmează pacientul”, în realitate însă acest principiu se aplică doar parțial la nivelul caselor județene de asigurări de sănătate, iar în cazul CNAS, transferurile către casele județene nu se realizează pe baza unor criterii bine definite.

Veniturile de la 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 grupuri de diagnostic omogene din punct 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 grupul de diagnostic 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 bazează 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 CNAS pentru operațiile de adenomectomie de prostată (rezeccia 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 CNAS la fel ca cele care necesită ventilație mecanică 30 de zile;

\*) Figura 28 este reprodusă în facsimil.

— există și situații inverse, în care sumele plătite de CNAS sunt mult mai mari decât costurile reale din România: de exemplu, cazurile neurologice de pacienți 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 un procent important din totalul internărilor îl constituie afecțiunile care pot fi și sunt tratate în alte țări la nivele inferioare de asistență medicală (primare 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 ce 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 procente 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 (salarile) 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 medicale și altor cheltuieli (hrană, spălătorie, pază).

Spitalul este autorizat să păstreze surplusul creat la finele anului fiscal. Din surplus, 20% se adaugă la fondul de dezvoltare al spitalului, împreună cu amortizarea, active 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 Curții de Conturi.

#### E. 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. Administrarea spitalelor, înainte de adoptarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 48/2010, era grevată de același centralism și de aceeași rigiditate. Astfel, managerul era numit de MS după promovarea unui concurs sau 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, ca și directorul responsabil cu cercetarea în spitalele 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 sau 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 superior 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 guvernanta trebuie aprobate la nivel central de Ministerul Sănătății. Managerii de spital nu au autoritatea necesară pentru a organiza și 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, aflate 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”.

În ceea ce privește reforma în sănătate și managementul spitalicesc, BM prezintă 3 tipuri de schimbări organizaționale: autonomizare, corporatizare și privatizare. Cele 3 tipuri de reforme implică reducerea controlului guvernamental direct exercitat asupra spitalelor publice și expunerea lor mai pronunțată la piață sau la cvasipiață (Preker, A., Harding, A., „Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals”. The World Bank. 2003).

Definiția termenului de „corporatizare” intervine în cadrul unui proces global, care are scopul de a transforma progresiv modul de conducere a spitalelor, prin intermediul a 3 pași succesivi:

- Pasul 1: sporirea autonomiei de management a spitalelor publice, în comparație cu alte administrații publice
- Pasul 2: corporatizarea (aplicarea regulilor conducerii corporative)
- Pasul 3: transfer progresiv și complet al instituției sanitare din sectorul public către un management privat.

Analiza sistemului din România arată că regulile de conducere a spitalelor erau, până în iunie 2010, încă în faza Pasului 1, fiind necesară o creștere a autonomiei spitalului public. Într-adevăr, regulile de angajare și competențele consiliului consultativ și ale managerului de spital nu erau în conformitate cu regulile conducerii corporative, în conformitate cu standardele BM, așa cum se arată în fig. 29:

Reguli de conducere corporativă aplicate spitalului public	Reforma în România Da/Nu
Statut juridic (spitalul public este o entitate publică)	Da
Autonomie financiară și administrativă	Da, dar foarte limitată în practică
Responsabilitate financiară (riscul de faliment)	Nu
Spitalul public își poate păstra profitul financiar	Da
Spitalele publice trebuie să își finanțeze propriul deficit	Da
Spitalul public este supus unei competiții reale	Nu
Veniturile spitalului se bazează pe activitatea sa	Da, dar cu o importantă componentă de finanțare istorică
Cu o remunerație specifică pentru activitățile de interes public	Da
Proprietate publică, dar management aferent conducerii corporative	Nu
Consiliul de administrație are uriașe responsabilități în ceea ce privește managementul și controlul spitalului	Nu
Managerul este numit și controlat de consiliul de administrație	Nu
Aplicarea legislației private a muncii	Nu
Aplicarea regulilor conducerii private	Nu
Cei care iau decizii în privința managementului spitalului (manager și consiliu de administrație) sunt puternici și autonomi, precum și independenți față de puterea politică	Nu

Fig. 29. Reguli de management corporativ ale Băncii Mondiale, în comparație cu reforma sistemului sanitar din România (Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare)  
(Antunes, Mordelet, De Groote — „Elaborarea unei strategii pentru dezvoltarea infrastructurii spitalicești în România”)

Referitor la aceste aspecte, în raportul „România — asistență tehnică pentru sprijinirea actualizării strategiei spitalicești”, elaborat de specialiști ai Băncii Mondiale în august 2009, se subliniază următoarele:

„În contextul României, există multe exemple de situații în care lipsa autonomiei și clarității în ce privește responsabilitatea limitează performanța sistemului.

Un exemplu este decizia Guvernului din 2008 de a mări salariile personalului sanitar cu 40% înainte de ultimele alegeri generale. Decizia nu a fost echilibrată cu alocări bugetare mărite pentru spitale și astfel conducerile spitalelor nu au putut ajusta costurile crescute cu salariile. Rezultatul este un vârtej de datorii în continuă creștere ale spitalelor care, în cele din urmă, pot destabiliza întregul sistem. Această situație nefericită ar fi putut fi evitată într-un sistem autonom de spitale.

Un alt exemplu este acela al spitalelor universitare. Mulți medici (inclusiv directori și șefi de secții) au contractul principal cu universitatea și, așadar, sunt loiali acesteia. Un al doilea contract (de importanță inferioară) reprezintă relația acestora cu spitalul, pentru tratarea pacienților și/sau prestarea de servicii de management. În acest tip de aranjament, membrii-cheie ai personalului spitalicesc sunt, în primul rând, responsabili în fața instituției academice externe. Aceștia nu au motive sau stimuli obiectivi de a acorda atenția adecvată prestației lor în spital în ce privește eficiența și eficacitatea.”

În aceste condiții, concluzia experților din raportul citat este fermă și neechivocă: „situația existentă în România nu respectă regulile de management performant, corporatist”, iar soluțiile propuse sunt creșterea autonomiei spitalelor, cu introducerea modelului de management corporatist și planificarea spitalicească sistematică.

O parte dintre prevederile criticate mai sus au fost deja modificate, odată cu adoptarea pachetului legislativ referitor la descentralizare. Astfel, conform noilor prevederi, managerul din unitățile descentralizate va încheia contractul de management

cu conducerea administrației locale, și nu cu ministrul sănătății, cum se întâmpla până atunci.

De asemenea, consiliul consultativ al spitalelor se înlocuiește cu consiliul de administrație, organism de conducere cu atribuții și competențe efective în coordonarea managementului unității. Conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 48/2010, consiliul de administrație are ca atribuții avizarea bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului, 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 nerealizarea 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.

#### F. Resurse umane

Managementul resurselor umane din sectorul sanitar trebuie îmbunătățit, în condițiile în care, comparativ cu țările europene, nivelul asigurării populației din România cu medici și cadre medii sanitare este inferior mediilor europene. În afară de distribuția teritorială neuniformă a personalului medical, se mai remarcă și insuficiența personalului de specialitate (fig. 30), mai ales pentru sectoarele preventive, medico-sociale, de sănătate publică și management al îngrijirilor de sănătate, ponderea inadecvată a personalului auxiliar, concentrarea personalului medical în zonele urbane și în spitale.

	1990	1995	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nr. de medici (fără stomatologi)	41.813	40.112	45.805	46.919	48.150	47.388	46.936	48.199	50.267
— la 10.000 de locuitori	18,0	17,7	21,0	21,6	22,2	21,9	21,7	22,4	23,4
Nr. de stomatologi	6.717	6.045	8.830	9.447	9.907	10.249	10.620	11.651	11.901
— la 10.000 de locuitori	2,9	2,7	4,1	4,3	4,6	4,7	4,9	5,4	5,5
Nr. de farmaciști	6.286	2.646	7.328	7.793	8.763	9.283	9.932	11.108	11.704
— la 10.000 de locuitori	2,7	1,2	3,4	3,6	4,0	4,3	4,6	5,2	5,6
Nr. de personal sanitar mediu	131.949	128.460	123.836	120.740	121.683	123.455	126.613	136.353	132.464
— la 10.000 de locuitori	56,9	56,6	56,8	55,6	56,1	57,1	58,7	63,3	61,6

NOTĂ: Începând cu anul 1997 sunt cuprinși farmaciștii, stomatologii, medicii, personalul mediu sanitar din sectorul public, particular și mixt.

Fig. 30. Numărul și rata densității categoriilor de personal sanitar  
Sursa: MS — CNOASIIDS

Alte probleme se referă la lipsa stimulentele pentru alegerea carierei medicale și a susținerii specialiștilor tineri, nivelul scăzut al salariilor și lipsa de legătură între performanța medicală și veniturile realizate oficial etc. Toate aceste aspecte relevă anumite disfuncții la nivelul procesului de planificare și formare a personalului medical, aspecte ce țin de mai multe instituții care nu au politici coordonate coerente în domeniu. Concomitent, modelul educațional din sănătate are o performanță redusă, niciuna dintre instituțiile medicale românești neafându-se în primele 500 din lume, în niciunul dintre clasamentele importante existente.

Personalul medical spitalicesc din România reprezintă unul dintre cele mai reduse procente comparativ cu media Uniunii Europene și chiar cu cea a noilor state membre din 2004, integrarea în Uniunea Europeană sporind șansele ca acest aspect să se deterioreze și mai mult, prin emigrarea în special a medicilor tineri. Această insuficiență maschează și alte dezechilibre importante în repartitia personalului medical, în special a medicilor și a asistentelor specializate, fiind frecvent întâlnite cazurile când la nivelul unor spitale există un singur medic specialist pe o secție, care în principiu trebuie să asigure continuitatea îngrijirii pentru toți bolnavii internați, 24 de ore, 7 zile pe săptămână. Una dintre cauzele frecvent invocate pentru această penurie de personal medical este modalitatea de salarizare, neatractivă atât din perspectiva veniturilor obținute, cât și datorită faptului că nu stimulează personalul performant.

În Raportul Comisiei prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România, intitulat „Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului”, se arată că analiza densității medicilor în țările din regiunea europeană a Organizației Mondiale a Sănătății arată că România se află pe locul 31 din 33 de țări, cu o densitate de 1,9 medici la 1.000 de locuitori, doar Albania și Bosnia-Herțegovina înregistrând densități mai mici decât țara noastră. România ocupă ultimele locuri, înregistrând o situație la fel de critică și pentru asistentele medicale (3,89 asistente medicale la 1.000 locuitori), dentiști (cu 0,22 dentiști la 1.000 de locuitori) și farmaciști (0,06 farmaciști la 1.000 de locuitori). Aceleași comentarii se pot face și pentru moașe, în toate aceste situații România având un număr cu cel puțin o treime mai mic decât media europeană, în condiții de mortalitate și morbiditate mult superioare mediei Uniunii Europene, iar la nivelul anumitor specialități medicale deficitul de personal este și mai mare. Trebuie menționat că această situație reprezintă o continuitate a sistemului sanitar din România ultimelor 4 decenii, resursele umane sanitare din România fiind în permanență mult reduse

față de media europeană. Astfel, chiar dacă în anumite domenii după 1990 a avut loc o dezvoltare importantă, spre exemplu numărul absolvenților facultăților de farmacie crescând de aproape 4 ori în această perioadă, aceste creșteri au avut loc fără existența unui program coerent pe termen lung, nereușind astfel să recupereze deficitele existente deja.

În același timp, în afara numărului redus de personal medical la nivel național, există și importante dezechilibre geografice, prin concentrarea resursei umane în mediul urban în detrimentul celui rural, precum și prin evitarea regiunilor sărace sau a celor populate cu grupuri specifice și care sunt cele mai expuse la risc (minorități, săraci etc.). Astfel sistemul nu poate răspunde adecvat la nevoile specifice acelor grupuri sau regiuni.

În același raport al Comisiei prezidențiale se subliniază că, din punctul de vedere al distribuției geografice, cele mai defavorizate regiuni sunt Sud și Sud-Est (773, respectiv 655 locuitori/1 medic). Regiunea de Nord-Est este cel mai slab acoperită cu medici în mediul rural (2.778 locuitori/1 medic). În mediul rural există 98 de localități fără medic. Și pe specialități acoperirea județelor cu medici este disproporționată. În mai mult de o treime din județele țării, o treime dintre specialități nu sunt acoperite. Printre specialitățile lipsă în unele județe se numără și specialități clinice extrem de importante pentru asigurarea accesului la servicii, care se adresează unor patologii frecvente: de exemplu, în chirurgie pediatrică, urologie, cardiologie, endocrinologie.

Ca și la medici, există un dezechilibru geografic și la nivelul asistenților medicali, în județe precum Giurgiu, Harghita, Vrancea sau Suceava cu o densitate de sub 3 asistenți la 1.000 de locuitori, față de 4,5 la 1.000 de locuitori (media pe țară) și 7 la 1.000 de locuitori (media în Uniunea Europeană). O situație asemănătoare se întâlnește și la farmaciști și dentiști, concentrarea făcându-se și în aceste cazuri în zonele urbane puternic dezvoltate economic și, cu prioritate, în centrele universitare.

Situația este pe cale de a se înrăutăți ca urmare a posibilității personalului medical din România de a lucra în țările Uniunii Europene, fapt ce va duce la o diminuare a personalului în domeniul medical, mai ales în rândul tinerilor și al celor înalt specializați. Este de așteptat ca structura pe vârste a medicilor de familie și mobilitatea crescândă a forței de muncă (odată cu integrarea în Uniunea Europeană) să supună sistemul de sănătate la presiuni considerabile. Ca urmare a acestor aspecte, analiza comparativă a țărilor din Uniunea Europeană, coroborată cu faptul că România are printre cei mai slabi indicatori ai stării de sănătate — ceea ce ar necesita un număr crescut de personal medical —, conduce la aserțiunea că există un important deficit de personal medical la nivel național.



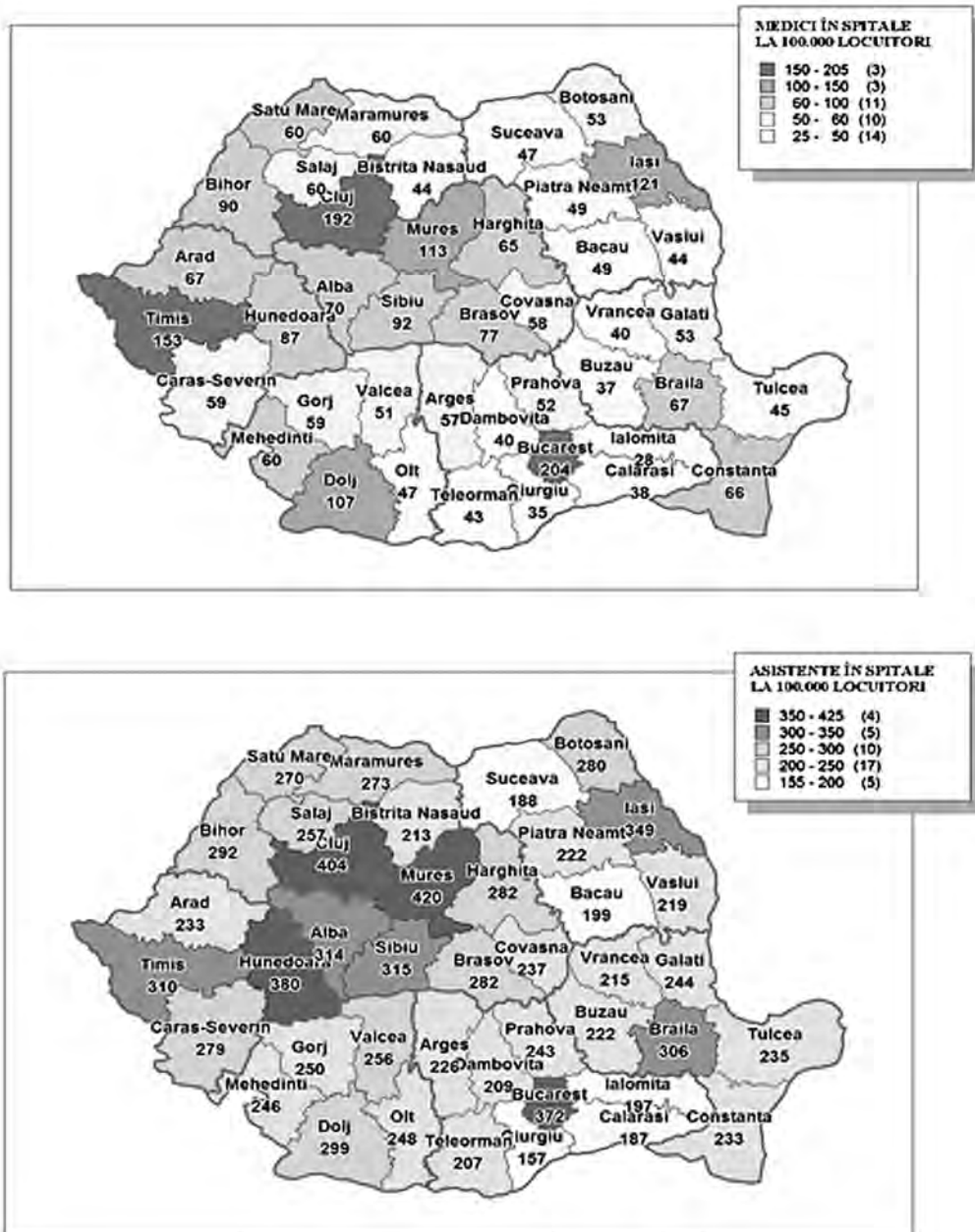


Fig. 31. Repartiția pe județe a medicilor și asistentelor din spitale\*)  
 (Antunes, Mordet, De Groot — „Elaborarea unei strategii pentru dezvoltarea infrastructurii spitalicești în România”)

\*) Figura 31 este reprodusă în facsimil.

Din punctul de vedere al capacității personalului sanitar de a răspunde nevoilor de sănătate ale populației, acest lucru depinde primordial de procesul formării personalului medical. Deși se poate aprecia că, cel puțin formal, programele din România corespund criteriilor Uniunii Europene, cel puțin din punctul de vedere al specialităților și duratei de pregătire, în mod practic există serioase probleme legate de conținutul acestei formări. În cursul procesului de formare, personalul sanitar — cu precădere medicii — primește informații sumare despre aspecte cu impact major asupra pacienților, precum cele legate de calitatea serviciilor de sănătate sau de implicațiile economice ale deciziilor medicale. Sistemul actual de învățământ medical se concentrează primordial pe capacitatea de memorare, reducând capacitatea de dezvoltare a unor deprinderi de analiză critică ce ar putea duce la formarea unor deprinderi de practică medicală bazată pe evidențe (*Evidence Based Medicine*). Sistemul de formare actual mai degrabă inhibă lucrul în echipă și cooperarea interdisciplinară, cu efect direct în gama limitată de servicii oferite pacienților și populației.

Începând cu anul 1978 formarea profesională a moașelor a încetat să existe. Aceasta a fost reluată abia odată cu procesul de aderare la Uniunea Europeană, prin înființarea colegiilor universitare de moașe. Se poate considera că lipsa moașelor a contribuit și ea la mortalitatea maternă și infantilă încă mare în România.

În multe cazuri sistemul de învățământ ține cont mai mult de normarea cadrelor didactice și mai puțin de nevoile de sănătate ale populației. Acest sistem de formare, cuplat cu atributul de autoreglementare profesională, duce în multe circumstanțe la lipsa de responsivitate față de nevoile și cerințele populației.

Un alt factor ce afectează performanța resurselor umane din sănătate este cel legat de prezența unui sistem insuficient de motivare. Acesta se referă atât la veniturile obținute de personalul medical, cât și la aspecte precum condițiile nesatisfăcătoare de muncă și posibilitatea redusă de promovare profesională pe baza unor criterii obiective.

Din punctul de vedere al câștigurilor, la nivel internațional se consideră că un venit decent mediu al unui medic ar trebui să fie de circa 3 ori câștigul mediu la nivel național („Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?” Lewis Maureen, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2000). La nivelul anului 2008 în România acest raport este pentru medicii specialiști de circa 1,5—2 față de câștigul mediu salarial pe economie.

În același mod se acceptă ca venitul mediu al asistenților să fie de circa 1/3—1/2 din venitul medicului. În cadrul fiecărei profesii există însă diferențe semnificative, de exemplu la medicii rezidenți, unde venitul este de regulă cam 1/3 din venitul unui medic specialist, la care se pot adăuga diferite facilități nesalariale, specifice statutului de personal aflat în proces de învățământ. La nivelul lunii iunie 2010, câștigul salarial mediu brut în sectorul de sănătate (tot personalul din sistem este inclus) a fost de doar 1.779 lei, reprezentând doar 91,18% din media națională a salariului brut (1.951 lei), conform datelor Institutului Național de Statistică, cele mai mici venituri înregistrându-se la nivelul personalului nonmedical din sistemul de sănătate.

Elementele de planificare se bazează până de curând pe capacitatea de educație a instituțiilor de învățământ și mai puțin pe nevoile de sănătate la care personalul din sănătate ar trebui să răspundă. Astfel, pentru a da exemplul medicilor, România se confruntă până în anul 2005 cu un paradox: deși avea un număr mic de medici, specializa doar un procent redus din numărul absolvenților facultăților de medicină. Începând cu anul 2005, odată cu adoptarea legislației europene conform căreia dreptul de liberă practică medicală este condiționat de obținerea titlului de medic specialist, numărul de locuri scoase la concurs

pentru intrarea în specialitate acoperă practic integral cifra de absolvenți ai facultăților de medicină.

Sintetizând, se poate aprecia că principalele probleme de resurse umane de la nivelul sistemului de sănătate sunt următoarele:

- necesitatea unei îmbunătățiri a coordonării funcționale între instituțiile cu atribuții în domeniu (în principal MS și Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului) prin dezvoltarea și armonizarea capacității comune de planificare în domeniul resurselor umane din sănătate;
- existența unor importante deficite în ceea ce privește numărul total al profesioniștilor din sănătate;
- existența unor dezechilibre în ceea ce privește repartitia teritorială a personalului sanitar necesar, dar și în ceea ce privește repartitia între diferite profesii și specializări;
- inexistența unui sistem adecvat de motivare a personalului din sănătate, fapt ce duce, pe de o parte, la scăderea atractivității pentru intrarea în sistem și, pe de altă parte, la creșterea numărului celor ce părăsesc sistemul;
- insuficiența unor oportunități pentru dezvoltarea carierei profesionale, cu existența, în unele cazuri, a unor criterii de promovare subiective.

### G. Plățile informale, corupția și malpraxisul

#### Plățile informale

Plățile informale sunt omniprezente în sectorul spitalicesc. Ele limitează și îngreunează accesul la diferite servicii spitalicești, această practică acționând în multe cazuri ca o metodă de raționalizare *de facto* a serviciilor medicale oferite.

Un studiu al BM („Raport privind plățile informale în sectorul sanitar din România”, prezentat de LEGICON și CURS pentru MS, în cadrul unui proiect al BM, 2005) estima că totalul plăților informale din România anului 2004 era peste 300 milioane euro și că reprezintă o mare parte din plățile totale de numerar (41%). Acestea sunt mai frecvente în cazul serviciilor prestate pacienților internați și, într-adevăr, în 2008, conform studiului privind bugetul familial, peste 60% dintre pacienții internați au raportat că au plătit neoficial sume (3% pentru toate tipurile de asistență). Principala motivație pentru cei care oferă plăți neoficiale personalului din sectorul sanitar este primirea de îngrijiri adecvate sau prompte (45%); alte motivații menționate sunt tradiția (21%) sau recunoștința (11%).

Opinia generală este că majoritatea personalului sanitar dă impresia, mai mult sau mai puțin explicit, că așteaptă plata unei sume suplimentare pentru prestarea serviciilor medicale. În multe cazuri, această „așteptare” este arătată treptat, începând cu voga sugestie și ajungând chiar la refuzul de a presta serviciul în cauză. Aceasta poate să fie una dintre explicațiile pentru care unii pacienți din secțiile de chirurgie pot rămâne în spital pentru un episod complet de internare, dar fără a fi operați. Medicilor care nu practică asemenea metode nu le vine să creadă existența acestui fenomen și neagă cu vehemență existența lui.

Experiența internațională arată că, în problema plăților informale din sistemul sanitar, creșterea salariilor personalului este doar o condiție necesară, dar nu și suficientă, pentru eradicarea sau reducerea semnificativă a fenomenului fiind necesare și alte măsuri, precum:

- impunerea de sancțiuni clare împotriva celor ce acceptă plăți informale;
- introducerea de mecanisme pentru formalizarea unora dintre plățile neoficiale (cu măsuri de protecție a accesibilității grupurilor defavorizate economic);
- stimularea dezvoltării unui sector sanitar privat atât de asigurări medicale private, cât și de furnizare de servicii sanitare comprehensive;
- modificarea sistemelor de plată a serviciilor, care să încurajeze serviciile eficiente și performanța profesională.

Existența neîncrederii la nivelul tuturor palierelor societății românești, asimetria informațională majoră dintre bolnav și prestatorul de servicii medicale, necunoașterea drepturilor pacientului se dovedesc a fi cauze importante care contribuie la menținerea acestor practici.

#### Corupția

Un studiu la scară largă al BM din anul 2000 („Studii diagnostice ale corupției din România”, BM) a relevat faptul că 47% din totalul familiilor din România cred că toți sau cea mai mare parte a oficialilor din sectorul sanitar sunt corupți. Aceeași viziune este împărtășită și de 41% din numărul oficialilor publici și de 54% dintre instituții.

Corupția din sectorul sanitar poate avea multe forme: mită (dare și luare), furt (însușirea de bunuri, fonduri publice pentru servicii private, furt la scară largă al fondurilor publice), corupția birocratică și politică, dezinformarea în scopul câștigului privat (abuzul din relația element principal — agent, fraudă secretă, fraudă legată de rețete, cereri false de asigurări).

Cea mai vizibilă formă de corupție la nivelul sectorului sanitar sunt plățile neoficiale sau informale pentru internarea în spital sau cadourile în alte structuri medicale. Aceste plăți din propriul buzunar sunt o cultură înrădăcinată și au devenit parte integrantă a sistemului de îngrijiri medicale, care duce mare lipsă de fonduri (mai ales în ceea ce privește salariile profesioniștilor din domeniu).

Un alt aspect care poate fi încadrat, la limită, în corupție este generat de stimularea cererii „autoinduse” de servicii spitalicești prestate de aceiași medici. Un număr important dintre medicii care profesează în spitale au și cabinete private, pe lângă locul de muncă din sectorul public. Practic, toate aceste cabinete private au contracte cu CAS, care le dă dreptul de a emite trimiteri pentru tratamente în spital acoperite de CAS. Puținele cabinete private care nu au contracte cu CAS pot trimite pacienții înapoi la medicul de familie ca să primească trimiterea pentru internarea în spital. Se generează astfel o cerere nejustificată întotdeauna de servicii spitalicești, mult mai costisitoare pentru sistem. În același timp, astfel de situații trebuie analizate din perspectiva unui potențial conflict de interese între calitatea simultană a unui cadru medical de angajat în sistemul privat și în cel public, cu atât mai mult cu cât acesta are și o funcție de conducere. Sunt cunoscute în acest sens, de exemplu, situații în care echipamentele unor secții de imagistică medicală sunt defecte și nereparate, în timp ce unitatea privată de imagistică la care lucrează în paralel șeful secției publice funcționează din plin. Mai mult, sunt informații că această activitate paralelă a personalului medico-sanitar, atât în instituțiile publice, cât și în cele private, permite apariția situațiilor în care un serviciu este plătit încă o dată de către pacient, la cabinetul privat, deși el este efectuat în spital.

Potențial ridicat de apariție a practicilor de corupție există și în domeniul contractării sau achizițiilor. Se cunoaște că societățile farmaceutice au bugete mari de marketing și că spitalele, mai ales liderii de opinie (șefii de departamente, profesorii de specialitate etc.), devin „ținte” în vederea creșterii vânzărilor. Un studiu recent al BM privind sectorul farmaceutic a arătat că mita este un fenomen obișnuit al acestui sector (BM, 2007, Andreas Seiter — „Romania: Pharmaceutical Sector Analysis”). Această practică are un efect negativ asupra eficienței spitalului, deoarece medicamentele nu sunt achiziționate în cadrul unei liste de medicamente și pe baza eficienței lor clinice, ci pe baza considerațiilor (sau convingerii) personale.

Tipuri similare de practici pot și par să afecteze majoritatea achizițiilor din sectorul spitalicesc, incluzând, pe lângă medicamente, și materialele sanitare, reactivii și consumabilele de laborator, alimentele, lucrările de modernizare sau de întreținere, diferitele prestări de servicii (întreținerea

echipamentelor, curățenia, paza etc.). Obligarea spitalelor, ca instituții publice, de a realiza aceste achiziții în principal prin sistemul electronic de licitații nu a eradicat aceste practici, ci le-a conferit noi valențe, mai elaborate: mass-media citează cazuri de specificații tehnice elaborate de către comisiile tehnice de licitații „cu dedicație” pentru anumite firme, realizarea de achiziții directe de la anumiți furnizori sub pretextul unor situații de așază urgentă, descalificarea pe criterii subiective a ofertanților cu oferte mici în favoarea celor „agreați”, cu prețuri mai mari etc.

#### Malpraxisul medical

Modul în care acest domeniu al malpraxisului este reglementat poate avea consecințe directe, pozitive sau negative, asupra resurselor umane din sănătate, în special asupra medicilor. Situația din România a dus practic la un singur câștigător în acest domeniu — companiile de asigurări — și la 2 perdanți: personalul medical și, mai ales, pacienții. Actuala legislație a dus la situația în care despăgubirile de malpraxis sunt extrem de anevoioase și rare, pacienții fiind supuși la eforturi uriașe, de timp și bani, concomitent cu implicarea în același procedeu și a personalului medical care a plătit asigurarea de malpraxis, tocmai pentru a fi scutit de asemenea experiențe.

Un pas înainte în acest domeniu a fost realizat prin adoptarea Ordinului ministrului sănătății nr. 1.016/2010 privind completarea Regulamentului de organizare și funcționare a comisiei de monitorizare și competență profesională pentru malpraxis, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății publice nr. 1.343/2006, implementând suplimentar un sistem centralizat de raportare lunară obligatorie a cazurilor de malpraxis și a modului de soluționare a acestora, pe baza unui formular standardizat.

O abordare eficientă și în acord cu practica modernă în acest domeniu ar presupune schimbarea modelului din România care perene eroarea medicală ca faptă penală, concomitent cu realizarea unor reglementări care să ducă la utilizarea asigurării de malpraxis pentru scopul său, *i.e.* despăgubirea rapidă a pacienților ce au avut de suferit.

#### H. Asigurarea calității

Asigurarea calității se află într-un stadiu incipient de evoluție în sistemul spitalicesc, ca de altfel în întreg sistemul de sănătate din România. Normele și standardele de calitate sunt în faze incipiente de dezvoltare, dar chiar și așa respectarea normelor și condițiilor minime nu este pusă în aplicare. Laboratoarele sunt o excepție de la această regulă: controlul de calitate este asigurat prin certificate ISO 9001/2008, precum și prin standarde specifice care începând cu anul 2010 au devenit criterii obligatorii pentru intrarea în relație contractuală cu casele de asigurări sociale de sănătate.

Protocolurile clinice terapeutice, instrumente de susținere a calității absolut necesare, sunt în curs de elaborare; 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.

Experiența altor state a dovedit că stimularea procedurilor de creștere a calității serviciilor medicale este posibilă prin măsuri complexe și bine gândite. În acest sens, în raportul „România — mecanisme de plată a furnizorilor — aspecte și opțiuni pentru reformă”, redactat în septembrie 2009 de Robert Dredge, consultant al BM, se arată: „Pentru a încuraja atât calitatea, cât și potențialele câștiguri economice, câteva state au dezvoltat alți indicatori încorporați în sistemul de plată DRG. Pentru a descuraja externarea prematură a pacienților, câteva state au introdus un proces în care furnizorul este responsabil pentru costurile generate de reinternarea pacientului în aceeași stare într-un interval de timp prestabilit de la externare. Drept urmare, plătitorul nu plătește de două ori. În S.U.A. au fost stabilite proceduri mai complexe de îmbunătățire a calității, care

sunt implementate în prezent și în state precum Anglia. Printre acestea se numără modelul Premier care conține în jur de 32 de indicatori de calitate care pot fi cumulați și cuantificați astfel încât să se obțină plăți suplimentare în cazul realizării unui anumit punctaj. Rolul prețurilor de bază ale DRG se reduce la finanțarea elementului calitativ. Astfel toate spitalele sunt imediat stimulate să reacționeze la aceste măsuri care vizează calitatea.”

Un alt aspect criticat de experții BM este cel legat de neclaritățile în înțelegerea și în definirea procedurilor de evaluare a calității în România: „Distincția dintre autorizare și acreditare nu este clară în România și niciuna dintre proceduri nu este implementată adecvat. Deși există o procedură de autorizare pentru spitale, multe spitale nu îndeplinesc standardele impuse, dar continuă să funcționeze în baza unei licențe temporare, pe termen nedefinit. Conform experienței internaționale, procesul de autorizare trebuie să stabilească standarde și să prevadă resursele minime necesare pentru derularea unei activități date, permițând astfel clasificarea spitalelor conform nivelurilor de asistență asigurată. În Legea pentru reforma în domeniul sănătății se sugerează faptul că alocarea nivelurilor de asistență este o componentă intrinsecă a acreditării”, subliniază raportul „România — asistență tehnică pentru sprijinirea actualizării strategiei spitalicești”, redactat de J. Pikani, D.I. Sava în august 2009.

În ceea ce privește acreditarea spitalelor, în anul 2009 a început să funcționeze Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor, care cuprinde reprezentanți ai Președinției, ai Guvernului, ai Academiei Române, ai Colegiului Medicilor din România, ai Ordinului Asistenților Medicali din România. În general acreditarea se referă mai ales la standarde uniforme privind calitatea pe care spitalele ar trebui să se străduiască să le îndeplinească — cumva independent de nivelul de asistență pe care îl acordă — și la procese interne și externe implementate pentru a se asigura că se verifică în mod curent măsurarea performanțelor în comparație cu standardele menționate și îmbunătățirea acestora.

Metodologiile și legislația secundară referitoare la acreditare au fost de-abia recent finalizate. Astfel, MS, la propunerea Comisiei Naționale de Acreditare a Spitalelor, a aprobat procedurile, standardele și metodologia de acreditare a spitalelor prin Ordinul ministrului sănătății nr. 972/2010. Tot în luna iunie 2010, Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 48/2010 a introdus prevederi imperative referitoare la termenul în care spitalele trebuie să solicite acreditarea. Astfel, în acest act normativ se prevede că, dacă în termen de un an de la aprobarea procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare spitalele nu solicită acreditarea în condițiile legii, acestea pierd dreptul de a mai fi finanțate din fonduri publice. De asemenea, dacă spitalele acreditate nu solicită reacreditarea, în condițiile legii, cu cel puțin 6 luni înainte de încetarea valabilității acreditării, acestea pierd dreptul de a mai fi finanțate din fonduri publice.

Se apreciază că procesul de acreditare propriu-zis al spitalelor va demara în cursul anului 2011, după simularea procesului de evaluare la nivelul a 4 spitale-pilot, și va constitui unul dintre elementele de bază pentru creșterea calității serviciilor de sănătate acordate asiguraților.

### 3. Priorități, politici și cadru juridic existente

Prin Programul național de dezvoltare (PND) pe perioada 2007—2013 România și-a definit prioritățile și direcțiile de dezvoltare pe termen mediu. Strategia PND 2007—2013 este structurată pe 6 priorități naționale de dezvoltare, respectiv:

- creșterea competitivității economice și dezvoltarea economiei bazate pe cunoaștere;
- dezvoltarea și modernizarea infrastructurii de transport;
- protejarea și îmbunătățirea calității mediului;

- dezvoltarea resurselor umane, promovarea ocupării și a incluziunii sociale și întărirea capacității administrative;
- dezvoltarea economiei rurale și creșterea productivității în sectorul agricol;

▪ diminuarea disparităților de dezvoltare între regiunile țării.  
În interiorul acestor priorități sunt abordate numeroase domenii/sectoare de intervenție specifice, între care sănătatea ocupă un loc important, prin:

- creșterea accesibilității populației la serviciile de sănătate;
- îmbunătățirea calității și siguranței actului medical;
- transparența decizională în scopul creșterii eficienței în utilizarea resurselor alocate și în eliminarea pagubelor și a actelor de corupție;
- dezvoltarea și modernizarea infrastructurii sistemului de sănătate;
- asigurarea resurselor umane profesionalizate;
- armonizarea legislativă și administrativă cu sistemele de sănătate din statele Uniunii Europene.

Aceste obiective se suprapun cu prevederile Programului de guvernare.

De asemenea, prin Hotărârea Guvernului nr. 1.088/2004 pentru aprobarea Strategiei naționale privind serviciile de sănătate sunt stabilite următoarele obiective strategice:

1. Crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant, care să furnizeze îngrijiri mai eficiente și mai eficace, cum ar fi îngrijirile ambulatorii integrate cu cele spitalicești, spitalizarea de zi, spitalizarea de o zi, precum și îmbunătățirea serviciilor de diagnostic și tratament

2. Extinderea serviciilor de asistență primară, în special a îngrijirilor la domiciliu, eliberării medicamentelor în regim ambulatoriu, crearea unor centre de sănătate multifuncționale atât în mediul urban, cât și în cel rural și integrarea asistenței primare cu serviciile ambulatorii de specialitate și serviciile spitalicești, în conformitate cu programele naționale de sănătate

3. Asigurarea unei finanțări adecvate și sustenabile, în vederea stimulării performanței spitalelor, în concordanță cu politicile sanitare și cu ținta de planificare națională pe termen lung a numărului de paturi de spital, care să conțină elemente stimulativă pentru furnizarea eficientă a serviciilor spitalicești

4. Închiderea, transformarea sau restructurarea unităților spitalicești care nu sunt necesare sau care sunt subutilizate, în vederea reducerii pierderilor financiare, și utilizarea resurselor economisite pentru dezvoltarea noilor priorități în sistemul de sănătate, bazate pe reducerea numărului internărilor și a duratei medii de spitalizare, concomitent cu creșterea ratei de ocupare a paturilor și îmbunătățirea rezultatelor activității

5. Îmbunătățirea sistemelor de conducere și management operațional și furnizarea unei capacități adecvate de a conduce și monitoriza reformele strategice în sistemul de sănătate

6. Revizuirea cadrului de reglementare de la nivel central pentru a permite implementarea rapidă a reformei în sistemul de sănătate și descentralizarea ulterioară a managementului operațional și financiar, în vederea găsirii celor mai bune soluții pentru acoperirea nevoilor locale, inclusiv servicii pentru populația defavorizată sau vulnerabilă

7. Dezvoltarea unui sistem modern de acreditare a serviciilor de sănătate și a unor sisteme adecvate de monitorizare a managementului calității

8. Creșterea participării sectorului privat în finanțarea serviciilor de sănătate prin îmbunătățirea reglementării sistemului privat de asigurări de sănătate în urma aprobării Legii asigurărilor private de sănătate, care să permită competiția pentru fonduri suplimentare a furnizorilor de servicii medicale publice sau privați, altele decât cele colectate prin contribuția obligatorie la Fondul național unic de asigurări de sănătate

9. Transferul îngrijirilor furnizate în spitale pentru cazurile sociale și pentru vârstnici către unități/organizații ale autorităților

locale și/sau către unități private, astfel încât spitalele să se poată concentra pe furnizarea îngrijirilor de tip acut

Cadrul legislativ referitor la descentralizarea unor competențe ale MS este reprezentat de următoarele acte normative:

*Legi:*

- Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea-cadru a descentralizării nr. 195/2006;
- Legea administrației publice locale nr. 215/2001, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 273/2006 privind finanțele publice locale, cu modificările și completările ulterioare.

*Ordonanțe de urgență/Ordonanțe ale Guvernului*

- Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 48/2010 pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății în vederea descentralizării;
- 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;
- Ordonanța 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.

*Hotărâri ale Guvernului:*

- 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;
- Hotărârea Guvernului nr. 562/2009 pentru aprobarea Strategiei de descentralizare în sistemul de sănătate;
- Hotărârea Guvernului nr. 56/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Ordonanței 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 ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 139/2008 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii-cadru a descentralizării nr. 195/2006;
- Hotărârea 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;
- Hotărârea 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;
- Hotărârea 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;

- Hotărârea Guvernului nr. 1.106/2002 pentru declararea unor unități sanitare de interes public național, aflate în domeniul public al statului și în administrarea Ministerului Sănătății, cu modificările ulterioare.

**4. Definirea problemei**

În urma analizelor efectuate de către specialiștii din cadrul MS, a consultării reprezentanților diferitelor instituții implicate și a studierii raportului „România — asistență tehnică pentru sprijinirea actualizării strategiei spitalicești”, au fost identificate următoarele seturi de probleme:

- centralizarea instituțională excesivă și lipsa autonomiei manageriale reale a spitalelor care reduc capacitatea acestora de a răspunde activ și rapid la condițiile sociale și de piață în continuă schimbare;
- lipsa unui plan național și a unor planuri regionale pe termen lung referitoare la serviciile medicale în general, inclusiv a celor spitalicești;
- un sistem de finanțare a activității spitalicești care nu stimulează utilizarea cu eficiență a fondurilor alocate și nici creșterea calității serviciilor medicale;
- instabilitatea cadrului legislativ și multiplele schimbări de direcție în ceea ce privește structura și rolul sistemului sanitar;
- lipsa de criterii clare pentru aprecierea performanței și lipsa unei politici coerente de personal pe termen mediu și lung;

**5. Principii generale**

Prin punerea în aplicare a Strategiei naționale de raționalizare a spitalelor se urmărește asigurarea respectării principiilor echității, calității, responsabilității și centrării pe pacienți/cetățeni în sistemul serviciilor de sănătate, așa cum au fost descrise în Raportul comisiei prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România, intitulat „Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului” și redactat sub coordonarea prof. dr. Cristian Vlădescu. Toate aceste principii au fost, în diferite grade, asumate și acceptate de către toate guvernările post 1990, ele fiind în același timp în concordanță cu toate acordurile și documentele internaționale la care România este parte semnatară.

**A. Echitatea**

Echitatea presupune corectarea inegalităților din sănătate astfel încât oamenii să fie tratați corect, în funcție de nevoi. Cetățenii care fac parte din grupurile cu nivel socio-economic mai scăzut suferă o povară disproporțională a îmbolnăvirilor. Principiul echității recunoaște că factorii sociali, de mediu și cei economici, inclusiv lipsurile, educația, condițiile de trai și nutriția afectează atât starea de sănătate a individului, cât și abilitatea acestuia de a accesa serviciile. Accesul la îngrijiri de sănătate trebuie să fie astfel construit încât sistemul să răspundă la nevoile oamenilor mai curând decât să asigure doar simplul acces în funcție de localizarea geografică, apartenența culturală sau abilitatea de a plăti.

Asigurarea accesului echitabil la informații privind serviciile medicale și la modalitățile prin care le pot efectiv obține va conduce în final la îmbunătățirea stării de sănătate a cetățenilor.

Echitatea va trebui să stea în centrul dezvoltării tuturor politicilor publice pentru a reduce diferențele în starea de sănătate, diferențe care se regăsesc de-a lungul întregului spectru social al României.

**B. Centrarea sistemului pe cetățean**

Un sistem de sănătate centrat pe cetățean trebuie să fie un sistem cu structuri dinamice și integrate care se vor putea adapta diverselor și schimbătoarelor nevoi de sănătate ale societății în general și ale indivizilor în particular. Modul în care

serviciile de sănătate sunt furnizate în cadrul sistemului trebuie personalizat.

Acest lucru înseamnă că:

- serviciile trebuie organizate, localizate și accesate în așa fel încât să se țină cont de nevoile și preferințele comunităților pe care le deservesc;

- sistemele sociale și de sănătate trebuie să fie capabile să asimileze diferențele preferințelor pacienților și să încurajeze procesul de luare în comun a deciziilor;

- consumatorului să i se dea un control mai mare, dar și o responsabilitate mai mare pentru propria sănătate;

- consumatorii trebuie să aibă acces la informații de mare calitate în ceea ce privește sănătatea pentru a beneficia total de sistemul social și de sănătate și pentru a putea participa la deciziile legate de propria lor sănătate. Informațiile de calitate disponibile stimulează alegerea informată și sporesc șansele de menținere sau de recăpătare a stării de sănătate;

- o implicare sporită a consumatorului ca partener în planificare și evaluare reprezintă o componentă importantă în promovarea transparenței și responsabilizării în sistemul de sănătate.

### C. Calitatea

Conceptul de calitate în serviciile de sănătate presupune stabilirea de standarde bazate pe dovezi în parteneriat cu consumatorii și care sunt validate extern, în paralel cu recunoașterea și acceptarea îmbunătățirii continue, fiind ca o valoare a sistemului de sănătate.

Îmbunătățirea calității în sistemul de sănătate necesită implementarea ghidurilor internațional recunoscute bazate pe evidențe, educație continuă și angajamentul instituțiilor medicale și al profesiilor medicale în acest demers.

Garantarea calității presupune ca deficiențele sistemului să fie identificate, corectate și progresul în acest domeniu să fie monitorizat. Nu este suficientă doar stabilirea și atingerea standardelor. Doar dezvoltarea unei culturi a calității în tot sistemul de sănătate poate asigura furnizarea unor servicii omogene, de înaltă calitate și integrate atât la nivel local, regional, cât și național. Acest lucru implică o abordare interdisciplinară și o evaluare continuă a sistemului folosind tehnici precum auditurile clinice.

De asemenea, calitatea înseamnă că sistemul informațional trebuie să aibă capacitatea de a asigura feedback profesioniștilor, precum și consumatorilor în ceea ce privește calitatea serviciului prestat și primit. Calitatea este unul dintre principiile de bază care stau la fundamentul strategiei de sănătate.

### D. Responsabilizarea

Responsabilizarea include responsabilități financiare, organizaționale și profesionale.

Responsabilizarea este cu atât mai eficientă cu cât se realizează mai aproape de locul în care oamenii beneficiază sau nu de deciziile luate. De aceea, un corolar al responsabilității este descentralizarea organizațională și decizională ori de câte ori este posibil. Modele de planificare și evaluare mai bune trebuie să demonstreze că resursele existente sunt utilizate în mod cât mai eficient posibil. Întărirea și clarificarea responsabilităților, precum și mecanismele de măsurare vor necesita acțiuni pe mai multe fronturi. Ghidurile bazate pe dovezi, standarde profesionale mai înalte, cerințe tot mai mari ale organizațiilor din sistemul de sănătate, precum și așteptările și drepturile pacienților sunt doar câteva din cerințele la care profesioniștii din domeniul sanitar ar trebui să răspundă într-un sistem de sănătate modern, acesta fiind un alt aspect al responsabilizării care trebuie sprijinit și întărit.

## 6. Obiectivele strategiei

Procesul de cristalizare a obiectivelor prezentei strategii a început încă de la sfârșitul anului 2009, pornind de la rapoartele experților BM și dezvoltată pe baza unor consultări, colaborări și dezbateri intense și repetate, în care au fost implicați atât specialiștii din MS, cât și din Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, CNAS și de la Catedra de Sănătate publică a Universității de Medicină și Farmacie București. În contextul în care obiectivele și măsurile propuse au fost rapid însușite de conducerea MS, unele dintre ele au început deja să fie puse în practică și chiar finalizate în cursul anului 2010, deci înainte de intrarea prezentei strategii în dezbaterile publice propriu-zisă. Acesta este cazul obiectivelor specifice privitoare la reorganizarea și eficientizarea spitalelor, precum și la descentralizarea managementului spitalelor. Într-o fază ulterioară și-au adus o contribuție lucidă, obiectivă și critică și experții BM, care au analizat textul propus în lumina experiențelor internaționale în domeniul reformelor sistemelor de sănătate și au înaintat observații și comentarii care au permis cizelarea și nuanțarea unor aspecte importante ale strategiei. Astfel, în recenziile „Strategia națională privind raționalizarea spitalelor, Comentarii provizorii ale Echipei Băncii Mondiale”, redactată sub coordonarea expertului Antonio Duran, se menționează: „Pentru elaborarea acestui document s-au depus eforturi considerabile și s-a acordat atenție deosebită, ceea ce reprezintă o îmbunătățire a proiectului de strategie din noiembrie 2009. Diagnosticul este obiectiv și detaliat, iar strategia nu se limitează la aspectele «arhitecturale», limitate, ale planificării spitalicești, ci abordează problema finanțării, guvernantei și asigurării calității etc. Abordează, de asemenea, și raționalizarea spitalelor în contextul larg al reformelor care trebuie impuse pentru a îmbunătăți eficiența și echitatea accesului la sistemul de sănătate. De fapt, această strategie se extinde peste sectorul spitalicesc și poate fi considerată aproape o strategie provizorie a sistemului de sănătate.[...] Fără a pierde din vedere faptul că reformele ce trebuie aplicate pentru a îmbunătăți echitatea, eficiența și calitatea sectorului spitalicesc sunt multidimensionale, ar fi utilă concentrarea prezentului document pe reforma spitalelor. Un scurt document strategic ar putea fi întocmit în paralel prin care să se reflecte prioritățile-cheie ale guvernului prezentate în acest document (și coordonarea acestora cu strategia privind spitalele).”

Pe baza observațiilor de mai sus, obiectivele generale și specifice ale Strategiei naționale de raționalizare a spitalelor au fost regrupate în două mari capitole: Raționalizarea spitalelor și Priorități strategice complementare, astfel:

### I. Raționalizarea spitalelor:

1. Obiectivul general: „Crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor”

Obiective specifice:

1.1. Reorganizarea și eficientizarea spitalelor

1.2. Descentralizarea spitalelor și a managementului acestora

1.3. Adoptarea unui sistem clar de clasificare, elaborarea Planului național general privind spitalele și acreditarea spitalelor în funcție de clasificare

1.4. Informatizarea sistemului

2. Obiectivul general: „Asigurarea unei finanțări sustenabile și eficient utilizate prin remodelarea finanțării spitalelor”

Obiectiv specific:

2.1. Modificarea finanțării spitalelor prin sistemul asigurărilor de sănătate

II. Priorități strategice complementare:

3. Obiectivul general: „Remodelarea cererii de servicii medicale”

Obiective specifice:

3.1. Raționalizarea cererii de servicii spitalicești

3.2. Dezvoltarea și îmbunătățirea calitativă a asistenței medicale primare și ambulatorii

4. Obiectivul general: „Eficientizarea organizatorică și funcțională a sistemului de asigurări de sănătate”

Obiectiv specific:

4.1. Atragerea finanțării private în asigurările de sănătate

5. Obiectivul general: „Elaborarea și implementarea unei strategii coordonate de resurse umane în domeniul medical”

Obiectiv specific:

5.1. Introducerea planificării moderne a resurselor umane din domeniul sanitar și a practicilor moderne de management al resurselor umane

## 7. Activități operaționale

### I. Raționalizarea spitalelor

1. Obiectivul general „Crearea unui sector al serviciilor spitalicești performant prin reorganizarea, descentralizarea și informatizarea spitalelor”

1.1. Activități operaționale aferente obiectivului specific „Reorganizarea și eficientizarea spitalelor”:

1.1.1. Reducerea capacității excedentare de internare

Conform rapoartelor prezentate de către experții BM, rata de internare era ridicată — 215,13/1000 de locuitori, precum și numărul de paturi — 6,4/1000 de locuitori, comparativ cu o medie a țărilor din Uniunea Europeană de circa 5,86/1000 de locuitori. Câteva 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 va necesita 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, realizate 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, ale direcțiilor de sănătate publică și cu reprezentanții administrațiilor 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 de asistență medicală către pacienți deoarece ea vizează, cu prioritate, reducerea numărului de paturi fie din secțiile la care 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, ca 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 va implementa 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 private, la 125.639 de paturi în anul 2012.

1.1.2. Reducerea cheltuielilor de personal în structurile spitalicești

În pofida faptului că în România se resimte din ce în ce mai acut o criză a personalului medical de specialitate, atât cu studii superioare, cât și cu studii medii, din datele existente la MS, cheltuielile cu salariile reprezintă 76% din totalul cheltuielilor spitalelor. Analizele efectuate au arătat că principala cauză este determinată de numărul exagerat, în foarte multe cazuri, al personalului de conducere, administrativ, tehnic, necalificat etc.

În aceste condiții, MS a luat deja măsuri pentru reducerea acestor cheltuieli ridicate, cu atât mai mult cu cât criza economico-financiară a determinat Guvernul să impună reduceri semnificative ale cheltuielilor bugetare. Astfel, încă din luna martie 2010, MS a decis reducerea numărului de funcții de conducere la nivelul spitalelor, prin scăderea numărului membrilor comitetului director al spitalelor și renunțarea la unele categorii de funcții de directori. O primă măsură în acest sens a fost luată chiar la acel moment, prin încetarea numirilor în astfel de funcții pentru directorii care erau interimari, care, coroborată cu neîncadrarea pe posturile vacante și cu neprelungirea contractelor care au expirat, au reprezentat, în luna martie, o reducere totală de 183 de posturi de directori, dintre care 134 de posturi de directori administrativi, 37 de directori de resurse umane și 12 alte funcții de directori.

Această primă măsură, care a putut să fie adoptată imediat pentru funcțiile de directori care erau ocupate de delegație sau vacante, a fost continuată prin modificarea cadrului legislativ care să permită extinderea acestei prevederi la nivelul întregului sistem spitalicesc. Astfel, Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 48/2010, prin care se modifică prevederile Legii nr. 95/1996, cu modificările și completările ulterioare, prevede că numărul membrilor comitetului director este de maximum 3 (inclusiv managerul) pentru spitalele cu mai puțin de 400 de paturi și de maximum 4 pentru spitalele cu peste 400 de paturi. Aceasta creează posibilitatea ca, pe măsura aplicării acestor prevederi, numărul funcțiilor de conducere la nivelul spitalelor să se reducă, în continuare, ajungându-se în final la o cifră totală de peste 500 de posturi de conducere reduce.

Abordarea reducerilor pentru alte categorii de personal la nivelul spitalelor se va realiza pe baza concluziilor amplei acțiuni de evaluare realizate în lunile februarie și martie 2010 în vederea eficientizării și descentralizării unităților sanitare cu paturi. Pe baza acestor analize, la nivelul MS s-a elaborat un nou proiect pentru normativul de personal, care să adapteze structurile lor funcționale la noile condiții create de recent adoptatele măsuri privind descentralizarea în sănătate. Prin acest act normativ se permite păstrarea numărului personalului implicat direct în asistența medicală, care oricum este deficitar la nivel național, în condițiile recentelor măsuri de redimensionare a capacității de internare a spitalelor prin care numărul de paturi la nivel național s-a redus cu circa 9.200. Pe de altă parte noul normativ va permite o reducere semnificativă a personalului TESA și a muncitorilor angajați în spitale, astfel încât să fie posibilă încadrarea acestor unități sanitare în prevederile Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 48/2010 conform cărora proporția cheltuielilor cu salariile din totalul cheltuielilor spitalelor nu trebuie să depășească 70%. MS, împreună cu CNAS și autoritățile administrației locale vor face o analiză a situațiilor financiare ale unităților sanitare pentru evitarea situațiilor în care procentul foarte ridicat al cheltuielilor

de personal să fie generat în realitate de nefinanțarea corespunzătoare a unității respective din punctul de vedere al cheltuielilor de capital și pentru bunuri și servicii. Estimările arată că această reducere a cheltuielilor de personal va atrage o reducere a numărului de persoane angajate în sectorul spitalicesc cu aproximativ 5.000. De asemenea, această scădere a cheltuielilor de personal va permite, în anul 2011, creșterea cheltuielilor pentru medicamentele și materialele sanitare din bugetul total al spitalelor cu circa 33% (de la 1.904.870 mii lei la 2.542.321 mii lei, calculate pe baza bugetelor din 2009 ale spitalelor, presupunând că acestea rămân nemodificate) și o îmbunătățire, în acest fel, a calității asistenței medicale acordate populației.

#### 1.1.3. Reorganizarea rețelei spitalicești

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 sau a căror activitate este redundantă sau ineficientă.

Astfel, unitățile sanitare cu paturi vor fi propuse pentru reorganizare (de exemplu, în ambulatorii de specialitate sau centre de permanență) și comasare prin fuziune cu un alt spital în vederea creșterii eficienței, cu stabilirea spitalului învecinat care va prelua sarcina deservirii populației din zonă.

Această activitate se va derula în parteneriat cu autoritățile administrației locale. MS și CNAS vor susține prin mecanisme decizionale aceste reorganizări, iar contractele cu casele de asigurări de sănătate ale spitalelor care preiau atribuțiile unui alt serviciu reorganizat vor fi suplimentate corespunzător.

O altă modalitate de reorganizare va fi reprezentată de desființarea unor unități sanitare și transformarea în cămine pentru persoane vârstnice. Împreună cu Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale va fi implementat un program guvernamental — Programul 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 investiții necesare reprofilării, acestea vor fi evaluate pentru fiecare caz în parte de către specialiștii autorităților publice locale și Ministerului Muncii, Familiei și Protecției Sociale, existând posibilitatea accesării de fonduri europene structurale pentru acest scop.

Unitățile sanitare care vor fi incluse în Programul de interes național „Dezvoltarea rețelei de cămine pentru persoane vârstnice” vor fi finanțate de către Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale.

Totodată, prin transferul asistenței pentru cazurile sociale și pentru cele 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 alternativelor pentru o asistență adecvată.

#### 1.2. Activități operaționale aferente obiectivului specific „Descentralizarea spitalelor și al managementului acestora”:

##### 1.2.1. Descentralizarea unităților spitalicești către structurile administrației locale

O trăsătură a sistemelor de sănătate moderne o constituie existența unui grad înalt de flexibilitate al serviciilor față de nevoile în schimbare ale populației. Acesta este cel mai bine realizabil în condițiile în care deciziile operaționale sunt luate la un nivel cât mai apropiat de cel al furnizării serviciilor. Mai mult, amploarea deciziilor care apar ca fiind necesare în privința unor aspecte cum ar fi restructurarea bunurilor și serviciilor, implementarea programelor de îngrijire, încadrarea cu personal conform noilor modalități de îngrijire etc. va face imposibilă avansarea strategiei în condițiile existenței în continuare a unui sistem centralizat de decizie operațional.

Descentralizarea reprezintă în acest moment, pentru România, una dintre soluțiile de eficientizare, dar și de asigurare a transparenței decizionale. Descentralizarea a fost pusă în practică după consultarea sindicatelor, a asociației orașelor și municipiilor, a asociațiilor de pacienți și a tuturor categoriilor afectate și interesate de acest subiect.

Prin descentralizare MS a consolidat rolul său firesc, acela de strateg și formator de politici publice, și, conform principiului subsidiarității, a cedat rolul de administrator comunităților care cunosc și sunt mai aproape de nevoile cetățenilor pe care îi reprezintă.

Un alt obiectiv urmărit prin descentralizare este facilitarea atragerii în sistem a fondurilor externe suplimentare, fiindcă autoritățile locale sunt instituțiile care pot susține proiectele pentru atragerea de fonduri europene pentru dezvoltarea infrastructurii, creșterea calității serviciilor medicale, proiecte de care sistemul medical românesc are urgentă nevoie astăzi.

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 435) 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 acest act normativ.

După descentralizare spitalele vor fi finanțate în continuare de la FNUAS, 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 al direcțiilor de sănătate publică, iar structura lor organizatorică și de personal nu va putea fi modificată decât cu aprobarea sau la inițiativa MS.

##### 1.2.2. Modificarea structurii și competențelor managementului spitalelor și creșterea autonomiei acestora

Una dintre cele mai insistente critici care sunt aduse de către experții independenți sistemului de sănătate românesc este supracentralizarea deciziilor manageriale și lipsa autonomiei directorilor de spitale. Astfel, în raportul „România — asistență tehnică pentru sprijinirea actualizării strategiei spitalicești”, elaborat de Jaanus Pikani și Dan Ioan Sava în august 2009, se arată: „Există dovezi solide că sistemul actual de guvernare spitalicească, rigid și centralizat, influențează în mod negativ performanțele spitalelor și nu îndeplinește obiectivul de utilizare eficientă a fondurilor publice. Sistemul extrem de birocratic și complicat de control conduce, de asemenea, la management formal și pasiv. Deși directorii au criterii de performanță prevăzute în contractele încheiate, aceștia nu pot face mare lucru pentru a influența îndeplinirea acestora. În practică, criteriile pot fi utilizate pentru înlocuirea directorilor cu ușurință, pe baza afilierii lor politice, și nu a prestației lor reale de management. O structură transparentă și explicită de management care delegă luarea de decizii la nivelul adecvat, de exemplu aspecte privind guvernarea delegate la nivel regional/județean/municipal și decizii manageriale luate la nivel de spital, vor elibera o enormă putere internă care poate fi direcționată pentru a atinge obiectivele legate de optimizare.”



Raportându-ne la propunerile BM pentru modernizarea sistemului de management al spitalelor, apreciem că România este în stadiul în care trebuie să finalizeze prima etapă, adică cea de sporire a autonomiei de management al spitalelor publice, în comparație cu alte administrații publice.

În acest sens MS a inițiat procesele de delegare către managementul spitalului a competențelor privind modificarea structurii, a personalului și deciziile privind realocarea internă a resurselor bugetare, oferind în acest sens flexibilitatea necesară implementării schimbărilor impuse de strategie. Astfel, Ordonanță 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, 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 nerealizarea 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.

1.3. Activități operaționale aferente obiectivului specific „Adoptarea unui sistem clar de clasificare, elaborarea Planului național general privind spitalele și acreditarea spitalelor în funcție de clasificare”:

#### 1.3.1. Elaborarea criteriilor de clasificare a 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 al 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 BM, 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 paleative;

— 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 unde 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 deservesc populația județului din aria lor administrativ-teritorială, precum și din județele limitrofe, cu nivel înalt de dotare și încadrare 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 simple sunt:

— completarea finanțării existente cu ajustarea finanțării pe unele domenii, pe nivele 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 nivele 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 servicii medicale în continuare;

— 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 fondurile CNAS.

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

1.3.2. 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, 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 și principiul:

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

Acest „masterplan” de dezvoltare a spitalelor va trebuie să asigure corelarea între 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 nivele 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 (fig. 32) vor permite stabilirea protocoalelor de transfer interspitalicesc și 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.

Clasificarea neechivocă și planificarea detaliată a rețelei spitalicești vor permite identificarea celor mai adecvate soluții de reorganizare a unităților spitalicești, ținându-se cont atât de necesitatea eficientizării cheltuielilor, cât și de menținerea echității accesului la serviciile medicale pentru toți cetățenii. Se vor lua în discuție măsuri de reorganizare a unităților cu paturi cu performanțe financiare și profesionale necorespunzătoare, prin transformarea lor în secții exterioare, în unități de îngrijire sau medico-sociale. De asemenea, o altă măsură pentru creșterea eficienței funcționale a spitalelor ar putea să fie promovarea conceptului de consorțiu spitalicesc, prin asocierea în participațiune a două sau mai multe unități spitalicești.



Fig. 32. Harta Planului național privind categoriile I și II de clasificare a spitalelor\*)

\*) Figura 32 este reprodusă în facsimil.

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 Mordet (Franța) și Tony De Groot (Belgia) se subliniază următoarele: „Cu o reorganizare rațională și atență 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. Inițial trebuie efectuat exercițiul privind «master planul național» și «clasificarea spitalelor» în corelație unul cu celălalt. În acest scop, master planul național trebuie să evidențieze criteriile care se vor utiliza în toate regiunile pentru evaluarea nevoii de servicii spitalicești, inclusiv proiecții demografice și epidemiologice, și trebuie să definească criteriile de acces clar la diverse servicii (timp și distanță). Trebuie să definească și dimensiunea categoriilor de populații necesare pentru a sprijini volumul minim de servicii pentru calitate și eficiență (inclusiv dezvoltarea tehnologiei medicale). Cu alte cuvinte, master planul va defini nivelul de servicii la care orice cetățean trebuie să aibă acces într-un anumit timp/pe o anumită distanță ce trebuie corelat cu tipul de servicii pe care spitalele de la nivel local/secundar/terțiar le asigură și astfel «clasificarea spitalelor». În a doua etapă, «master planurile regionale» vor decide exact cum se vor reorganiza infrastructura și serviciile spitalicești existente, având în vedere geografia locală și nevoile populației pentru a atinge obiectivele stabilite în planul național. Deciziile de închidere sau convertire a spitalelor, precum și stabilirea nivelului de competență pentru fiecare unitate sunt exact tipul de decizii ce trebuie evidențiate în fiecare master plan regional.”

#### 1.3.3. Acreditarea spitalelor

Comisia națională de acreditare a spitalelor a început să funcționeze în anul 2009, ca o instituție în subordinea Guvernului. Metodologiile și legislația secundară referitoare la acreditare au fost abia recent finalizate. Astfel, MS, la propunerea Comisiei naționale de acreditare a spitalelor, a aprobat procedurile, standardele și metodologia de acreditare a spitalelor prin Ordinul ministrului sănătății nr. 972/2010. De asemenea, Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 48/2010 a introdus prevederi imperative referitoare la termenul în care spitalele trebuie să solicite acreditarea. Astfel, în acest act normativ se prevede că, dacă în termen de un an de la aprobarea procedurilor, standardelor și metodologiei de acreditare spitalele nu solicită acreditarea în condițiile legii, acestea pierd dreptul de a mai fi finanțate din fonduri publice. De asemenea, dacă spitalele acreditate nu solicită re acreditarea, în condițiile legii, cu cel puțin 6 luni înainte de încetarea valabilității acreditării, acestea pierd dreptul de a mai fi finanțate din fonduri publice. Se apreciază că procesul de acreditare propriu-zis a spitalelor va demara în cursul anului 2011, după simularea procesului de evaluare la nivelul a 4 spitale-pilot, și va constitui unul dintre elementele de bază pentru creșterea calității serviciilor de sănătate acordate asiguraților.

Se intenționează modularea nivelurilor de finanțare pentru serviciile spitalicești în funcție de intervalul de timp în care unitatea obține acreditarea. De exemplu, dacă un spital nu reușește să obțină acreditarea într-o perioadă de timp predeterminată, nivelul finanțării pentru serviciile sale ar trebui redus cu un procent fix. Aceasta ar crea un contrastimulent financiar puternic pentru spitale față de ignorarea standardelor corespunzătoare de calitate valabile pentru serviciile lor.

1.4. Activități operaționale aferente obiectivului specific „Informatizarea sistemului”:

1.4.1. Finalizarea implementării Sistemului informatic unic integrat (SIUI)

Tehnologia modernă a informației și comunicării are potențialul să îmbunătățească în mod radical gama și tipul de servicii, precum și metoda de furnizare a acestora, atât pentru profesioniști, cât și pentru publicul larg. Tehnologia informației și comunicării poate asigura accesul rapid la evidențe clinice și administrative, furnizând totodată o gamă variată de informații în sprijinul procesului decizional.

Instituțiile și organizațiile sanitare individuale au dezvoltat deja, într-o măsură mai mare sau mai mică, rețele de comunicații la scară locală sau regională, dar care nu comunică și nu sunt integrate în niciun fel, făcând de multe ori ca informațiile necesare să nu fie colectate, iar informațiile disponibile să nu fie utilizate. În urma eforturilor considerabile făcute de CNAS în vederea implementării întregului portofoliu de instrumente informatice necesare generării unui control proactiv al modalităților de cheltuire a fondului s-a reușit atragerea de resurse financiare prin accesarea Programului operațional sectorial POS CCE, care vor conduce la posibilitatea practică de completare a acestui portofoliu. Prin aceste programe operaționale se va reuși integrarea sistemelor informatice locale de la nivelul furnizorilor de servicii medicale și dispozitive cu aceste sisteme aflate în prima etapă a construcției lor pentru ca prin eficientizarea acestora să se poată produce un nivel de calitate și eficiență a serviciilor acordate, atât la nivelul acestora, cât și la nivelul instituțiilor coordonatoare.

Fiind profund implicată în procesul de informatizare, datorat înțelegerii beneficiilor oferite de aceste sisteme, CNAS a asimilat cerințele expuse în strategia e-România și e-Sănătate care trasează viziunea de informatizare a spațiului instituțional de România.

Așa cum s-a stabilit în ședința Guvernului din data de 28 iulie 2010, ca obiectiv politic de reformă, ca până la sfârșitul anului 2010 să fie finalizată implementarea la nivelul întregii țări a SIUI, acesta a fost definitivat și pus în funcțiune la termenul stabilit, concretizându-se prin lansarea la 15 decembrie 2010 a variantei re tehnologizate și centralizate.

#### 1.4.2. Introducerea cardului național de sănătate

Reușind introducerea SIUI, ultraperformant prin capacitățile de infrastructură deosebite, procesare, stocare, transport securizat al informației și accesul la sistemul bazat pe certificat digital, s-a deschis și posibilitatea introducerii cardului național de asigurat, dar și a evidențelor electronice pentru pacienți, cunoscute sub denumirea de dosar medical electronic, precum și a prescripției electronice, ceea ce va duce la o evidență amănunțită a serviciilor furnizate în vederea decontării, dar și de evaluare a stării de sănătate, relevându-se în timp real la nivel de detaliu informații despre costuri și calitatea actului medical. Totodată, introducerea acestor tehnologii va veni în sprijinul procesului clinic și va oferi un potențial extraordinar de îmbunătățire a calității și siguranței asistenței, inclusiv prin facilitarea continuității în îngrijirea pacientului.

Implementarea propriu-zisă a cardului național de sănătate se va realiza din punctul de vedere al proiectului în partea a

două a anului 2011, urmând ca operarea să se încheie efectiv odată cu activarea tuturor cardurilor din sistem.

#### 1.4.3. Dezvoltarea de baze de date electronice centralizate

O infrastructură robustă care să fie reprezentarea informatică a regulilor de aplicare a normelor-cadru, precum și a altor reglementări juridice reprezintă atât o necesitate absolută pentru utilizarea eficientă a informațiilor Sistemului informatic, cât și garanția execuției corecte și în timp util a deciziilor de management al fondului și permite evaluarea și decontarea corectă a serviciilor medicale și a programelor de sănătate, bazează astfel pe informații de calitate obținute dintr-o sursă sigură și alocată în timp real.

2. Obiectivul general: „Asigurarea unei finanțări sustenabile și eficient utilizate prin remodelarea finanțării spitalelor”

2.1. Activități operaționale aferente obiectivului specific „Modificarea finanțării spitalelor prin sistemul asigurărilor de sănătate”:

2.1.1. 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 crescut sensibilitatea financiară spitalicească, a schimbat viziunea directorului despre managementul spitalicesc și cost-eficiență. De la introducerea finanțării acestor servicii prin sistemul grupurilor de diagnostic, 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, în 2004 cel mai mare tarif era de 4 ori mai mare decât ultimul, iar 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.

#### 2.1.2. 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 (VR) a grupului, iar plata serviciului realizat de spital se realizează prin înmulțirea VR cu 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 se bazează 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 creșterea 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 alocarea de fonduri, stabilirea strategiei aplicabile împreună cu CNAS și cu Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar poate crea condițiile de aplicare a noilor valori relative românești, TCP corelate cu posibilitățile financiare, program de grupare RO 1.0 chiar începând cu anul 2011. În acest sens, în anul 2010 prin ordin al ministrului sănătății a fost constituit 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. Grupul de lucru va elabora clasificarea specific românească DRG. RO. 01, care va fi aplicată începând cu anul 2011. 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 integrală 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, ținându-se 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 scăzută sub 30% în unele secții 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 — mecanisme de plată a furnizorilor — aspecte și opțiuni pentru reformă”, redactat în septembrie 2009 de Robert Dredge, consultant al BM. 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 SUA sau în Marea Britanie se va adopta un număr redus dar semnificativ 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 de stimulente pentru asistența 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 puțin 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. Astfel, spitalele ar putea primi aceeași sumă pentru DRG respectiv indiferent dacă rezolvă cazul prin asistența de zi sau prin internare. Se va stimula în acest fel rezolvarea cazurilor respective prin procedura de zi, care este mult mai puțin costisitoare pentru spital.

2.1.3. Crearea unui Fond național unic de reechilibrare a bugetelor spitalelor (FNURBS)

În prezent există o inechitate majoră la repartizarea fondurilor pe județe, astfel casele județene de asigurări de sănătate primesc bugete de la CNAS la începutul anului pentru furnizorii de servicii spitalicești din județ și încearcă să împartă în mod echitabil prin contract „negociabil” între prestatorii de servicii medicale spitalicești. Acest mecanism devine și mai evident la începutul trimestrului 4, când, datorită depășirii numărului de internări contractate și a ICM contractat la o valoare mai mică decât cel realizat de obicei (din cauza lipsei metodologiei de întreținere a inflației ICM la nivel național), spitalele rămân fără bani. Casele județene de asigurări de sănătate reiau la rândul lor negocierile cu CNAS și pot obține o finanțare suplimentară, care se împarte după o altă negociere cu spitalele din județ. Fondurile astfel negociate și împărțite nu asigură o predictibilitate

necesară proiectelor de dezvoltare a spitalelor. La nivelul CNAS, în vederea respectării principiului „banii urmează pacientul” este nevoie de realizarea unei finanțări bazate pe un „real proces de selecție și achiziție de servicii medicale spitalicești”, care să permită dezvoltarea unei piețe relativ libere, care să țină cont de dreptul pacientului de a alege liber furnizorul de servicii medicale.

FNURBS se va realiza din fondul de redistribuire al CNAS. Reechilibrarea bugetelor spitalelor se va realiza prin două metode:

1. suplimentarea fondurilor necesare pentru finanțarea spitalelor la nivelul caselor județene conform contractelor dintre casele județene de asigurări de sănătate și spitale;

2. contractarea complementară a serviciilor la nivel național, pe criterii unice, transparente, pe principiul „banii urmează pacientul”, direct de către CNAS.

Modul actual de finanțare a serviciilor spitalicești în regim de internare continuă, precum și metodologia raportării, validării, plății și regularizării serviciilor realizate ar permite și în prezent crearea unui fond național unic de finanțare, administrare și o metodologie unică de finanțare a spitalelor la nivel național, însă CNAS nu este pregătită să contracteze la nivel național toate serviciile spitalicești.

Modificarea sistemului de plată după principiul „banii urmează pacientul” va necesita, desigur, și o modificare a normativelor în vigoare, pe care MS o va iniția împreună cu CNAS.

Comentând această măsură, în analiza „Strategia națională privind raționalizarea spitalelor, Comentarii ale echipei Băncii Mondiale”, Antonio Duran remarcă următoarele: „În ansamblu, intenția de a crea un «fond de finanțare a spitalelor» (secțiunea 2.1.3) este excelentă însă detaliile privind cheltuielile acoperite de «fond» trebuie stabilite și, în opinia noastră, extinse.”

MS propune și invită toți decidenții la analiza propunerii și la acceptarea acesteia, fiind convins că transparența decizională și eliminarea pașilor suplimentari ar crea posibilitatea aplicării de noi reglementări financiare mai echitabile și cu sustenabilitate sporită.

MS, în colaborare cu CNAS, va elabora o metodologie unică la nivel național pentru repartizarea fondurilor destinate spitalelor, care va stabili criterii unice, echitabile și transparente, care să respecte principiul „banii urmează pacientul”. Aplicarea acestei măsuri ar constitui și un prim pas în cost-eficientizarea funcționării caselor județene de asigurări de sănătate.

2.1.4. 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-privat, 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 unor 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 tuturor solicitanților, 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, dar trebuie prevăzute norme clare care să limiteze fenomenele de selecție a riscurilor.

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 de către pacient 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.

## II. Priorități strategice complementare

3. Obiectivul general: Remodelarea cererii de servicii medicale

3.1. Activități operaționale aferente obiectivului specific „Raționalizarea cererii de servicii medicale”:

3.1.1. Introducerea coplății modice direct la furnizorul de servicii medicale, diferențiată pe servicii și tipuri de asistență, cu mecanisme compensatorii pentru grupurile defavorizate

Coplățile există în multe sisteme de sănătate din țările dezvoltate (Franța, Germania etc.) și au fost introduse în ultimii ani în tot mai multe dintre statele în tranziție din Europa de Est: Estonia (din 2002), Croația (din 2005), Cehia (din 2008).

MS, în colaborare cu CNAS, a elaborat un proiect de lege pentru introducerea sistemului de coplată, care a parcurs toate etapele de consultare publică și de avizare de către instituțiile interesate. Proiectul de lege a fost aprobat de Guvern și va fi transmis spre dezbatere și aprobare Parlamentului, astfel încât prevederile legii să intre în vigoare și să poată fi puse în aplicare în cursul anului 2011.

Potrivit acestui proiect coplata se va aplica în medicina primară, la medicul de familie, la medicul specialist și în spitale. Pacientul va plăti contribuția personală a serviciului medical, sub forma tichetului moderator pentru sănătate, prin care se face dovada realizării actului medical și a plății acestuia.

Coplata va avea valori accesibile, iar categoriile defavorizate vor fi protejate, fiind scutite de la plata tichetelor. Următoarele categorii de asigurați, reprezentând aproximativ 37% din populația țării, sunt scutite de la coplată:

a) copiii până la vârsta de 18 ani, tinerii între 18 și 26 de ani, dacă sunt elevi, absolvenți de liceu, până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenicii sau studenții, dacă nu realizează venituri din muncă;

b) bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de MS, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse;

c) pensionarii cu venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună.

Se va introduce un plafon maxim aferent coplății, de 600 lei per pacient/an, cu scopul protecției față de un episod major de boală care survine pe parcursul unui singur an și care ar necesita plata unei sume peste această valoare. După atingerea plafonului de 600 lei pe pacient, nu se mai plătește contribuție personală la serviciile cu coplată.

Experiența internațională sugerează că beneficiile care pot fi așteptate nu sunt reprezentate în primul rând de suplimentarea resurselor financiare (deși se estimează că veniturile

suplimentare vor fi destul de consistente, de aproximativ 420 milioane lei în 2011) și nici nu se va obține o eradicare completă a plăților informale (neoficiale), datorită cuantumului modic al coplăților. Mai degrabă beneficiile vor fi legate de reducerea cererilor nejustificate pentru serviciile medicale și de o reechilibrare a solicitărilor între diversele paliere de asistență: un pacient va prefera o consultație la medicul de familie, unde va plăti doar 5 lei, sau la specialistul din ambulatoriu (10 lei) decât să se interneze și să plătească 50 de lei. Astfel, vor scădea cererile pentru internările din spitale (mai costisitoare pentru pacient și pentru sistemul sanitar) și vor crește solicitările pentru consultațiile în ambulatoriu și mai ales pentru cele ale medicilor de familie, ceea ce constituie unul dintre obiectivele care trebuie atinse de procesul de reformă din sănătate, în interesul comun al tuturor cetățenilor asigurați.

3.1.2. Stabilirea pachetului de servicii de bază pentru asigurați

Încă din anul 2000, într-o analiză a BM intitulată „Cine plătește pentru sistemul de îngrijiri medicale din Europa de Est și Asia Centrală”, expertul M. Lewis sublinia următoarele: „Serviciile gratuite comprehensive nu pot persista într-un mediu limitat de buget. Limitarea gamei de servicii gratuite și introducerea coplăților pentru utilizatori poate spori realismul din cadrul sistemului de îngrijiri de sănătate.”

Mai recent, în studiul „Reforma sistemului de sănătate — Analize și recomandări”, elaborat în 2009 pentru MS de experții internaționali R. Taylor (IFC), D. Burduja (IFC), S.N. Nguyen (BM), A. Couffinhal (BM), se apreciază că: „redefinirea pachetului de beneficii implică o combinație de măsuri, care includ: (i) revizuirea listei de servicii asigurate, (ii) introducerea coplăților formale cu asigurarea unor mecanisme de protecție financiară pentru populația defavorizată (prin «cupoane» sau mecanisme de scutire) și (iii) implementarea unor mecanisme transparente și bazate pe dovezi pentru includerea noilor tehnologii și medicamente în pachetele de servicii de care beneficiază asigurații.”

MS a promovat proiectul de lege referitor la introducerea coplăților, a analizat și a stabilit etapele de urmat pentru implementarea unor mecanisme noi și mai eficiente care să coreleze includerea noilor tehnologii și medicamente cu capacitatea reală de susținere financiară din partea sistemului de asigurări. De asemenea, va finaliza, împreună cu CNAS, revizuirea pachetului de servicii asigurat de sistemul public de asigurări de sănătate.

Pachetul de servicii generale va stabili în mod clar care sunt serviciile plătite de CNAS și la care fiecare asigurat are dreptul pe baza contribuțiilor sale la fondul asigurărilor de sănătate. Configurarea pachetului de servicii de bază se va realiza pe baza ghidurilor și protocoalelor terapeutice, care vor permite controlul costurilor și al practicilor medicale, în funcție de nevoile specifice, pe patologii.

O altă cale concomitentă de pornire va constitui enumerarea și completarea anuală a serviciilor și tratamentelor costisitoare mai nou apărute, care nu vor fi acoperite de asigurarea obligatorie de sănătate, dar care se pot acoperi prin contractarea unei asigurări private de sănătate.

Aceste măsuri vor fi impulsuri importante pentru dezvoltarea asigurărilor private de sănătate, identificând foarte clar pachetele de servicii pentru care la rândul lor ei pot estima riscul apariției și riscul financiar. În acest fel se va facilita dezvoltarea și consolidarea unui sistem de asigurări private care va putea completa, la standarde ridicate, asigurările sociale publice, obligatorii de sănătate, bazate pe principiul solidarității și echității orizontale și verticale.

3.2. Activități operaționale aferente obiectivului specific „Dezvoltarea și îmbunătățirea calitativă a asistenței medicale primare și ambulatorii”

3.2.1. Implementarea unei strategii de dezvoltare a asistenței medicale primare și specializate în ambulatoriu

Un sistem de asistență medicală primară care să funcționeze bine este esențial pentru atingerea unei performanțe optime a sistemului sanitar privit ca un întreg, dar și pentru sănătatea populației. Calitatea, performanța și eficiența sectorului spitalicesc depind direct de calitatea și eficiența medicinei primare.

Mai multe studii internaționale arată că soliditatea sistemului de îngrijiri medicale primare este asociată cu o scădere a mortalității generale, a mortalității premature generale și a mortalității premature cu o cauză specifică, în urma unor boli respiratorii și cardiovasculare grave. Mai mult, o disponibilitate sporită a asistenței medicale primare are ca rezultat un mai bun acces, o echitate sporită și o satisfacție mai ridicată resimțită de pacient. Cheltuielile globale cu asistența medicală se vor reduce fără a se înregistra efecte adverse asupra calității asistenței sau asupra pacientului (Atun R — What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?, WHO Europe, Health Evidence Network report, 2004).

Pentru a-și îndeplini complet misiunea, sistemul asistenței medicale primare, cel ambulatoriu și sistemul spitalicesc trebuie să colaboreze în mod armonios. Relația dintre aceste 3 tipuri de asistență medicală a suferit o mutație, de la un răspuns reactiv către un parteneriat proactiv cu asistența medicală primară. Strategii ca dezvoltarea asistenței la domiciliu, asistența în regim ambulatoriu a bolilor cronice și chiar căminele pentru vârstnici (*nursing homes*), care sunt folosite pentru a reduce numărul de internări în spital, implică transferul unei părți a răspunderii și un rol de coordonare față de medicii de familie.

În România încă există o marjă importantă de creștere a performanței medicilor de familie și de întărire a rolului lor de „străjeri” (gate-keeper) în colaborarea cu spitalul, așa cum este demonstrat de procentul ridicat al internărilor în spital în regim de urgență (peste 50%, conform Raportului anual pentru 2006, CNAS). În lumea întreagă, între 80% și 90% din problemele de sănătate prezentate pot fi soluționate în cadrul structurilor de asistență medicală primară sau ambulatorie, dar aceasta doar cu îndeplinirea anumitor condiții: bun acces și acceptabilitate, permanență, ofertă de asistență integrată etc.

Anumite probleme-cheie vor fi rezolvate în viitorul apropiat pentru dezvoltarea unui sistem al asistenței medicale primare care să aibă o bună funcționare. Multe dintre problemele întâlnite sunt legate de sistemul de finanțare. Una dintre propunerile concrete în acest sens este modificarea raportului dintre sumele primite de către medicii de familie pentru numărul de pacienți înscrși pe liste (capitație) și sumele primite ca taxe pentru serviciile prestate de la un raport de 70%/30%, existent în prezent, la egalizarea și inversarea acestui raport pentru implicarea mai activă a medicilor de familie în nevoile pacienților. Deși există o valoare minim garantată a punctului per serviciu, se intenționează reanalizarea mecanismului de calcul al valorii punctului per capita, astfel încât să nu mai existe o variație semnificativă a valorii acestuia și, ca urmare, să fie asigurată o mai bună predictibilitate financiară și o stabilitate a activității medicale, în vederea dezvoltării unor servicii medicale și creșterii calității actului medical. Un alt aspect care va fi avut în vedere este găsirea unor formule viabile pentru asigurarea permanenței asistenței medicale primare (centre de permanență, asocieri ale medicilor de familie în grupuri de practică, permanența la domiciliu, call-centre de urgențe etc.), care, împreună cu o atenție direcționare a politicilor de resurse umane pentru atragerea medicilor în mediul rural, vor crește accesibilitatea populației la serviciile medicilor de familie.

Asistența medicală ambulatorie s-a dovedit, prin progresele înregistrate în ultimii ani, a fi o alternativă la internarea în spital,

fără diminuarea calității îngrijirilor acordate pentru problemele de sănătate în cauză. Din acest motiv, măsurile de reducere a numărului de paturi, fără a priva însă populația de tratamentul necesar, au fost însoțite, în multe țări, de o creștere concomitentă a numărului de pacienți tratați în regim ambulatoriu.

Un alt avantaj al asistenței medicale ambulatorii este acela că pentru unele intervenții sau tratamente asistența nu este în mod necesar legată de clădirea spitalului, iar asistența poate fi acordată mai aproape de populație prin intermediul echipelor ambulatorii. Prin definiție, asistența ambulatorie și în policlinică nu este permanentă și din acest motiv necesită o structură administrativă robustă pentru organizare. Ea necesită totodată o schimbare în mentalitatea populației, care trebuie să accepte faptul că tratamentul ei va fi asigurat prin programare, și nu la simpla cerere.

O componentă importantă a asistenței medicale ambulatorii este reprezentată de îngrijirea medicală la domiciliu. Aceasta reprezintă un sistem de măsuri complexe integrate, cuprinzând servicii de bază, servicii de suport, servicii de îngrijiri medicale, de recuperare și reabilitare, servicii conexe domeniului medical și social, precum și servicii de reabilitare și adaptare a ambientului acordate la domiciliul persoanelor care necesită asistență.

Această alternativă complementară la spitalizare poate asigura atât reducerea costurilor generate de spitalizarea prelungită sau inutilă, cât și umanizarea actului medical. Păstrarea pacientului în mediul său, în casa lui, în anturajul său social și aducerea actului medical la patul bolnavului s-au dovedit benefice în multe cazuri atât pentru pacient, cât și pentru familia lui.

De asemenea, una dintre cauzele numărului mare de internări în sistem de urgență este reprezentată de subfinanțarea îngrijirilor la domiciliu, în lipsa cărora un pacient care necesită un tratament zilnic sau monitorizare chiar de 2—3 ori pe zi se adresează direct spitalului.

Aceste servicii sunt incluse în prezent în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, dar numai serviciile de îngrijire la domiciliu postspitalizare. De aceea este nevoie de dezvoltarea sistemului de îngrijiri la domiciliu pentru mai multe categorii de beneficiari, în vederea asigurării îngrijirilor postspitalizare, îngrijirilor de evitare a spitalizării (care permit rămânerea la domiciliul propriu), respectiv îngrijirilor asiguratorii (pentru asigurarea condițiilor pentru tratamentul medical ambulatoriu și rezultatele acestuia).

Creșterea cererii acestui tip de asistență este evidentă, avându-se în vedere că asigurarea sustenabilă a unei îngrijiri corespunzătoare a persoanelor vârstnice și/sau bolnave este provocarea cu care în decadele următoare țările Uniunii Europene se vor confrunta din ce în ce mai mult, în contextul fenomenului de îmbătrânire demografică.

Având în vedere considerentele și argumentele de mai sus, MS va elabora și va implementa o strategie de dezvoltare a activităților de asistență medicală primară și ambulatorie pe baza și pe măsura eliberării de resurse financiare de la nivelul asistenței medicale spitalicești, obținute ca rezultat al aplicării măsurilor de raționalizare a spitalelor.

4. Obiectivul general: „Eficientizarea organizatorică și funcțională a sistemului de asigurări de sănătate”

4.1. Activități operaționale aferente obiectivului specific „Atragerea finanțărilor private în asigurările de sănătate”

4.1.1. Încurajarea prin mecanisme financiare a participării asiguratorilor privați în sistemul asigurărilor de sănătate

Participarea asiguratorilor privați în sistemul asigurărilor de sănătate poate fi concepută într-o plajă largă de modele, pornind de la sistemul actual existent în România, unde implicarea

companiilor private, deși posibilă legal, este minimă, datorită atractivității scăzute a sistemului, până la modelul olandez în care asiguratorii privați intră în competiție pentru fondurile sistemului public de asigurări de sănătate.

Referitor la acest aspect, în sinteza „Reforma sistemului de sănătate — Analize și recomandări”, elaborată în anul 2009 pentru MS de un grup internațional de experți (R. Taylor — IFC, D. Burduja — IFC, S.N. Nguyen — BM, A. Couffinhal — BM), printre cauzele menținerii la un nivel scăzut a asigurărilor private de sănătate în România se menționează următoarele:

— cererea scăzută (românii sunt obișnuiți cu ideea că sănătatea ar trebui să fie gratuită și nu sunt dispuși să plătească sume suplimentare față de contribuțiile obligatorii);

— deductibilitatea fiscală la un nivel prea scăzut (doar circa 250 euro) a sumelor pentru asigurări private;

— scopul limitat: în condițiile în care virtual toate serviciile medicale sunt suportate de către CNAS, asigurarea privată nu poate să vină suplimentar decât eventual cu o calitate superioară a serviciilor;

— inexistența coplăților care ar putea eventual să fie acoperite printr-o asigurare privată.

Aceiași document, analizând opțiunea de implementare a unui sistem de includere a asiguratorilor privați în competiția pentru fondurile asigurărilor de sănătate, subliniază: „Există două beneficii potențiale pentru această abordare: (i) asiguratorii privați pot impulsiona furnizorii, probabil mai mult decât CNAS, să îmbunătățească calitatea serviciilor prin stimulente, monitorizare agresivă și modificări în regimul de plăți/penalități; (ii) riscul și responsabilitatea controlului costurilor vor fi transferate de la sistemul public de asigurare la asiguratorii privați. În funcție de cum sunt structurate contractele acestora cu furnizorii, asiguratorii pot suporta riscul majorării de prețuri sau al costurilor neprevăzute pentru pacienți.”

În această direcție, acționând pe termen mediu, MS intenționează să introducă mecanisme financiare și pachete stimulativă pentru atragerea în circuitul de finanțare a sistemului de asigurări publice de sănătate a companiilor private, ceea ce va genera resurse suplimentare de finanțare și va contribui semnificativ la creșterea calității serviciilor medicale prestate.

5. Obiectivul general: „Elaborarea și implementarea unei strategii coordonate de resurse umane în domeniul medical”

5.1. Activități operaționale aferente obiectivului specific „Introducerea planificării moderne a resurselor umane din domeniul sanitar și a practicilor moderne de management al resurselor umane”

5.1.1. Elaborarea Planului național de resurse umane în sistemul serviciilor de sănătate publică din România

Experiența românească prezintă dezechilibre în distribuirea personalului din asistența medicală atât din punct de vedere geografic, cât și privitor la repartitia pe sectoare de activitate și specialități medicale, dar cauzele și modalitățile prin care pot să fie soluționate variază de la o regiune la alta, conform factorilor istorici, economici, administrativi și culturali. În acest context devine evident că planificarea resurselor umane reprezintă un proces, nu un model dat, și va avea succes numai dacă acest proces se desfășoară coordonat și dacă toate părțile interesate se implică. Țările care au reușit să își adapteze forța de muncă nevoilor de asistență medicală ale populației au realizat acest lucru în cursul unui proces dificil de planificare și negocieri permanente cu furnizorii, formatorii și managerii din sistemul de asistență medicală, cum este cazul în țările vest-europene.

Planul național de resurse umane în sistemul serviciilor de sănătate publică va cuprinde două componente, una care va aborda planificarea resurselor umane din domeniul asistenței primare și ambulatorii, care va fi completată de componenta de planificare a resurselor umane din domeniul asistenței spitalicești. Prin elaborarea acestora, MS urmărește obiectivele:

dezvoltarea și planificarea resurselor umane din domeniul sănătății, îmbunătățirea serviciilor de sănătate și a managementului resurselor umane, dar și a procesului de recrutare a personalului calificat din sectorul sanitar, precum și rezolvarea disparităților dintre rural/urban și din zonele izolate. De asemenea, acest plan va contribui la îmbunătățirea managementului strategic la nivelul MS și a politicilor publice din domeniu.

## 8. Rezultatele așteptate ale strategiei

În urma acestor intervenții sistemul de sănătate din România va trebui să îndeplinească următoarele caracteristici minimale:

- să furnizeze permanent servicii de sănătate integrate, bazate pe relații de îngrijire continuă, în care pacientul să primească serviciile medicale de care are nevoie și în forme variate, la toate nivelurile de asistență;

- pacienții/cetățenii vor deveni parteneri în luarea deciziilor, primind informațiile necesare și având oportunitatea de a-și exercita controlul — în măsura dorită — asupra deciziilor de îngrijiri medicale care îi afectează direct, înlocuind modelul existent cu unul de parteneriat pentru sănătate;

- noua organizare a sistemului va facilita accesul sporit la informații relevante al tuturor actorilor din sistemul de sănătate, toate acestea urmând a fi facilitate conform strategiei de informații din sănătate;

- sistemul sanitar va trebui să își crească transparența, să pună la dispoziția pacienților și a familiilor acestora informații care să le permită să ia decizii informate atunci când aleg un furnizor de servicii de sănătate, un spital sau dintre alternativele de tratament. Acestea ar trebui să includă informații privind performanța sistemului în ceea ce privește siguranța, practica bazată pe dovezi și satisfacția pacientului;

- toate deciziile luate în sistem, de la cele de alocare a resurselor la nivel național până la cele legate de metodele de diagnostic și tratament, vor trebui să fie bazate pe cele mai bune cunoștințe științifice, disponibile la acel moment;

- asigurarea calității serviciilor medicale va deveni un element fundamental al sistemului, noile structuri propuse urmând să aibă ca obiect exclusiv de activitate acest domeniu;

- siguranța va fi o caracteristică de bază a sistemului. Reducerea riscului și asigurarea siguranței pacientului vor fi sprijinite prin sistemele și procedurile informaționale propuse și prin sistemul de monitorizare a calității, care vor ajuta la recunoașterea, prevenirea și diminuarea erorilor;

- cooperarea dintre discipline și profesii va fi încurajată atât între diferitele nivele de asistență, cât și între specialiștii de la același nivel. Dezvoltarea de echipe multidisciplinare ca bază a furnizării serviciilor va necesita, în afara schimbărilor ce țin de sistemul de sănătate, și modificări la nivelul sistemului de învățământ medical de toate gradele;

- organizarea sistemului va fi astfel făcută încât să faciliteze cooperarea intersectorială, esențială pentru abordarea determinantilor sănătății cu impact crescut asupra sănătății.

## 9. Indicatori

În analiza „Strategia națională privind raționalizarea spitalelor, Comentarii ale echipei Băncii Mondiale”, recenzorul Antonio Duran formulează o serie de critici ascutite referitoare la indicatorii de monitorizare propuși:

„Când este vorba despre ce ar putea îndeplini strategia privind spitalele în diversele ei dimensiuni, indicatorii de succes trebuie să includă rezultate intermediare mai tangibile, cum ar fi în următorul exemplu (strict teoretic și în scop demonstrativ): unul dintre indicatori ar putea să fie o concordanță sporită între indicele de complexitate a cazurilor din spital și nivelul acestora de clasificare. Comentariu: la momentul actual, multe dintre spitalele terțiare și/sau monoprolul au indici de complexitate a



cazurilor foarte scăzuți. Acest lucru poate fi explicat de diverse probleme: nu sunt echipate sau nu au personalul necesar pentru a furniza servicii terțiare (problemă de finanțare și de management), sunt trimiși la unități terțiare de îngrijire pacienții care trebuiau tratați la un nivel inferior (nu există un sistem de referință), mai există o altă unitate terțiară în apropiere care asigură servicii complexe iar unitatea în discuție nu trebuie să fie la «nivel terțiar» (problemă de planificare/consolidare), finanțarea este de așa natură încât unitățile terțiare trebuie să asigure servicii de nivel inferior pentru a-și acoperi costurile (finanțare și management) etc. Dacă diferitele etape considerate în strategie sunt parcurse, atunci eventualele indici de complexitate a cazurilor va crește. Făcând un pas înapoi în acest lanț al rezultatelor, va trebui să se decidă — printre altele — cum să măsoare dacă un sistem de referință este funcțional (care este procentul de pacienți cu cazuri simple care vin de la o distanță mai mare de o oră cu mașina? Dacă pacienții au avut acces la altă unitate apropiată care furnizează aceste servicii și dacă aceștia s-au dus inițial la această unitate etc.). Făcând încă un pas înapoi, existența unui «document legal care stabilește metodologia pentru transferurile intraspitalicești» poate fi doar primul pas necesar pentru crearea unui sistem de referință, însă acest indicator nu va fi util în a evalua dacă un sistem este implementat, dacă referințele au loc în mod corespunzător astfel încât spitalele de nivel superior tratează cazuri mai complexe și, prin urmare, dacă strategia și-a atins obiectivele.”

Ca urmare, au fost realizate o serie de consultări cu toți specialiștii în domeniu, iar în urma propunerilor formulate în acest sens, indicatorii de monitorizare au fost redefiniți pentru a corespunde mai exact cu scopurile urmărite prin implementarea activităților prevăzute în strategie.

#### 1.1.1. Reducerea capacității excedentare de internare

Indicatori de evaluare:

Unități sanitare evaluate: 100%

Paturi reduse: 7%.

Termen de realizare: 31 decembrie 2012

#### 1.1.2. Reducerea cheltuielilor de personal în structurile spitalicești

Indicator de evaluare:

Cheltuielile de personal să reprezinte maximum 70% din bugetul total al spitalelor

Termen de realizare: 31 martie 2011

#### 1.1.3. Reorganizarea rețelei spitalicești

Indicator de evaluare:

Reducerea numărului de spitale publice cu 15%

Termen de realizare: 31 martie 2011

#### 1.2.1. Descentralizarea unităților spitalicești către structurile administrației publice locale

Indicator de evaluare:

Unități spitalicești descentralizate: 85%

Termen de realizare: realizat

#### 1.2.2. Modificarea structurii și competențelor managementului spitalelor și creșterea autonomiei acestora

Indicatori de evaluare:

Cadru legislativ privind atribuțiile manageriale la nivel spitalicesc

Termen de realizare: realizat

#### 1.3.1. Elaborarea criteriilor de clasificare a spitalelor

Indicatori de evaluare:

Act normativ pentru definirea criteriilor de clasificare a spitalelor

Termen de realizare: realizat

#### 1.3.2. Elaborarea Planului național privind spitalele și a planurilor regionale și locale privind spitalele

Indicatori de evaluare:

Plan național elaborat

8 planuri regionale elaborate

Reducerea cu 10% a numărului de internări

Termen de realizare: 31 decembrie 2011

Spitalele evaluate și clasificate/reclasificate în funcție de ordinul de clasificare a spitalelor și Planul național privind spitalele

Termen de realizare: 50% în 30 iunie 2011, 100% în 31 decembrie 2011

#### 1.3.3. Acreditarea spitalelor

Indicator de evaluare:

Spitale supuse procesului de acreditare

Termene de realizare: 20% din spitale supuse procesului de acreditare în 2011, 40% în 2012.

#### 1.4.1. Finalizarea implementării Sistemului informatic unic integrat (SIUI)

Indicator de evaluare:

100% din furnizorii de servicii de sănătate aflați în contract cu CNAS utilizează Sistemul informatic unic integrat

Termene de realizare: 31 martie 2011

#### 1.4.2. Introducerea cardului de sănătate

Indicatori de evaluare:

Populația asigurată cu card de sănătate

Termene de realizare: 15% în 30 iunie 2011, 75% în 31 decembrie 2011

#### 1.4.3. Dezvoltarea de baze de date electronice centralizate

Indicator de evaluare:

Spitale care transmit informații către baza de date centralizată — 50%.

Termen de realizare: 31 decembrie 2012

#### 2.1.1. Egalizarea (TCP) și revizuirea finanțării pe paturi de bolnavi cronici

Indicator de evaluare:

85% din spitalele finanțate prin sistemul DRG au TCP la valoarea medie națională

Termen de realizare: 31 martie 2011

#### 2.1.2. Revizuirea finanțării prin DRG

Indicatori de evaluare:

Implementarea sistemului de clasificare DRG intermediar

Termen de realizare: realizat

Implementarea sistemului de clasificare DRG specific românesc

Modificarea corespunzătoare a contractului-cadru

Creșterea cu 10% a ponderii internărilor de zi din total internări

Termen de realizare: 31 decembrie 2011

#### 2.1.3. Crearea unui Fond național unic de reechilibrare a bugetelor spitalelor

Indicator de evaluare:

Elaborarea cadrului legislativ și modificarea corespunzătoare a contractului-cadru

Scăderea cu 10% a fondurilor alocate spitalelor din FNUASS

Termen de realizare: 31 martie 2012

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

Indicator de evaluare:

Elaborarea cadrului legislativ și modificarea corespunzătoare a contractului-cadru

Termen de realizare: 31 decembrie 2012

3.1.1. Introducerea coplății modice direct la furnizorul de servicii medicale, diferențiate pe servicii și tipuri de asistență, cu mecanisme compensatorii pentru grupurile defavorizate

Indicatori de evaluare:

Adoptarea proiectului de lege privind coplata

Termen de realizare: 31 septembrie 2011

Scăderea ratei de internări în unitățile de asistență medicală acută pe cap de locuitor: 5%

Scăderea cheltuielilor cu serviciile medicale în unitățile sanitare cu paturi: 10%

Creșterea veniturilor din sănătate datorită introducerii coplății: 1%

Termen de realizare: 31 decembrie 2012

3.1.2. Stabilirea pachetului de servicii de bază pentru asigurați

Indicatori de evaluare:

Modificarea corespunzătoare a contractului-cadru

Termen de realizare: 31 martie 2012

3.2.1. Implementarea unei strategii de dezvoltare a asistenței medicale primare și specializate în ambulatoriu și introducerea unui sistem de stimulare a asistenței medicale spitalicești de zi

Indicatori de evaluare:

Strategie elaborată

Scăderea cu 10% a numărului de trimiteri pentru internări în spitale

Creșterea cu 10% a numărului de consultații în asistența medicală primară și specializată în ambulatoriu

Echipe de asistență medicală pentru gestionarea bolilor cronice configurate în fiecare ambulatoriu de specialitate

Termen de realizare: 31 martie 2012

4.1.1. Încurajarea prin mecanisme financiare a participării asiguratorilor privați în sistemul asigurărilor de sănătate

Indicatori de evaluare:

Act normativ pentru implementarea mecanismelor financiare stimulativă pentru asiguratorii privați

15% din asigurările totale de sănătate reprezentate de asigurări de sănătate private

5% din FNUASS către asiguratorii privați

Termen de realizare: 31 decembrie 2012

5.1.1. Elaborarea Planului național de resurse umane în sistemul serviciilor de sănătate publică din România

Indicatori de evaluare:

Plan național de resurse umane elaborat

Creșterea cu 10% a proporției personalului medical calificat din numărul total de angajați din sistemul serviciilor de sănătate

Creșterea cu 10% a proporției personalului medical cu studii superioare din numărul total de angajați din sistemul serviciilor de sănătate

Termen de realizare: 31 martie 2012

## 10. Implicații pentru buget

Implicațiile bugetare vor fi semnificative, unul dintre obiectivele strategiei de raționalizare fiind creșterea eficienței și reducerea costurilor la nivelul unităților spitalicești, ceea ce va permite o redistribuire a resurselor către alte segmente de asistență medicală (medicină primară, asistența ambulatorie, asistența de zi, îngrijiri la domiciliu etc.) care pot asigura tratamentul unei game largi de pacienți cu cheltuieli mult mai mici decât spitalele. Cu toate acestea, amploarea și profunzimea schimbărilor (și deci și a implicațiilor bugetare) sunt încă dificil de estimat, deoarece multe dintre măsurile propuse se interconstrâng și se influențează reciproc.

O estimare simplistă a implicațiilor financiare se poate face analizând numărul și cheltuielile efectuate pentru cazurile internate în spitale, comparativ cu numărul și cheltuielile efectuate pentru consultațiile în asistența medicală primară și asistența de specialitate ambulatorie:

Tipul de asistență medicală	Execuție bugetară 2008 (lei)	Nr. de servicii (consultații, respectiv internări) 2008	Cost mediu lei/serviciu
Asistență primară și ambulatorie	1.847.600.000	50.282.860	36,74
Unități sanitare cu paturi	7.522.000.000	5.118.416	1.469,6
<b>TOTAL:</b>	<b>9.369.600.000</b>	<b>55.401.276</b>	

În cazul în care în urma măsurilor de raționalizare a spitalelor doar 500.000 din cele 5.118.416 cazuri care în anul 2008 erau internate (deci sub 10% din totalul de pacienți internați) ar putea să fie rezolvate în ambulatoriu sau de către medicul de familie, ar rezulta, păstrând nemodificate numărul total de servicii și costul mediu/serviciu, o reducere a costurilor de la 9.369.600.000 lei la 8.652.986.430 lei, adică de 716.613.570 lei (aproape 5% din bugetul fondului de asigurări de sănătate, care a fost în anul 2008 de 15.576.700.000 lei):

Tipul de asistență medicală	Cheltuieli (lei)	Nr. de servicii (consultații, respectiv internări)	Cost mediu lei/serviciu
Asistență primară și ambulatorie	1.865.762.276	50.782.860	36,74
Unități sanitare cu paturi	6.787.224.154	4.618.416	1469,6
<b>TOTAL:</b>	<b>8.652.986.430</b>	<b>55.401.276</b>	

## 11. Implicații juridice

În vederea realizării obiectivelor propuse a început deja procesul de adaptare a legislației existente, precum și accelerarea procesului de finalizare a proiectelor aflate deja în curs.

Astfel, este vorba în primul rând de modificarea și completarea Legii nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, care s-a realizat prin Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 48/2010, care a fost însoțită de Hotărârea Guvernului nr. 529/2010, cu modificările ulterioare. De asemenea, a fost emis sau este în stadiu avansat de elaborare un pachet de acte normative care constituie legislația secundară

pentru descentralizare (ordine ale ministrului referitoare la modul de organizare a concursului de manager, la atribuțiile managerului și ale consiliului de administrație etc.).

Totodată, o parte dintre măsurile și obiectivele propuse se regăsesc în Hotărârea Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012.

Astfel, MS pledează pentru elaborarea prospectivă a contractelor-cadru viitoare, prin promovarea contractelor-cadru multianuale (2—4 ani), care să permită predictibilitatea

condițiilor de acordare a asistenței medicale și planificarea dezvoltării sistemului.

## 12. Proceduri de monitorizare și evaluare

MS, ca structură centrală responsabilă cu implementarea strategiei, redactează semestrial un raport de monitorizare pe baza informațiilor primite de la structurile din teritoriu. Obiectivul monitorizării este acela de a analiza rezultatele activităților operaționale și de a decide, dacă este cazul, ajustarea, completarea, modificarea sau actualizarea strategiei.

Monitorizarea se va desfășura pe baza Planului de acțiuni prevăzut în anexa nr. 2 la hotărâre, care va fi completat cu descrierea pașilor concreți de atingere a obiectivelor și de implementare a măsurilor propuse, conform recomandărilor experților BM.

MS va realiza și evaluarea finală a strategiei, pe care o va prezenta Guvernului până la data de 1 decembrie 2012. Scopul evaluării este de a compara rezultatele de ansamblu ale strategiei cu cele inițial planificate, precum și de a identifica problemele care trebuie soluționate în continuare și direcțiile de acțiune de perspectivă după implementarea completă a strategiei.

ANEXA Nr. 2

### Planul de acțiuni și instituțiile responsabile pentru implementarea Strategiei naționale de raționalizare a spitalelor

Activități operaționale	Instituții responsabile	Finalizarea activității
1.1.1. Reducerea capacității excedentare de internare	Ministerul Sănătății (MS)	Trimestrul 4 — 2012
1.1.2. Reducerea cheltuielilor de personal în structurile spitalicești	MS	Trimestrul 1 — 2011
1.1.3. Reorganizarea rețelei spitalicești	MS, Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS)	Trimestrul 1 — 2011
1.3.2. Elaborarea Planului național privind spitalele și a planurilor regionale și locale privind spitalele	MS	Trimestrul 4 — 2011
1.3.3. Acreditarea spitalelor	Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor	Permanent
1.4.1. Finalizarea implementării Sistemului informatic unic integrat (SIUI)	MS, CNAS	Trimestrul 1 — 2011
1.4.2. Introducerea cardului național de sănătate	MS, CNAS	Trimestrul 4 — 2011
1.4.3. Dezvoltarea de baze de date electronice centralizate	MS, CNAS	Trimestrul 4 — 2012
2.1.1. Egalizarea tarifului pe caz ponderat (TCP) și revizuirea finanțării pe paturi de bolnavi cronici	MS, CNAS	Trimestrul 1 — 2011
2.1.2. Revizuirea finanțării spitalelor prin sistemul DRG	MS, CNAS	Trimestrul 4 — 2011
2.1.3. Crearea unui Fond național unic de reechilibrare a bugetelor spitalelor	MS, CNAS	Trimestrul 1 — 2012
2.1.4. Stabilirea criteriilor unitare de finanțare din fonduri publice a serviciilor oferite de sectorul privat în unități spitalicești și ambulatorii	MS, CNAS	Trimestrul 4 — 2012
3.1.1. Introducerea coplății modice direct la furnizorul de servicii medicale, diferențiate pe servicii și tipuri de asistență, cu mecanisme compensatorii pentru grupurile defavorizate	MS, CNAS, Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar (SNSPMPDS)	Trimestrul 3 — 2011
3.1.2. Stabilirea pachetului de servicii de bază pentru asigurați	MS, CNAS, SNSPMPDS	Trimestrul 1 — 2012
3.2.1. Implementarea unei strategii de dezvoltare a asistenței medicale primare și specializate în ambulatoriu și introducerea unui sistem de stimulare a asistenței medicale spitalicești de zi	MS, CNAS	Trimestrul 1 — 2012
4.1.1. Încurajarea prin mecanisme financiare a participării asiguratorilor privați în sistemul asigurărilor de sănătate	MS, CNAS	Trimestrul 4 — 2012
5.1.1. Elaborarea Planului național de resurse umane în sistemul serviciilor de sănătate publică din România	MS	Trimestrul 1 — 2012

# ACTE ALE ORGANELOR DE SPECIALITATE ALE ADMINISTRAȚIEI PUBLICE CENTRALE

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
Nr. 196 din 17 martie 2011

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Nr. 386 din 24 februarie 2011

## ORDIN

### privind modificarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010

Având în vedere Referatul de aprobare nr. Cs.A 2.235 din 17 martie 2011 al Ministerului Sănătății și nr. DG 822 din 23 februarie 2011 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

— Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 262/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, cu completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

**Art. I.** — Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I nr. 207 și 207 bis din 1 aprilie 2010, cu modificările și completările ulterioare, se modifică după cum urmează:

Ministrul sănătății,  
**Cseke Attila**

— La anexa 17A, poziția BH02 va avea următorul cuprins:

„BH02	Spitalul Clinic Municipal «Dr. Gavril Curteanu» Oradea	0,9587	1.390”
-------	--	--------	--------

**Art. II.** — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Nicolae-Lucian Duță**

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII  
Nr. 274 din 30 martie 2011

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE  
Nr. 432 din 29 martie 2011

## ORDIN

### privind modificarea art. 1 din Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.588/1.104/2010 pentru prelungirea aplicării prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010

Având în vedere Referatul de aprobare nr. Cs.A 3.459 din 30 martie 2011 al Ministerului Sănătății și nr. DG 1.315 din 29 martie 2011 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

— art. 217 alin. (5) din titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 1.389/2010 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011—2012, cu modificările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

— Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

**ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate** emit următorul ordin:

**Art. I.** — Articolul 1 din Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.588/1.104/2010 pentru prelungirea aplicării prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 895 din 30 decembrie 2010, se modifică și va avea următorul cuprins:

Ministrul sănătății,  
**Cseke Attila**

„Art. 1. — Se prelungește până la data de 1 iunie 2011 aplicarea prevederilor Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2010, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 207 și 207 bis din 1 aprilie 2010, cu modificările și completările ulterioare.”

**Art. II.** — Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
**Nicolae-Lucian Duță**

## ACTE ALE ÎNALTEI CURȚI DE CASAȚIE ȘI JUSTIȚIE

### ÎNALTA CURTE DE CASAȚIE ȘI JUSTIȚIE

#### — SECȚIILE UNITE —

#### DECIZIA Nr. 5 din 20 septembrie 2010

Dosar nr. 4/2010

Sub președinția doamnei judecător Rodica Aida Popa, vicepreședintele Înaltei Curți de Casație și Justiție, Înalta Curte de Casație și Justiție, constituită în Secții Unite, în conformitate cu dispozițiile art. 25 lit. a) din Legea nr. 304/2004 privind organizarea judiciară, republicată, cu modificările și completările ulterioare, s-a întrunit pentru a examina recursul în interesul legii cu privire la stabilirea și recalcularea pensiilor din sistemul public provenite din fostul sistem al asigurărilor sociale de stat, prin luarea în considerare a formelor de retribuire obținute în regim de lucru prelungit, prevăzute de art. 2 din Hotărârea Consiliului de Miniștri nr. 1.546/1952.

Secțiile Unite au fost constituite cu respectarea dispozițiilor art. 34 din Legea nr. 304/2004, republicată, cu modificările și completările ulterioare, fiind prezenți 82 de judecători din 103 aflați în funcție.

Procurorul general al Parchetului de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție a fost reprezentat de procuror Antoaneta Florea — procuror-șef al Biroului de reprezentare din cadrul Secției judiciare — Serviciul judiciar civil.

Reprezentanța procurorului general al Parchetului de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție a susținut recursul în interesul legii, punând concluzii pentru admiterea acestuia și pronunțarea unei decizii prin care să se asigure interpretarea și aplicarea unitară a legii.

Procurorul general a apreciat că orientarea jurisprudențială potrivit căreia la stabilirea și recalcularea pensiei nu se pot lua în considerare veniturile obținute în regim de lucru prelungit, întrucât aceste sume sunt rezultatul unor forme de retribuire a muncii după timp sau în regie, este în spiritul și litera legii.

#### SECȚIILE UNITE,

deliberând asupra recursului în interesul legii, constată următoarele:

În practica instanțelor judecătorești s-a constatat că nu există un punct de vedere unitar cu privire la stabilirea și recalcularea pensiilor din sistemul public provenite din fostul sistem al asigurărilor sociale de stat, prin luarea în considerare a formelor de retribuire obținute în regim de lucru prelungit, prevăzute de art. 2 din Hotărârea Consiliului de Miniștri nr. 1.546/1952.

Astfel, unele instanțe au considerat că la stabilirea și recalcularea pensiei nu se pot lua în considerare veniturile obținute în regim de lucru prelungit, reglementat de Hotărârea Consiliului de Miniștri nr. 1.546/1952 și, consecutiv, de Hotărârea Consiliului de Miniștri nr. 2.579/1956, Hotărârea Consiliului de Miniștri nr. 191/1963 ori Decretul nr. 175/1973, întrucât aceste sume sunt rezultatul unor forme de retribuire a muncii după timp sau în regie.

S-a reținut că prin dispoziții legale exprese, respectiv Legea nr. 3/1977 privind pensiile de asigurări sociale de stat și

asistența socială și Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 4/2005 privind recalcularea pensiilor din sistemul public, provenite din fostul sistem al asigurărilor sociale, au fost precizate elementele care se iau în calcul la stabilirea și recalcularea drepturilor de pensie, nefiind prevăzute sumele primite pentru orele prestate în regim prelungit de lucru.

Într-o altă orientare jurisprudențială s-a considerat că la stabilirea și recalcularea drepturilor de pensie se iau în considerare și veniturile obținute pentru munca prestată în regim de lucru prelungit, în temeiul art. 1 și 2 din Hotărârea Consiliului de Miniștri nr. 1.546/1952, al Hotărârii Consiliului de Miniștri nr. 2.579/1956 și al Decretului nr. 175/1973, reținându-se că pentru aceste sume s-a achitat contribuția de asigurări sociale.

Aceste din urmă instanțe au interpretat și au aplicat corect dispozițiile legii.

Astfel, art. 1 alin. 2 din Legea nr. 3/1977 privind pensiile de asigurări sociale de stat și asistența socială prevedea că pensia se stabilește în raport cu contribuția adusă de fiecare persoană la dezvoltarea societății și se diferențiază în funcție de vechimea

în muncă, retribuiția avută și grupa de muncă, iar art. 10 din același act normativ prevedea că baza de calcul care este avută în vedere la stabilirea pensiei este retribuiția tarifară, respectiv media retribuițiilor tarifare lunare din 5 ani lucrați consecutiv, la alegere, din ultimii 10 ani de activitate.

Art. 10 din lege a fost modificat prin art. 3 din Legea nr. 49/1992 pentru modificarea și completarea unor reglementări din legislația de asigurări sociale, forma după modificare prevăzând că baza de calcul la stabilirea pensiei este media din 5 ani lucrați consecutiv, la alegere, din ultimii 10 ani de activitate, a salariului de bază și, printre alte sporuri, a sporului pentru lucru sistematic peste programul normal.

Prin art. 3 alin. 1 din Legea nr. 3/1977 se prevedea că dreptul la pensia de asigurări sociale este recunoscut tuturor cetățenilor țării care au desfășurat o activitate permanentă pe baza unui contract de muncă și pentru care unitățile au depus contribuția prevăzută de lege la fondul de asigurări sociale de stat.

Față de aceste dispoziții legale, urmează a se stabili în ce măsură veniturile obținute prin regim de lucru prelungit, potrivit dispozițiilor Legii nr. 3/1977, intră în baza de calcul al pensiei de asigurări sociale, ceea ce înseamnă a se stabili dacă au reprezentat un spor cu caracter tarifar, pentru care s-au achitat contribuții la bugetul asigurărilor de stat.

Regimul juridic al prelungirii timpului de lucru, reglementat inițial prin Hotărârea Consiliului de Miniștri nr. 1.546/1952, prevedea că ministerele de resort, de comun acord cu uniunea sindicală respectivă, vor putea aproba șantierul de construcții și montaj pentru care se admite program normal de lucru, până la 10 ore pe zi, iar în cazuri excepționale, prelungirea zilei de lucru peste 10 ore pe zi.

Potrivit art. 2 din această hotărâre, orele efectuate în aceste condiții vor fi considerate și plătite ca ore normale.

Ulterior, prin Legea nr. 10/1972, a fost adoptat Codul muncii al R.S.R., care în art. 116 prevedea că în construcții, în industria forestieră, în agricultură, precum și în alte activități cu condiții specifice, durata zilei de muncă poate fi mai mare, în condițiile și limitele stabilite prin hotărâre a Consiliului de Miniștri, de comun acord cu Uniunea Generală a Sindicatelor.

Potrivit art. 120 din fostul Cod al muncii, orele în care o persoană prestează munca peste durata normală a timpului de lucru sunt ore suplimentare și se compensează cu timp liber corespunzător, iar dacă munca astfel prestată nu a putut fi compensată cu timp liber corespunzător, orele suplimentare se vor retribui cu un spor de 50% sau 100%, în condițiile reglementate de același cod.

Aceste dispoziții au fost preluate și de Legea retribuirii după cantitatea și calitatea muncii nr. 57/1974, care în art. 71 prevedea că personalul care lucrează peste durata normală a zilei de muncă sau în zilele de repaus săptămânal ori în alte zile în care, potrivit legii, nu se lucrează are dreptul să fie retribuit dacă nu i s-a asigurat, în compensare, timpul liber corespunzător.

Prin urmare, se constată că veniturile realizate din munca prestată peste programul normal de lucru, potrivit dispozițiilor legale mai sus arătate, sunt venituri cu caracter tarifar, care trebuie luate în considerare la stabilirea bazei de calcul al pensiei datorate pentru munca depusă.

Trebuie subliniat faptul că pentru aceste sume încasate s-a plătit contribuția la asigurările sociale de stat, deoarece Decretul nr. 389/1972 cu privire la contribuția pentru asigurări sociale de stat prevedea această sarcină asupra câștigului brut realizat de personalul salariat, fără nicio distincție.

Or, potrivit principiului contributivității, stabilit prin art. 2 lit. e) din Legea nr. 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte

drepturi de asigurări sociale, cu modificările și completările ulterioare, fondurile de asigurări sociale se constituie pe baza contribuțiilor datorate de persoanele fizice și juridice participante la sistemul public, drepturile de asigurări sociale convenindu-se în temeiul contribuțiilor de asigurări sociale plătite.

Faptul că aceste venituri trebuie luate în considerare la stabilirea bazei de calcul al pensiilor este demonstrat și de prevederile art. 4 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 4/2005.

Acest articol prevede că sporurile, indemnizațiile și majorările de retribuiții tarifare care, potrivit legislației anterioare datei de 1 aprilie 2001, au făcut parte din baza de calcul al pensiilor și care se utilizează la determinarea punctajului mediu anual sunt cele prezentate în anexa care face parte integrantă din actul normativ în discuție.

Or, potrivit pct. IV din anexa la ordonanță, intră în categoria sporurilor, indemnizațiilor și majorărilor de retribuiții tarifare și acele sporuri acordate de către ministerele de resort, conform prevederilor actelor normative în vigoare în diverse perioade, evidențiate împreună cu salariile aferente în statele de plată și pentru care s-a datorat și s-a virat contribuția de asigurări sociale.

De asemenea, în această categorie intră și sporul pentru lucrul sistematic peste programul normal.

Anexa la Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 4/2005 cuprinde la pct. IV și mențiunea că la stabilirea punctajului mediu anual nu vor fi avute în vedere formele de retribuire în acord sau cu bucată, în regie ori după timp, pe bază de tarife sau cote procentuale, deoarece acestea nu au făcut parte din baza de calcul al pensiilor, conform legislației anterioare datei de 1 aprilie 2001.

Veniturile obținute în regim de lucru prelungit nu reprezintă o formă de retribuire a muncii în regie sau după timp, deoarece art. 12 din Legea nr. 57/1974 prevedea această formă de retribuire pentru situația în care retribuiția tarifară era stabilită pe o oră, zi sau lună și se acorda personalului pentru timpul efectiv lucrat la realizarea integrală a sarcinilor de serviciu, exprimate sub forma unei norme de producție zilnică sau prin atribuții stabilite concret pentru fiecare loc de muncă.

De asemenea, potrivit dispozițiilor art. 199 alin. 1 din Legea nr. 57/1974, în cazuri excepționale, în anumite sectoare de activitate se putea aproba efectuarea în afara programului de lucru a unor munci retribuite cu ora sau în raport de lucrările executate.

Timpul de muncă în regim de lucru prelungit, așa cum s-a arătat, are un alt regim juridic, fiind considerat de lege ca timp normal de lucru și retribuit ca atare.

În consecință, în temeiul dispozițiilor art. 25 lit. a) din Legea nr. 304/2004 privind organizarea judiciară, republicată, cu modificările și completările ulterioare, și ale art. 329 alin. 2 și 3 din Codul de procedură civilă, urmează a se admite recursul în interesul legii și a se stabili că sumele plătite pentru munca prestată de foștii salariați în regim de lucru prelungit, în condițiile art. 1 și 2 din Hotărârea Consiliului de Miniștri nr. 1.546/1952, se au în vedere la stabilirea și recalcularea pensiilor din sistemul public.

## PENTRU ACESTE MOTIVE

În numele legii:

DECID :

Admit recursul în interesul legii declarat de procurorul general al Parchetului de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție.

În interpretarea dispozițiilor art. 2 lit. e), art. 78 și art. 164 alin. (1) și (2) din Legea nr. 19/2000 privind sistemul public de pensii și alte drepturi de asigurări sociale și ale art. 1 și 2 din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 4/2005 privind recalcularea pensiilor din sistemul public, provenite din fostul sistem al asigurărilor sociale de stat, stabilesc că:

Sumele plătite pentru munca prestată de foștii salariați în regim de lucru prelungit, în condițiile art. 1 și 2 din Hotărârea Consiliului de Miniștri nr. 1.546/1952, se au în vedere la stabilirea și recalcularea pensiilor din sistemul public.

Obligatorie, potrivit art. 329 alin. 3 din Codul de procedură civilă.

Pronunțată în ședință publică, astăzi, 20 septembrie 2010.

VICEPREȘEDINTELE ÎNALTEI CURȚI DE CASAȚIE ȘI JUSTIȚIE,

**RODICA AIDA POPA**

Prim-magistrat-asistent,

**Adriana Daniela White**

---

## ACTE ALE COMISIEI DE SUPRAVEGHERE A ASIGURĂRILOR

COMISIA DE SUPRAVEGHERE A ASIGURĂRILOR

**DECIZIE****privind retragerea autorizației de funcționare a Societății Comerciale  
STAR INSURANCE BROKER DE ASIGURARE — S.R.L.**

Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, cu sediul în municipiul București, str. Amiral Constantin Bălescu nr. 18, sectorul 1, cod de înregistrare fiscală 14045240/01.07.2001, reprezentată legal de președinte, în temeiul art. 4 alin. (19), precum și al art. 39 alin. (5) din Legea nr. 32/2000 privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare, în baza hotărârii Consiliului Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor, consemnată în procesul-verbal al ședinței din data de 15 februarie 2011, conform art. 4 alin. (22)—(241) din Legea nr. 32/2000, cu modificările și completările ulterioare, în cadrul căreia a fost analizată documentația aferentă Notei nr. X 215 din 14 februarie 2011 privind controlul efectuat la Societatea Comercială STAR INSURANCE BROKER DE ASIGURARE — S.R.L., cu sediul social în municipiul Botoșani, Str. Armeană nr. 50, județul Botoșani, înmatriculată la registrul comerțului cu nr. J07/1072/08.12.1994, codul unic de înregistrare 6651539 și înscrisă în Registrul brokerilor de asigurare cu nr. RBK— 274/30.03.2005, reprezentată de către Cabinetul Individual de Insolvență — Mihalache Cristian, în calitate de lichidator,

a constatat următoarele:

Lichidatorul desemnat, Mihalache P. Cristian, nu a pus la dispoziția echipei de control documentele în vederea desfășurării controlului inopinat, încălcând astfel prevederile art. 35 alin. (5) lit. e) și art. 38<sup>1</sup> alin. (12) din Legea nr. 32/2000 cu modificările și completările ulterioare, precum și prevederile deciziei președintelui Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor nr. 33/2011, ceea ce constituie contravenție în conformitate cu art. 39 alin. (2) lit. a și m<sup>2</sup>) din Legea nr. 32/2000, cu modificările și completările ulterioare.

Societatea nu a deținut polița de răspundere civilă profesională începând cu data de 11 iunie 2010, încălcând astfel prevederile art. 35 alin. (5) lit. c) din Legea nr. 32/2000, cu modificările și completările ulterioare, coroborate cu prevederile art. 2 lit. c) și art. 7 lit. b) din Normele privind autorizarea brokerilor de asigurare și/sau de reasigurare, puse în aplicare prin Ordinul președintelui Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor nr. 3.110/2004, cu modificările ulterioare, ceea ce constituie contravenție în conformitate cu prevederile art. 39 alin. (2) lit. a și m<sup>2</sup>) din Legea nr. 32/2000, cu modificările și completările ulterioare.

Față de aceste motive, în scopul apărării drepturilor asiguraților și al promovării stabilității activității de asigurare în România, în ședința din data de 15 februarie 2011, Consiliul Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor a hotărât retragerea autorizației de funcționare a Societății Comerciale STAR INSURANCE BROKER DE ASIGURARE — S.R.L.,

drept care se decide:

Art. 1. — Se retrage autorizația de funcționare a Societății Comerciale STAR INSURANCE BROKER DE ASIGURARE — S.R.L., cu sediul social în municipiul Botoșani, Str. Armeană nr. 50, județul Botoșani, înmatriculată la registrul comerțului cu nr. J07/1072/08.12.1994, codul unic de înregistrare 6651539 și înscrisă în Registrul brokerilor de asigurare cu

nr. RBK— 274/30.03.2005, în conformitate cu prevederile art. 39 alin. (3) lit. e) din Legea nr. 32/2000 privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 2. — Se interzice Societății Comerciale STAR INSURANCE BROKER DE ASIGURARE — S.R.L., de la data primirii prezentei decizii, desfășurarea activității de broker de asigurare, conform prevederilor Legii nr. 32/2000, cu modificările și completările ulterioare, și ale normelor emise în aplicarea acesteia.

Art. 3. — (1) Societatea are obligația să rezilieze toate contractele de colaborare încheiate cu societățile de asigurare.

(2) Societatea are obligația să își notifice clienții, în termen de 3 zile de la data primirii prezentei decizii, în vederea efectuării plății ratelor scadente la contractele în curs de derulare direct la asigurații, rămânând direct răspunzătoare pentru îndeplinirea obligațiilor asumate prin contractele în vigoare, până la data

publicării prezentei decizii în Monitorul Oficial al României, Partea I.

(3) Societatea are obligația să schimbe denumirea societății prin eliminarea sintagmei „broker de asigurare”.

Art. 4. — Societatea, în termen de 60 de zile de la primirea prezentei decizii, are obligația să transmită Comisiei de Supraveghere a Asiguraților dovada înregistrării la oficiul registrului comerțului a modificărilor menționate.

Art. 5. — Împotriva prezentei decizii societatea poate face plângere la Curtea de Apel București, în termen de 30 de zile de la comunicarea acesteia, în conformitate cu prevederile art. 40 alin. (1) din Legea nr. 32/2000, cu modificările și completările ulterioare.

Art. 6. — Prezenta decizie se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, conform prevederilor art. 9 din Legea nr. 32/2000, cu modificările și completările ulterioare.

Președintele Comisiei de Supraveghere a Asiguraților,  
**Angela Toncescu**

București, 17 martie 2011.  
Nr. 210.

★

#### CUANTUMUL TOTAL

**al sumelor provenite din finanțările private ale partidelor politice în anul 2010,  
conform Legii nr. 334/2006 privind finanțarea activității partidelor politice  
și a campaniilor electorale**

#### **Comunitatea Rușilor Lipoveni din România**

Cuantumul total al veniturilor din cotizații încasate în anul 2010 — 11.065 lei

★

#### **Partidul Civic Maghiar**

Cuantumul total al cotizațiilor încasate în anul 2010 de la membrii partidului — 51.857 lei

---

**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 52184 1