



**MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE ȘI  
DEZVOLTAREA INFRASTRUCTURII  
UNITĂȚILOR SANITARE SPITALICEȘTI,  
PENTRU PERIOADA 2014- 2021**

# SINTEZĂ



## Cuprins

REZUMAT .....	5
I. INTRODUCERE .....	9
<i>I.1 Prezentarea obiectivelor generale și specifice ale auditului performanței/acțiunilor de documentare</i> .....	9
II.PREZENTAREA SINTETICĂ A CONTEXTULUI ÎN CARE SE DESFĂȘOARĂ ACTIVITATEA UNITĂȚILOR SANITARE CU PATURI, INCLUSIV A CADRULUI INSTITUȚIONAL .....	9
<i>II.1 Scopul, obiectivele și atribuțiile prevăzute în actele normative în baza cărora funcționează</i> .....	9
II.2 OBIECTIVE ȘI STRATEGII .....	10
B. OBIECTIVE STRATEGICE ȘI PLANURILE DE ACȚIUNE STABILITE LA NIVEL NAȚIONAL .....	12
<i>Strategia guvernamentală privind domeniul sănătății</i> .....	12
II.3 Finanțarea .....	13
III.PREZENTAREA CONSTATĂRILOR ȘI CONCLUZIILOR .....	14
III.1.Regimul juridic, autorizarea, acreditarea și avizarea unităților spitalicești .....	16
III.1.1.Amplasamentul unităților sanitare spitalicești .....	16
III.1.2.Autorizarea, acreditarea și avizarea necesare desfășurării activității unităților sanitare spitalicești .....	18
III.2.Fundamentarea și gradul de asigurare a necesarului de resurse financiare .....	20
III.2.1.Evaluarea modului de fundamentare și a gradului de asigurare a necesarului de resurse financiare pentru dezvoltarea infrastructurii unităților sanitare spitalicești .....	20
III.2.2..Evoluția fondurilor publice alocate pentru plata drepturilor salariale ale personalului medical și pentru infrastructură în unitățile sanitare spitalicești .....	23
III.3. Evoluția principalilor indicatori de performanță ai unității sanitare spitalicești în condiții de continuitate .....	28
III.3.1.Principali indicatori de performanță ai unității sanitare spitalicești în perioada 2014-2021 .....	28
III.3.2.Asigurarea managementului unităților sanitare spitalicești în condiții de continuitate .....	32
III.4. Managementul resurselor umane în unitățile sanitare spitalicești .....	34
III.4.1.Evaluarea modului de respectare a normativelor de personal sanitar ale unităților sanitare spitalicești, respectiv a numărului maxim de personal pe categorii .....	34
III.4.2.Evaluarea modului de ocupare a posturilor vacante de către personalul sanitar în condiții de transparență și echitate. Existența posturilor pentru care s-au încheiat contracte de prestări servicii sau ocupate prin detașare/delegare, pensionari reîncadrați .....	36
III.4.3.Evaluarea gradului de asigurare a resurselor financiare pentru plata drepturilor salariale a personalului sanitar de la nivelul unităților sanitare spitalicești, inclusiv a stimulentei financiare .....	39
III.4.4.Evaluarea modului de asigurare a unor metode de stimulare a personalului medical necesar din unitățile sanitare spitalicești situate în zonele defavorizate .....	41
III.5.Managementul dezvoltării infrastructurii unităților sanitare spitalicești .....	42
III.5.1.Evaluarea gradului de asigurare a sistemelor informatice în vederea îmbunătățirii și dezvoltării activității la nivelul unităților sanitare spitalicești .....	42
III.5.2.Modul de asigurare de către unitățile sanitare spitalicești a investigațiilor imagistice (RMN, CT) .....	43
III.5.3.Analizarea investițiilor finalizate, în curs de derulare (începute și neterminate) și a dotărilor din perioada 2014 – 2021 .....	48

<i>III.5.4. Identificarea studiilor de fezabilitate, studiilor de fezabilitate, proiectelor și altor studii aferente obiectivelor de investiții, a vechimii acestor studii și a cuprinderii acestora în cadrul unor obiective de investiții</i> .....	51
<i>III.5.5. Evaluarea gradului de absorbție a fondurilor UE pentru implementarea proiectelor de investiții la nivelul unităților sanitare spitalicești</i> .....	53
<i>III.5.6. Modul de dotare cu mijloace de intervenție și transport medical asistat/transport sanitar neasistat, precum și cel deținut în perioada 2014-2021</i> .....	54
<i>III.5.7. Evaluarea modului de neutralizare a deșeurilor medicale</i> .....	56
<i>III.6. Donații pentru dezvoltarea infrastructurii unităților sanitare spitalicești</i> .....	57
<i>III.6.1. Modul de încheiere și derulare a protocoalelor/contractelor/acordurilor de parteneriat având ca obiect donațiile de bunuri/echipamente/dotări/servicii/lucrări pentru dezvoltarea infrastructurii unității sanitare</i> .....	57
<b>IV. PROPUNERILE ENTITĂȚILOR ÎN LEGĂTURĂ CU OPTIMIZAREA MODULUI DE GESTIONARE A RESURSELOR UMANE ȘI A DEZVOLTĂRII INFRASTRUCTURII</b> .....	58
<b>V. RECOMANDĂRI</b> .....	61

## Lista abrevierilor

AAPL	Autoritatea administrației publice locale
ATI	Secția de Anestezie și Terapie Intensivă
ANMCS	Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate
ANDIS	Agencia Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii de Sănătate
ANMDM	Agencia Națională a Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
AM POR	Autoritatea de Management POR (AM POR)
ASSMB	Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale a Municipiului București
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate,
CT	Tomografie Computerizată
DMS	Durata medie de spitalizare
DSP	Direcția de Sănătate Publică
FNUASS	Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate
INS	Institutul Național de Statistică
INSP	Institutul Național de Sănătate Publică
MFP	Ministerul Finanțelor Publice
MAI	Ministerul Afacerilor Interne
MAPN	Ministerul Apărării
MS	Ministerul Sănătății,
PNS	Programe Naționale de Sănătate
PNRR	Planul Național de Redresare și Reziliență
RMN	Imagistică prin Rezonanță Magnetică
SRI	Serviciul Român de Informații
Spital CF	Spital din subordinea Ministerului Transporturilor și Infrastructurii
OMS	Ordin al Ministrului Sănătății
STS	Serviciul de Telecomunicații Speciale
UE	Uniunea Europeană

## Tabele, grafice și figuri

### Tabele:

Tabelul nr. 1	Clasificarea spitalelor
Tabelul nr. 2	Situația execuției cheltuielilor în perioada 2014-2021
Tabelul nr. 3	Situația ponderilor cheltuielilor de personal și de capital în cheltuielile totale
Tabelul nr. 4	Situația execuției cheltuielilor la nivelul spitalelor de subordonare locală în perioada 2014-2021 (mii lei)
Tabelul nr. 5	Situația ponderilor cheltuielilor de personal și de capital în cheltuielile totale
Tabelul nr. 6	Evoluția principalelor indicatori economici-financiari aferenți activității medicale
Tabelul nr. 7	Situația privind frecvența modificărilor intervenite/operate la nivelul conducerii unităților medicale
Tabelul nr. 8	Situația ocupării posturilor de către personalul medical pensionat și reîncadrat, contractelor de prestări servicii încheiate și a posturilor ocupate fără concurs din cadrul unităților sanitare spitalicești publice
Tabelul nr. 9	Situația sporurilor/stimulentelor salariale acordate personalului sanitar în condițiile pandemiei SARSCov-2
Tabelul nr. 10	Numărul total al investigațiilor CT și RMN, din care efectuate cu echipamente proprii, la nivel național, în anul 2021 comparativ cu anul 2014
Tabelul nr. 11	Obiective de investiții noi și în continuare, perioada 2014 - 2021

### Grafice:

Graficul nr. 1	Structura cheltuielilor de capital efectuate de spitale (%), în perioada 2014 – 2021
Graficul nr. 2	Structura veniturilor spitalelor publice raportat la sursele de finanțare
Graficul nr. 3	Evoluția veniturilor unităților sanitare spitalicești în perioada 2014 – 2021
Graficul nr. 4	Evoluția cheltuielilor salariale și de capital în perioada 2014-2021 (mii lei)
Graficul nr. 5	Evoluția veniturilor unităților sanitare spitalicești de subordonare locală în perioada 2014 – 2021
Graficul nr. 6	Evoluția cheltuielilor salariale și de capital la spitalele de subordonare locală în perioada 2014-2021 (mii lei)
Graficul nr. 7	Evoluția costului mediu de spitalizare la unitățile sanitare spitalicești de subordonare locală în perioada 2014 – 2021
Graficul nr. 8	Modalitatea de ocupare a funcțiilor de conducere în cadrul unității spitalicești
Graficul nr. 9	Structura posturilor ocupate de către personalul medical la finele anului 2021
Graficul nr. 10	Structura posturilor ocupate de personalul din unitățile de subordonare locală la finele anului 2021
Graficul nr. 11	Evoluția stimulentelor financiare/sporurilor acordate personalului sanitar în perioada 2014 – 2021
Graficul nr. 12	Disponibilitatea unităților CT și RMN în unitățile sanitare spitalicești publice, în anul 2021 comparativ cu anul 2014
Graficul nr. 13	Evoluția numărului de aparate CT deținute de unitățile de subordonare locală în perioada 2014-2021
Graficul nr. 14	Evoluția numărului de aparate RMN deținute de unitățile de subordonare locală în perioada 2014-2021
Graficul nr. 15	Structura pe surse de finanțare a plăților efectuate pentru studii de fezabilitate și alte studii aferente obiectivelor de investiții, achitate, dar nepuse în operă de către unitățile sanitare spitalicești publice, în perioada 2014 -2021
Graficul nr. 16	Evoluția cheltuielilor cu serviciile de neutralizare a deșeurilor efectuate prin prestări de servicii în perioada 2014-2021

### Figuri:

Figura nr. 1	Unități sanitare cu paturi din subordinea MS, în rețeaua proprie a altor ministere și subordonare locală
Figura nr. 2	Unități sanitare publice cu paturi de subordonare locală
Figura nr. 3	Distribuția spitalelor publice la nivel național în anul 2020
Figura nr. 4	Unități sanitare de subordonare locală care au implementat programe de Telemedicină
Figura nr. 5	Disponibilitatea unităților CT și RMN în spitale (la 100.000 de locuitori)
Figura nr. 6	Dificultăți în accesarea fondurilor europene

## Rezumat

Curtea de Conturi a României a efectuat, în anul 2022, o amplă evaluare a spitalelor din sistemul public național, având ca obiectiv general evaluarea modului în care, în perioada 2014-2021, în unitățile sanitare cu paturi au fost asigurate resursele umane (personalul sanitar) precum și infrastructura specifică, din punctul de vedere al economicității, eficienței și eficacității.

În acest context, departamentele și camerele de conturi au realizat **310 de acțiuni de documentare** privind **managementul resurselor umane și dezvoltarea infrastructurii la unități sanitare spitalicești din subordinea unor ministere și a unităților administrativ teritoriale**, urmate de o misiune de audit al performanței realizată la Ministerul Sănătății, care a inclus activitatea celor 58 de unități sanitare cu paturi subordonate direct Ministerului.

În acest sens, au fost efectuate acțiuni de documentare la un număr de **368 de unități sanitare cu paturi**, din care **58 se află în subordinea Ministerului Sănătății, 31 în rețeaua proprie a altor ministere, iar 279 sunt spitale în coordonarea autorităților publice locale**, astfel:



Evaluarea obiectivelor propuse în cadrul misiunii de audit al performanței derulate se regăsește, în detaliu, în **Raportul de audit al performanței încheiat la Ministerul Sănătății**, a cărui sinteză a fost publicată în luna februarie 2023 pe pagina de internet a instituției, [www.curteadeconturi.ro](http://www.curteadeconturi.ro).

Pe baza datelor și informațiilor colectate pe parcursul misiunii de audit al performanței, cât și a acțiunilor de documentare și a criteriilor de audit identificate, a fost efectuată o evaluare obiectivă privind modul în care *Ministerul Sănătății a asigurat managementul resurselor umane și dezvoltarea infrastructurii unităților sanitare spitalicești, din subordinea acestuia și din rețeaua proprie a altor ministere și a celor aflate în administrarea autorităților administrației publice locale, pentru perioada 2014 - 2021*, iar în urma analizei efectuate au rezultat o serie de concluzii pe baza cărora au fost formulate recomandări.

### Câteva elemente care evidențiază unde se situează sistemul de sănătate românesc în Europa:

- În anul 2020 „sănătatea” a reprezentat al doilea domeniu ca mărime a cheltuielilor publice din UE, după „protecția socială”. Cheltuielile publice pentru sănătate au crescut cu 1 punct procentual comparativ cu anul 2019 (respectiv 8,0 % din PIB în 2020, comparativ cu 7,0 % din PIB în 2019);
- La nivelul UE, cele mai semnificative categorii de cheltuieli de sănătate au fost cele aferente „serviciilor spitalicești” (3,4 % din PIB), „serviciilor ambulatorii” (2,5 % din PIB) și „produselor, aparatelor și echipamentelor medicale” (1,2 % din PIB).
- În anul 2020, unele state membre UE, respectiv Cehia și Austria (cu 9,2%) au înregistrat cele mai ridicate ponderi ale cheltuielilor publice dedicate sănătății în PIB, în timp ce România a înregistrat cea mai scăzută rată, respectiv de 5,5 % din PIB.
- În România se înregistrează decalaje semnificative față de Uniunea Europeană, în ultimii ani se prezintă un trend demografic de îmbătrânire, la începutul anului 2021 peste 25% din totalul populației se încadra în grupa de vârstă medie, vârsta de la care încep să apară problemele de sănătate, aceasta fiind cu aproximativ 4 ani mai mică decât media UE;
- Spitalele au fost principalul furnizor de asistență medicală în majoritatea statelor membre ale UE și au înregistrat cea mai mare proporție (circa 36 %) din cheltuielile cu sănătatea în 2019 în UE, în timp ce în România ponderea acestora reprezintă circa 43 %;
- România se situa în topul primelor zece țări (respectiv locul 8) din punct de vedere al numărului de medici practicanți, cu un număr de 59.333 medici în exercițiu (3,5% din totalul UE);

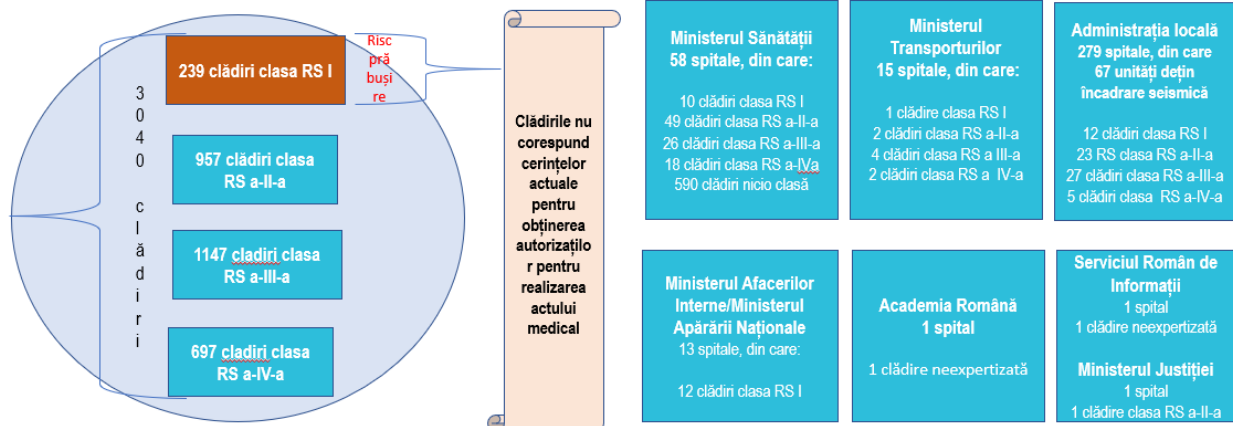
**În prezentul material sunt reflectate, în principal, Sintezele realizate de departamentele implicate în acțiunile de documentare efectuate la unitățile sanitare cu paturi din rețeaua proprie a altor ministere și a celor aflate în coordonarea autorităților administrației publice locale și doar tangențial aspecte rezultate la unitățile sanitare cu paturi din subordinea Ministerului Sănătății, având în vedere că acestea au fost deja prezentate în contextul auditului performanței publicat în luna februarie a anului în curs, așa cum s-a precizat anterior.**

Principalele aspecte rezultate în urma acțiunii de documentare și a auditului performanței efectuat:

- La nivelul Ministerului Sănătății (MS) nu se cunosc date cu privire la rețeaua spitalelor care funcționează în subordinea altor ministere, nici despre medicii cu competențe limitate; datele și informațiile utilizate de MS nu sunt cuprinse într-o bază de date integrată și nu sunt utilizate pentru a face corelații, analize pe baza cărora să se poată lua decizii în sistemul sanitar;
- Majoritatea unităților sanitare spitalicești dețin clădiri construite în perioada 1900–1970; 68 de spitale își desfășoară diversele activități în imobile construite înainte de anul 1900. Din cauza vechimii și structurii arhitecturale a imobilelor, multe dintre clădirile în care funcționează spitalele nu mai corespund cerințelor impuse de normativele actuale;
- În mod frecvent, clădirile au probleme privind autorizarea la incendiu, insuficient analizată și nesupusă unui plan de măsuri de rezolvare pe categorii de probleme întâmpinate de spitale în legătură cu clădirile în care își desfășoară activitatea, cu riscuri mari atât pentru pacienți, cât și pentru personalul medical. O mare parte dintre unitățile sanitare cu paturi nu sunt autorizate ISU, ceea ce reprezintă un factor major de risc. În acest sens se prezintă sintetic aspectele reținute:

La nivel național România este una dintre țările cu cea mai activă seismicitate din Europa.

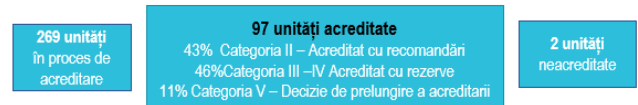
Defalcarea celor 368 unități spitalicești pe clase de risc seismic



Nivelul de clasificarea în funcție de competență, criteriile de clasificare



Acreditarea unităților sanitare în diverse stadii



- Spitalele sunt finanțate din mai multe surse, fragmentate pe multiple destinații, ceea ce conduce la o lipsă de claritate în privința alocării fondurilor publice pentru dezvoltarea coerentă a sistemului sanitar spitalicesc;
- Ponderea cea mai mare a fondurilor pentru investiții a fost alocată pentru achiziția de aparatură medicală, respectiv 75%, iar diferența de 25% din totalul fondurilor alocate au fost destinate pentru construcții, modernizări, consolidări, reparații capitale ale clădirilor;
- Inexistența unui sistem informatic integrat la nivelul tuturor structurilor poate conduce la apariția redundanței datelor obținute pe diferite canale, la probleme privind acuratețea informațiilor furnizate, precum și a costurilor suplimentare aferente resursei umane implicate în procesul de culegere, transfer și procesare a datelor;
- Tarifele decontate prin CNAS nu sunt actualizate cu majorarea cheltuielilor de personal și a prețurilor la bunuri și servicii, astfel că resursele financiare nu au permis în toate cazurile dezvoltarea infrastructurii unităților sanitare, nefiind asigurate resurse suficiente pentru reparații capitale/modernizări ale clădirilor;
- Calitatea serviciilor medicale acordate cetățenilor este influențată atât de faptul că serviciile medicale acordate sunt decontate cu întârziere cât mai ales de faptul că, sistemul utilizat pentru decontarea serviciilor medicale de tip spitalicesc în regim de

spitalizare continuă nu este în concordanță cu nivelul real al costurilor pentru serviciile medicale spitalicești, acest aspect conducând la subfinanțarea sistemului spitalicesc;

➤ Cheltuielile de personal au avut un trend crescător, reprezentând în medie 62% din totalul cheltuielilor unităților sanitare; Începând cu anul 2017 s-au încasat sume semnificative din veniturile provenite din bugetul FNUAS pentru acoperirea creșterilor salariale (influențe salariale) ale personalului medical, al căror cuantum a crescut anual atât în valoare absolută, dar și ca procent raportat la nivelul veniturilor încasate;

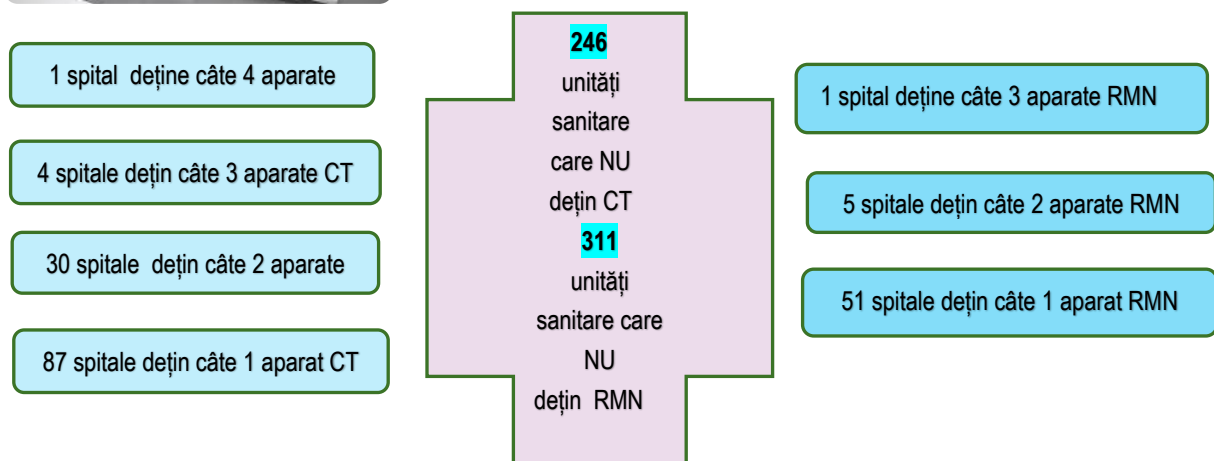
➤ Procentul posturilor de manager ocupate prin numire/interimat a fost unul ridicat, această practică reprezentând o zonă de risc asupra calității actului medical. La entitățile unde au existat schimbări frecvente ale conducerii, actul decizional a fost influențat în mod negativ, prin lipsa unei strategii financiare și de management privind dezvoltarea și modernizarea unității sanitare;

➤ La nivel național, gradul mediu de ocupare al posturilor vacante de medici a fost de 70%, al asistenților medicali a fost de 84%, în timp ce gradul mediu de ocupare pe total personal sanitar în perioada analizată a fost de 79%;

➤ Nu există un plan de recrutare a personalului de specialitate în vederea asigurării serviciilor necesare pacienților, organizarea concursurilor presupune o perioadă mare de timp, iar lipsa candidaților pentru anumite specializări/zona geografice constituie o provocare pentru entități;

➤ Potrivit modificărilor legislative în domeniul salarizării, personalul sanitar a beneficiat de o majorare considerabilă a drepturilor salariale, ceea ce a influențat creșterea cheltuielilor de personal în bugetul unităților medicale;

➤ Aproximativ 46% din totalul spitalelor publice au raportat că dețin echipamente de imagistică medicală (CT și/sau RMN); Față de anul 2014, în anul 2021 a crescut atât numărul unităților sanitare care dețin echipamente de tip CT și/sau RMN cât și numărul acestor dotări: numărul de CT-uri a crescut de aproximativ 2,2 ori, iar numărul de RMN-uri a crescut de aproximativ 3,3 ori; Din numărul total de aparate CT și RMN deținute de spitalele din rețeaua MS la finalul anului 2021, 26% dintre aparatele CT și 17% dintre aparatele RMN au depășit durata normală de funcționare; Situația echipamentelor medicale CT/RMN la nivel național se prezintă, astfel:



➤ Problematika personalului medical necesar din unitățile sanitare spitalicești situate în zonele defavorizate nu este reglementată îndeajuns. Pe de altă parte, MS nu cunoaște tipurile de locuri de muncă din zonele defavorizate din sistem, care ar putea beneficia de sporurile pentru zone defavorizate și nici numărul acestora, or identificarea și deținerea acestor informații este o condiție absolut necesară în luarea deciziilor incidente;

➤ Cu excepția refuncționalizării imobilului Spital Clinic de Urgență Iași pentru amenajarea Institutului Regional de Oncologie Iași și a obiectivului de investiții "Construire Spital Orășenesc Mioveni (S+P+6)", în rețeaua spitalicească publică nu s-a construit nicio unitate sanitară cu paturi nouă, în perioada 2014-2021;

➤ Deși managementul unităților sanitare, împreună cu reprezentanții autorităților publice locale, au manifestat în general un real interes pentru asigurarea spațiilor și dotărilor adecvate, identificăm faptul că elementele fundamentale pentru desfășurarea în condiții optime a activităților medicale la majoritatea unităților sanitare nu sunt incluse într-un program național și/sau regional de dezvoltare a infrastructurii spitalicești;

➤ În perioada 2014-2021, la nivelul unităților sanitare spitalicești publice au fost achitate sume semnificative pentru studii de fezabilitate/proiecte și alte studii aferente obiectivelor de investiții, dar care nu au fost puse în operă deoarece nu există o politică/strategie de investiții corelată cu studiile/proiectele de realizat.

Pe baza datelor și informațiilor colectate pe parcursul misiunii de audit efectuată la Ministerul Sănătății și a documentărilor la celelalte unități sanitare cu paturi din rețeaua proprie a altor ministere, precum și a celor aflate în administrarea autorităților administrației publice locale, au fost formulate o serie de **recomandări**, centralizate într-un capitol distinct. De asemenea, prezenta sinteză conține, principalele propuneri de modificări legislative formulate de conducerea unităților sanitare spitalicești de subordonare locală.

Prezentăm în principal câteva recomandări:







## I. Introducere

Prezentul raport este destinat Președinției, Parlamentului, Guvernului, Ministerului Sănătății, tuturor părților interesate, precum și cetățenilor.

În anul 2022, departamentele și camerele de conturi au realizat un număr de **310 acțiuni de documentare** cu tema „*Documentarea privind managementul resurselor umane și dezvoltarea infrastructurii unităților sanitare spitalicești, pentru perioada 2014-2021*”, la unități sanitare spitalicești din subordinea unor ministere și a unităților administrativ teritoriale, urmate de **o misiune de audit al performanței** realizată la Ministerul Sănătății, care a inclus și activitatea celor 58 de unități sanitare cu paturi subordonate direct ministerului, perioada supusă auditului fiind 2014-2021.

### I.1 Prezentarea obiectivelor generale și specifice ale auditului performanței/acțiunilor de documentare

Obiectivul general al auditului performanței și al acțiunilor de documentare realizare de Curtea de Conturi a României a fost acela de evaluare a modului în care, în perioada 2014-2021, în unitățile sanitare cu paturi au fost asigurate resursele umane (personalul sanitar) precum și infrastructura specifică, din punctul de vedere al economicității, eficienței și eficacității.

În scopul atingerii obiectivului general au fost stabilite obiective specifice. În detaliu, evaluarea obiectivelor propuse se regăsește în *Raportul de audit privind performanța managementului resurselor umane și a dezvoltării infrastructurii unităților sanitare spitalicești, pentru perioada 2014-2021*, încheiat la Ministerul Sănătății (sinteza raportului de audit se poate consulta pe site-ul [www.curteadeconturi.ro](http://www.curteadeconturi.ro) secțiunea publicații/rapoarte), precum și în *Sintezele realizate de departamentele implicate în acțiunile de documentare efectuate la unitățile sanitare cu paturi din rețeaua proprie a altor ministere și a celor aflate în administrarea autorităților administrației publice locale*, ale căror concluzii sunt redată în continuare.

De asemenea, sinteza cuprinde propunerile entităților în legătură cu optimizarea modului de gestionare a resurselor umane și a dezvoltării infrastructurii în unitățile sanitare spitalicești.

## II. Prezentarea sintetică a contextului în care se desfășoară activitatea unităților sanitare cu paturi, inclusiv a cadrului instituțional

### II.1 Scopul, obiectivele și atribuțiile prevăzute în actele normative în baza cărora funcționează

Sistemul de sănătate din România este fundamentat pe modelul de asigurări sociale de sănătate obligatorii, statul având un rol major, prin Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS).

În funcție de specificul spitalelor, serviciile medicale sunt de tip preventiv, curativ, de recuperare, de reabilitare medicală, paliative cuprinzând:

- Servicii ambulatorii: servicii de asistență medicală acordate pacienților, fără ca aceștia să fie internați;
- Servicii de spitalizare de zi: servicii de asistență medicală realizate prin una sau mai multe internări de scurtă durată (câteva ore). Aceste servicii pot fi acordate de mai multe ori în interval de câteva zile sau pot avea caracter periodic;
- Servicii de spitalizare continuă: servicii de asistență medicală realizate în cadrul internărilor ce depășesc 24 de ore.

Ministerul Sănătății (MS) reprezintă autoritatea centrală în domeniul asistenței de sănătate publică, fiind organ de specialitate al administrației publice, în subordinea Guvernului, care elaborează politici, strategii și programe de acțiune în domeniul sănătății populației, în acord cu Programul de guvernare, reglementează modul de organizare și funcționare a sistemului de sănătate și evaluează și monitorizează starea de sănătate a populației.

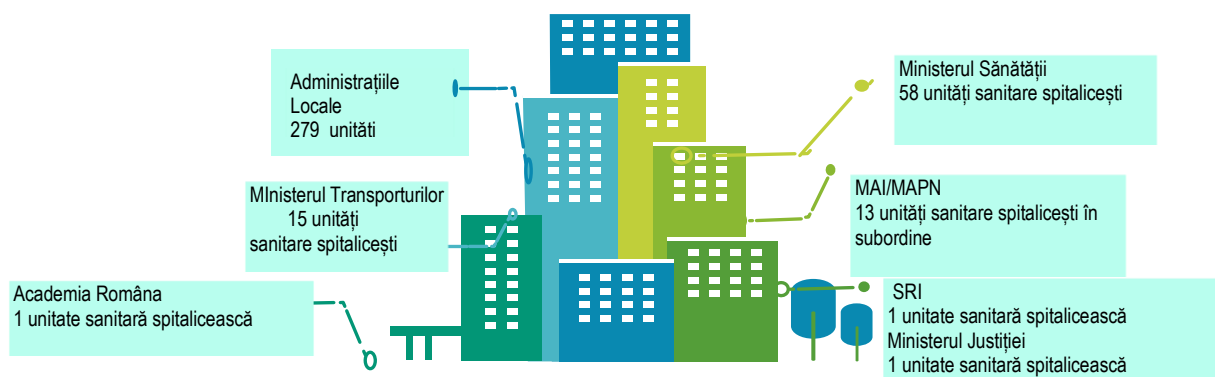
Totodată, dintre atribuțiile principale ale acestei entități amintim următoarele: *coordonează și controlează implementarea politicilor, strategiilor și programelor din domeniul sănătății populației, la nivel național, regional și local; ia măsuri pentru îmbunătățirea acestora și informează Guvernul referitor la indicatorii de sănătate, tendințele de evoluție și despre măsurile necesare pentru îmbunătățirea acestora; monitorizează, controlează și evaluează activitatea instituțiilor sanitare și ia măsuri pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale acordate populației; asigură, în colaborare cu instituțiile administrației publice centrale și locale, resursele umane, materiale și financiare necesare funcționării instituțiilor din sistemul public de sănătate;*

colaborează cu reprezentanții autorităților administrației publice centrale și locale, cu cei ai societății civile și cu mass-media în scopul educației pentru sănătate a populației și adoptării unui stil de viață sănătos.

De asemenea, prin Ordonanța de Urgență a Guvernului nr.162/2008 s-a stabilit cadrul legal privind transferul ansamblului de atribuții și competențe ale Ministerului Sănătății către autoritățile administrației publice locale concomitent cu asigurarea resurselor umane, materiale și financiare necesare exercitării acestora. În acest sens, prin HG nr. 529/2010 a fost aprobată lista unităților sanitare publice cu paturi pentru care s-a transferat managementul asistenței medicale către autoritățile administrației publice locale.

La nivel național există un număr de 368 de unități sanitare cu paturi<sup>1</sup> (spitale), din care **58 de unități sanitare în subordinea MS, 31 de unități sanitare în rețeaua proprie a altor ministere și 279 unități sanitare publice cu paturi, de subordonare locală** (Figura nr. 1):

Figura nr. 1. – Unități sanitare cu paturi din subordinea MS, în rețeaua proprie a altor ministere și subordonare locală



**Unitățile sanitare publice cu paturi (279) de subordonare locală se grupează astfel** (Figura nr.2):

Figura nr. 2. – Unități sanitare publice cu paturi de subordonare locală



La cele de mai sus se adaugă **unitățile sanitare cu paturi din rețeaua proprie a altor ministere**, respectiv un număr de **31 de spitale, așa cum reiese din Figura nr. 1.**

## II.2 Obiective și strategii

### A. Sistemul spitalicesc românesc, privire de ansamblu și comparativă cu alte state europene, date statistice naționale

Potrivit Eurostat, în statele membre ale UE sistemele de sănătate au diferite moduri de organizare și finanțare, însă accesul universal la asistență medicală de calitate, la un cost accesibil atât pentru cetățeni, cât și pentru societate în general, este considerat o nevoie de bază; în plus, aceasta este una dintre valorile și principiile comune ale sistemelor de sănătate din UE. În România, sistemul de sănătate are la bază modelul de asigurări sociale de sănătate obligatorii, statul având un rol major, prin Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS).

Pentru o imagine de ansamblu și compararea cu alte state, populația reprezintă un indicator pe baza căruia se determină o serie de indicatori relevanți pentru evaluarea sistemului sanitar.

<sup>1</sup> În categoria spitalelor se includ și următoarele unități sanitare cu paturi: institute și centre medicale, sanatorii, preventorii, centre de sănătate și unități de asistență medico-socială.

În perioada 01.01.2014 – 01.01.2021, populația României a înregistrat în general o tendință de scădere de la 19,95 milioane de locuitori la 01.01.2014, la 19,20 milioane de locuitori la 01.01.2021, iar populația cu vârstă de peste 60 de ani a înregistrat în general o tendință de creștere, de la 23,19 % din totalul populației în anul 2014, la 25,69 % din totalul populației în anul 2021.

Potrivit Eurostat<sup>2</sup>, începând cu anii 1960 speranța de viață a crescut, în medie, cu peste doi ani pe deceniu. Speranța de viață la naștere în Uniunea Europeană (UE) a fost estimată la 81,3 ani în 2019 (cu 0,3 ani mai mare decât în 2018), ajungând la 84 de ani pentru femei (cu 0,3 ani mai mare decât în 2018) și 78,5 ani pentru bărbați (cu 0,3 ani mai mare decât în 2018).

În acest context, speranța de viață la naștere a crescut rapid în ultimul secol datorită unui cumul de factori, inclusiv reducerea mortalității infantile, creșterea și îmbunătățirea nivelului de viață și o educație mai bună. De asemenea, evoluția speranței de viață este semnificativ influențată de calitatea actului medical și a serviciilor medicale acordate, disponibilitatea echipamentelor și a personalului medical, toate acestea contribuind la un sistem de prevenție eficient.

Față de cele menționate, estimările realizate de Eurostat pe baza datelor disponibile pentru anul 2020 sugerează că în majoritatea statelor membre a existat o scădere semnificativă a speranței de viață. Cele mai mari scăderi față de anul anterior (2019) au fost înregistrate în Spania (-1,6 ani) și Bulgaria (-1,5 ani), urmate de Lituania, Polonia și România (-1,4 ani), pe fondul pandemiei de Covid-19.

Deși evoluția speranței de viață la naștere a populației din România evidențiază un trend crescător, în concordanță cu cel înregistrat la nivelul Uniunii Europene, aceasta este inferioară mediei UE.

Totodată, România înregistrează decalaje semnificative față de Uniunea Europeană și în ceea ce privește vârsta medie de la care încep să apară problemele de sănătate.

Potrivit datelor Eurostat<sup>3</sup>, în anul 2020 „sănătatea” a reprezentat al doilea domeniu ca mărime a cheltuielilor publice din UE, după „protecția socială”. Așadar, cheltuielile publice pentru sănătate au crescut cu 1 punct procentual comparativ cu anul 2019 (respectiv 8,0 % din PIB în 2020, comparativ cu 7,0 % din PIB în 2019).

În contextul celor prezentate, creșterea se datorează atât unei scăderi a PIB-ului nominal, cât și unei creșteri a cheltuielilor publice pentru sănătate (respectiv 1.073 de miliarde EUR în 2020, comparativ cu 978 de miliarde EUR în 2019), acestea fiind legate în principal de pandemia de COVID-19.

Cele mai semnificative categorii de cheltuieli de sănătate au fost cele aferente „serviciilor spitalicești” (3,4 % din PIB), „serviciilor ambulatorii” (2,5 % din PIB) și „produselor, aparatelor și echipamentelor medicale” (1,2 % din PIB).

În anul 2020, Cehia și Austria (cu 9,2 %) și Franța (cu 9,0 %) au înregistrat cele mai ridicate ponderi ale cheltuielilor publice dedicate sănătății în PIB între statele membre ale UE. În același timp, Letonia (cu 4,8 % din PIB), Polonia și Irlanda (cu 5,4 % din PIB), precum și **România (cu 5,5 % din PIB)** au înregistrat cele mai scăzute rate.

Statul membru al UE care a înregistrat cea mai mare creștere a ponderii cheltuielilor publice dedicate sănătății în PIB a fost Cipru (cu 5,9 % în 2020, comparativ cu 3,5 % în 2019), urmat de Malta (cu 7,2 % în 2020, comparativ cu 5,2 % în 2019) și Ungaria (cu 6,4 % în 2020, comparativ cu 4,5 % în 2019), în timp ce în România, creșterea a fost de la 5 % în anul 2019, la 5,5 % în anul 2020.

În UE, pe tipuri de furnizori, cea mai mare pondere din cheltuielile cu sănătatea au deținut-o spitalele, respectiv 36,4%, urmate de asistența medicală ambulatorie (25,5%) și alți furnizori de servicii medicale (17,5%).

Astfel, în statele membre UE, ponderea cheltuielilor curente cu asistența medicală aferente spitalelor a variat de la 27,6% din total în Germania, la 47,6% în Croația, urmată de România cu 45,2%.

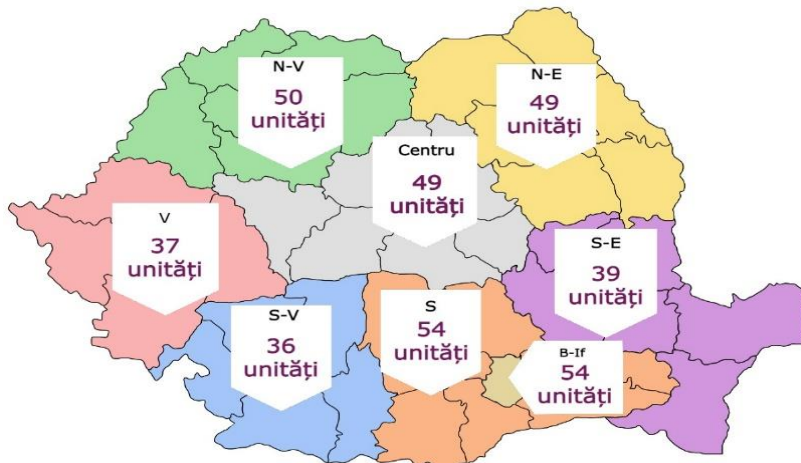
În România, în perioada analizată, numărul unor unități sanitare publice, respectiv spitale a rămas relativ constant, în timp ce numărul unităților sanitare, ambulatoriilor, dispensarelor, centrelor medicale, sanatoriilor, farmaciilor, laboratoarelor a avut o **evoluție descendentă, spre exemplu în anul 2014 se înregistrau 14.071 unități, în anul 2019, numai 6.320 unități.**

<sup>2</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality\\_and\\_life\\_expectancy\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics)

<sup>3</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20220311-1?etrans=ro>

Reprezentarea celor 368 de spitale publice existente la nivel național la finele anului 2020, pe regiuni de dezvoltare se prezintă în figura de mai jos:

Figura nr. 3– Distribuția spitalelor publice la nivel național în anul 2020



Sursa: date prelucrate de la INS baza de date TEMPO cod SAN101A

Potrivit datelor din Eurostat, în 2018 existau aproximativ 1,7 milioane de medici practicanți<sup>4</sup> la nivelul UE. Cel mai mare număr total de medici în exercițiu a fost înregistrat în cele mai mari state membre ale UE: Germania (357.000, echivalentul a 21,1 % din totalul medicilor din UE), urmată la o oarecare distanță de Italia (240.000), Franța (212.000) și Spania (188.000). Împreună, aceste patru state membre au reprezentat aproape trei cincimi (58,8 %) din numărul total de medici practicanți din UE.

Față de celelalte state membre, **România se situează în topul primelor zece țări (respectiv locul 8) din punct de vedere al numărului de medici practicanți, cu un număr de 59.333 medici în exercițiu, (3,5% din totalul medicilor din UE).**

Raportul dintre numărul de medici și numărul de locuitori a crescut în fiecare dintre statele membre UE între 2013 și 2018. Din punct de vedere al acestui clasament, **România se situează pe penultimul loc la nivelul UE, cu un număr de 304,7 medici la 100.000 de locuitori**, în timp ce Grecia (care se situează în fruntea clasamentului) a avut un număr aproape dublu de medici la 100.000 de locuitori, respectiv 610,4. Astfel, România este devansată doar de Polonia, care se află pe ultimul loc, fiind printre țările cu cei mai mulți locuitori care revin unui medic.

Referitor la **numărul paturilor de spital** ce revin în medie, la 100.000 locuitori, România (697 paturi) se situează, alături de Ungaria (701 paturi) și Austria (727 paturi), printre țările cu cel mai mare număr de paturi ce revin la 100.000 locuitori. Cel mai mic număr de paturi la 100.000 locuitori s-a înregistrat în Suedia (214 paturi), iar cel mai mare număr de paturi în Germania (800 paturi)<sup>5</sup>.

## B. Obiective strategice și planurile de acțiune stabilite la nivel național

### Strategia guvernamentală privind domeniul sănătății

Sistemul de sănătate național a funcționat în perioada 2014 – 2021, în contextul economic și social trasat prin programele de guvernare elaborate.

Guvernul României a aprobat prin HG nr.1028/2014, *Strategia Națională de Sănătate 2014 - 2020 "Sănătate pentru Prosperitate"* (Strategia), care prevedea schimbări la toate nivelurile de îngrijire, de la prevenție și îngrijiri primare, la servicii spitalicești și de reabilitare.

Optimizarea serviciilor de sănătate, cu accent pe serviciile și intervențiile cu caracter preventiv și accesul echitabil la servicii esențiale se regăseau printre principiile de bază ale *Strategiei*.

<sup>4</sup>[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare\\_personnel\\_statistics\\_-\\_physicians](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians)

<sup>5</sup>[https://insse.ro/cms/ro/content/activitatea\\_rețelei\\_sanitare\\_in\\_anul-2020](https://insse.ro/cms/ro/content/activitatea_rețelei_sanitare_in_anul-2020)

Prin OMS <sup>6</sup> pentru aprobarea **Planurilor regionale de servicii de sănătate**, s-a concretizat documentul care a propus o agendă a **transformării sectorului sanitar** în vederea atingerii eficienței, a calității și a accesului echitabil al pacientului la acest sistem.

## II.3 Finanțarea

Finanțarea cheltuielilor din cadrul sistemului de sănătate național se realizează după cum urmează:

- la nivelul autorităților publice centrale, din bugetul de stat sau din veniturile proprii, prin Ministerul Sănătății sau prin bugetele altor ministere și instituții cu rețea sanitară proprie sau cu activități în domeniul sanitar și din FNUASS, prin Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate;
- la nivelul autorităților publice locale, din bugetele locale, prin consiliile județene, municipale, orășenești sau comunale; din veniturile proprii ale spitalelor aflate în subordinea administrațiilor locale;
- din alte surse: fonduri externe rambursabile/nerambursabile, donații, sponsorizarea unor servicii de sănătate, a unor unități medicale, a unor investiții sau a unor programe.

➤ În perioada auditată, resursele financiare pentru desfășurarea activității Ministerului Sănătății au fost asigurate de la bugetul de stat (BS), din venituri proprii (VP) și din fonduri externe rambursabile și nerambursabile.

În perioada 2014 – 2018, **veniturile proprii ale Ministerului Sănătății** au cuprins și așa numita "taxă pe viciu", instituită sub forma unor contribuții plătite de persoanele juridice pentru produsele din tutun și băuturile alcoolice altele decât vinul și berea, importate, ori încasările din activitățile publicitare pentru acestea. Veniturile din taxa pe viciu, au fost folosite pentru investiții în infrastructură, dotări, finanțare PNS și transferuri pentru servicii medicale și medicamente.

### ➤ Finanțarea unităților sanitare spitalicești de subordonare locală:

În conformitate cu prevederile Legii nr. 95/2006 privind reforma în sănătate, republicată, spitalele publice sunt finanțate integral din venituri proprii și funcționează pe principiul autonomiei financiare. Autonomia financiară a unui spital public presupune:

- organizarea activității spitalului pe baza bugetului propriu de venituri și cheltuieli, aprobat de către conducerea unității și cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior;
- elaborarea bugetului propriu de venituri și cheltuieli, pe baza evaluării veniturilor proprii din anul bugetar și a repartizării cheltuielilor pe baza propunerilor fundamentate ale secțiilor și compartimentelor din structura spitalului.

La nivelul spitalelor aflate în rețeaua autorităților administrațiilor publice locale, finanțarea activității medicale din cadrul acestor unități este asigurată, în principal, din fondurile alocate din bugetul FNUASS, în baza contractelor de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate. Aceste contracte sunt negociate de către managerul spitalului cu conducerea casei de asigurări de sănătate, în condițiile stabilite în contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

De asemenea, spitalele sunt finanțate și din alte surse autorizate potrivit legii, respectiv:

- Sume primite în baza contractelor încheiate cu direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București, pentru: implementarea programelor naționale de sănătate publică; asigurarea drepturilor salariale ale personalului care își desfășoară activitatea în cadrul cabinetelor medicale cuprinse în structura organizatorică aprobată în condițiile legii: cabinete de medicină sportivă, planning familial, HIV/SIDA, distrofici, TBC, LSM; asigurarea drepturilor salariale ale personalului care desfășoară activitatea de cercetare științifică în condițiile legii; asigurarea cheltuielilor de natura bunurilor și serviciilor necesare cabinetelor medicale de medicină sportivă, cabinete TBC, cabinete LSM, cuprinse în structura organizatorică a spitalului, aprobate în condițiile legii; asigurarea cheltuielilor de funcționare ale unităților de primiri urgențe (UPU)/centrelor de primiri urgențe (CPU) cuprinse în structura organizatorică a spitalelor de urgență, aprobate în condițiile legii, aceste cheltuieli fiind finanțate din bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății; asigurarea drepturilor salariale pentru rezidenți în toată perioada rezidențiatului, anii I-VII.
- Contracte încheiate cu institutele de medicină legală din centrele medicale universitare la care sunt arondate pentru asigurarea drepturilor salariale ale personalului care își desfășoară activitatea în cabinetele de medicină legală din structura acestora, precum și a cheltuielilor de natura bunurilor și serviciilor necesare pentru funcționarea acestor cabinete.
- Sume de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății, care se alocă prin transfer în baza contractelor încheiate între direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București și autoritățile administrației publice locale în subordinea cărora funcționează respectivele unități, pentru: finalizarea obiectivelor de investiții noi, de investiții în

<sup>6</sup> OMS nr. 1376/2016 pentru aprobarea **Planurilor regionale de servicii de sănătate**, cu modificările și completările ulterioare, Strategia Națională de Sănătate 2014-2020

continuare, aflate în derulare și finanțate, anterior datei transferării managementului spitalelor publice, prin programele de investiții anuale ale Ministerului Sănătății; dotarea cu aparatură medicală, în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă la achiziționarea acestora cu fonduri în cuantum de minimum 10% din valoarea acestora; reparații capitale la spitale, în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă cu fonduri în cuantum de minimum 5% din valoarea acestora; finanțarea obiectivelor de modernizare, transformare și extindere a construcțiilor existente, precum și expertizarea, proiectarea și consolidarea clădirilor, în condițiile în care autoritățile administrației publice locale participă la achiziționarea acestora cu fonduri în cuantum de minimum 10% din valoarea acestora.

- Sume alocate din bugetele autorităților publice locale pentru finanțarea unor cheltuieli de administrare și funcționare, respectiv cheltuieli de personal, stabilite în condițiile legii, bunuri și servicii, investiții, reparații capitale, consolidare, extindere și modernizare, dotări cu echipamente medicale ale unităților sanitare cu paturi transferate, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație în bugetele locale.

- Sume încasate direct de la pacienți, reprezentând coplată pentru anumite servicii medicale.

- Alte venituri provenite din: donații și sponsorizări; legate; asocieri investiționale în domenii medicale ori de cercetare medicală și farmaceutică; închirierea unor spații medicale, echipamente sau aparatură medicală către alți furnizori de servicii medicale, în condițiile legii; contracte privind furnizarea de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări private sau cu operatori economici; editarea și difuzarea unor publicații cu caracter medical; servicii medicale, hoteliere sau de altă natură, furnizate la cererea unor terți; servicii de asistență medicală la domiciliu, acordate la cererea pacienților sau, după caz, în baza unui contract de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, în condițiile stabilite prin contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate; contracte de cercetare; alte surse, conform legii.

➤ **Ministerele și instituțiile publice cu rețea sanitară proprie finanțate de la bugetul de stat și din venituri proprii,** utilizează cheltuielile de administrare și funcționare a unităților sanitare din structura proprie, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație. În rețeaua proprie a acestor ministere și instituții publice intră spitale sau centre medicale care pot fi finanțate și din fonduri alocate prin transfer de la Ministerul Sănătății pentru anumite acțiuni, conform legii sau din sumele contractate de unitatea sanitară cu Casele Județene de Asigurări de Sănătate și CASMB și CASAOPSNAJ.



### III. Prezentarea constatărilor și concluziilor

Constatățile rezultate din auditarea obiectivelor specifice urmărite la **Ministerul Sănătății** se regăsesc prezentate detaliat în sinteza publicată pe site-ul instituției la [www.curteadeconturi.ro](http://www.curteadeconturi.ro) secțiunea *publicații/rapoarte*. În acest context, prezentăm mai jos sintetic concluziile acestor obiective, astfel:



-la nivel național în perioada analizată, numărul de medici la 100.000 locuitori a crescut cu 42% în 2021 față de 2014, acesta fiind determinat de necesitatea serviciilor medicale, precum și de creșterile salariale din sistem. Însă, față de această creștere, există diferențe semnificative ale numărului de medici între regiunile de dezvoltare, respectiv Regiunea de Dezvoltare București-Ilfov cu 397,24 medici/100.000 locuitori față de Regiunea de Dezvoltare Sud-Muntenia cu 75,25 medici/100.000 locuitori. De asemenea, la nivel național nu au fost scoase la concurs în medie, 83% din posturile vacante, ceea ce a determinat deficitul de medici existent la nivelul unităților sanitare din subordinea

Ministerului Sănătății înregistrat de 1.231 medici/an. Totodată, la nivelul unităților sanitare din subordinea MS, pe lângă deficitul de personal întâlnim și deficitul pe specialități medicale cu preponderență în anestezie, terapie intensivă, psihiatrie, cardiologie, radiologie-imagistică medicală, chirurgie generală, recuperare, medicină fizică și balneologie, medicină de urgență, medicină de laborator, medicină internă și gastroenterologie.

-la nivelul MS nu se cunosc date cu privire la rețeaua spitalelor care funcționează în subordinea altor ministere, și nici despre medicii cu competențe limitate, mai ales că datele și informațiile utilizate de acesta nu sunt cuprinse într-o bază de date integrată și nu sunt utilizate pentru a face corelații, analize pe baza cărora să se poată lua decizii în sistemul sanitar.

-cea mai mare cifră de școlarizare pentru rezidenți a fost în Regiunea de Dezvoltare București-Ilfov, respectiv 12.187 locuri și posturi, iar cea mai mică a fost în Regiunea de Dezvoltare Sud-Est, respectiv 3.003 locuri și posturi, de unde rezultă adresabilitate mai mare în centrele universitare. În acest context, numărul medicilor rezidenți intrați în pregătire prin concurs de rezidențiat a fost cuprins între 13.508 rezidenți în anul 2016 și 26.599 rezidenți în anul 2021, trendul fiind unul crescător, ceea ce

a determinat dublarea numărului de medici aflați în pregătire la rezidențiat în 2021 față de perioada 2016-2017. Menționăm faptul că, unitățile sanitare neacreditate în pregătirea la rezidențiat care au scos și ocupat locuri la concursul de rezidențiat pe post, nu au beneficiat de activitatea medicilor rezidenți, întrucât aceștia după ce și-au desfășurat activitatea în unitățile sanitare acreditate în efectuarea pregătirii, nu au mai revenit la entitatea unde au ocupat inițial postul. Cifra de școlarizare a fost stabilită de MS până în anul 2019 într-un mod netransparent, modalitatea de determinare a cifrei propuse spre aprobare neputând fi argumentată.

-la nivelul MS, evidența analitică a taxelor încasate pentru pregătirea în specialitatea a II-a este defectuoasă, existând neconcordanțe între sumele încasate din taxele pentru înscrierea la pregătire în a doua specialitate, ceea ce determină riscul ca persoane care nu au achitat taxele pentru efectuarea pregătirii în a doua specialitate să continue pregătirea. De asemenea, sumele care nu au fost virate către instituțiile de învățământ superior pentru pregătirea în a II-a specialitate au fost păstrate în contul de disponibil al MS, existând riscul prescrierii dreptului universităților de a solicita aceste sume.

-procedurile operaționale care privesc activitatea de rezidențiat și cifra de școlarizare nu au fost actualizate din anul 2009.

- cifra de școlarizare a avut în general o evoluție crescătoare, de 2,52 ori în anul 2020 față de anul 2014, și de 1,85 ori în anul 2021 față de anul 2014. La nivelul MS nu există o evidență clară a locurilor și posturilor publicate la concursul de rezidențiat coroborat cu ocuparea acestora, datele analizate fiind preluate din mai multe surse de informare. Mai mult decât atât, nu a fost elaborată o procedură operațională privind virarea cotei de 50% din sumele încasate din taxa pentru efectuarea pregătirii în a doua specialitate instituțiilor de învățământ superior implicate în pregătire.

- sumele pentru plata drepturilor salariale ale personalului sanitar și ale rezidenților transferate unităților din subordine din bugetul Ministerului Sănătății au crescut de 4,24 ori, iar cele decontate din bugetul FNUASS spitalelor pentru influențele financiare determinate de creșterile salariale au înregistrat un trend crescător ca urmare a modificărilor legislative. În acest context, fondul de salarii a crescut de 5 ori în anul 2021 față de 2014, motivat atât de creșterile salariilor de bază cât și de creșterea numărului de personal, iar salariile personalului medical au crescut în medie de 3,06 ori față de anul de raportare 2014.

De asemenea, la nivelul MS nu există o bază de date care să cuprindă datele privind posturile ocupate și drepturile salariale aferente fiecărui post, informații care sunt absolut necesare în etapa de programare bugetară, precum și o bază de date privind bursele acordate rezidenților, din cauza neelaborării unei proceduri operaționale cu privire la numărul de posturi ocupate, precum și a drepturilor salariale aferente unitățile sanitare.

-în perioada analizată MS nu a elaborat un plan multianual pentru resursele umane din sectorul sănătății și nu este încă funcțional un Registru Unic al Profesioniștilor în Sănătate. Mai mult decât atât, sistemul de remunerare al personalului din sistemul medical nu a avut în vedere criteriile de performanță în activitate medicală reglementate de art.193 din Legea nr. 95/2006.

-MS a finalizat un număr de 34 de proiecte finanțate din POR care au vizat dezvoltarea infrastructurii unităților sanitare spitalicești. Totodată, în cadrul acestora au fost achiziționate dotări pentru ambulatorii la un număr de 119 spitale beneficiare (30% din totalul spitalelor din rețeaua MS și AAPL) sau pentru structurile de primiri urgente la un număr de 70 de spitale beneficiare (17% din totalul spitalelor din rețeaua MS și AAPL). De asemenea, în cadrul a 8 proiecte au fost efectuate diverse lucrări necesare infrastructurii sanitare la un număr de 9 spitale beneficiare (2% din totalul spitalelor din rețeaua MS și AAPL).

-în perioada analizată, proiectele derulate cu Banca Mondială pentru reforma sectorului sanitar au vizat dezvoltarea infrastructurii unităților sanitare spitalicești. În acest sens, ponderea cea mai mare a fondurilor a fost utilizată pentru achiziția de dotări, respectiv 74% din totalul fondurilor împrumutate, în timp ce pentru lucrările de reabilitare și modernizare a fost utilizat un procent de 20% din totalul fondurilor împrumutate, aproximativ de 4 ori mai puțin decât pentru dotări.

-la nivelul MS există dificultăți în a identifica o parte din indicatorii de performanță și de rezultat stabiliți pentru a cuantifica realizarea obiectivelor propuse, datorită nemonitorizării implementării strategiei, având în vedere faptul că, perioada de referință a fost depășită (anul 2020).

### III.1.Regimul juridic, autorizarea, acreditarea și avizarea unităților spitalicești

Constituția României a statuat prin art. 136 faptul că proprietatea publică este garantată și ocrotită prin lege și aparține statului. În acest context, bunurile proprietate publică sunt inalienabile, pot fi date în administrare regiilor autonome ori instituțiilor publice, pot fi concesionate ori închiriate, sau pot fi date în folosință gratuită instituțiilor de utilitate publică. Dreptul de proprietate publică, se exercită prin Ministerul Finanțelor Publice, referitor la raporturile juridice privind proprietatea publică, respectiv de către Guvern, prin ministerele de resort sau prin organele de specialitate ale administrației publice centrale, precum și de autoritățile deliberative ale administrației publice locale, pentru bunurile aparținând domeniului public al unităților administrativ-teritoriale. Ca urmare a acțiunilor de documentare și a misiunii de audit al performanței, referitoare la clădirile și terenurile în care își desfășoară activitatea unitățile sanitare spitalicești, au rezultat următoarele aspecte:

#### III.1.1.Amplasamentul unităților sanitare spitalicești

La nivel național, majoritatea clădirilor în care funcționează unitățile sanitare din România sunt în proprietatea statului sau a unităților administrativ teritoriale, în domeniul public și/sau domeniul privat al statului ș.a. Există situații în care unitățile sanitare își desfășoară activitatea în clădiri proprietate privată aparținând unor persoane fizice (inclusiv clădiri retrocedate) sau companii naționale (CNCF CFR SA). De asemenea, au existat în perioada supusă analizei peste 500 litigii care au avut ca obiect clădirile/terenurile în care își desfășoară activitatea unitățile sanitare spitalicești.

Având în vedere că România este considerată ca fiind una dintre țările cu cea mai activă seismicitate din Europa<sup>7</sup>, din analiza datelor declarate de unitățile sanitare, referitor la clădirile/ construcțiile pentru care s-a realizat încadrarea în clase de risc seismic la nivel național, un număr de 239 corpuri de clădire sunt încadrate în clasa I de risc seismic, 957 în clasa all-a, 1147 în clasa a III-a și 697 în clasa a IV-a de risc. Din cele 3040 corpuri de clădire cu risc la nivel național, **239 corpuri de clădire sunt încadrate în clasa I risc seismic, ceea ce înseamnă risc ridicat de prăbușire** la cutremur.

Defalcăm datele aferente celor 368 unități spitalicești după cum urmează:

☞ **Ministerul Sănătății (58 de spitale).** Spitalele își desfășoară activitatea în clădiri și/sau terenuri din domeniul public al statului, domeniul public al unităților administrativ-teritoriale precum și din domeniul privat al statului. Din punctul de vedere al vechimii clădirilor, rezultă că **peste 50% au o vechime mai mare de 60 ani, doar 3% fiind construite în ultimii 20 de ani.**

Zece unități sanitare<sup>8</sup> **au în administrare și clădiri cu o vechime mai mare de 100 ani**, din care exemplificăm : Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului "Alessandrescu-Rusescu, Institutul de Pneumofiziologie "Marius Nasta", Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice "N.C. Paulescu". Dintre unitățile sanitare cu paturi, 3 au în administrare **clădiri monumente istorice**: Spitalul Județean Clinic de Urgență "Sf. Spiridon" Iași (din perioada 1756-1758), Institutul Regional de Oncologie Iași (din sec XIX) și Spitalul Județean Clinic de Urgență Cluj-Napoca.

În ceea ce privește riscul seismic, **aproximativ 15% din numărul clădirilor, reprezentând 20% din totalul suprafeței utile aferentă unităților sanitare din subordinea Ministerului Sănătății, sunt încadrate în una din cele 4 clase de risc seismic**, Rsl, RslI, RslII sau RslIV. Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului "Alessandrescu-Rusescu" și Spitalul Județean Clinic de Urgență "Sf. Spiridon" Iași, au în administrare 10 clădiri încadrate în Clasa de risc seismic Rsl, din care fac parte clădirile cu susceptibilitate de prăbușire, totală sau parțială, la acțiunea cutremurului de proiectare corespunzător stării-limită ultime. În același timp, 590 de clădiri nu sunt încadrate în clase de risc seismic.

Referitor la litigiile unităților sanitare, s-a reținut faptul că unele unități spitalicești din subordinea MS sunt parte în dosare vizând litigii, nefinalizate, aflate pe rolurile instanțelor de judecată, având ca obiect pretenții asupra patrimoniului.

➤ **Ministerul Transporturilor (15 spitale CF).** Clădirile și terenurile spitalelor CF aparțin domeniului public al statului și sunt date în administrarea acestora prin Ordonatorul principal de credite - Ministerul Transporturilor și Infrastructurii, iar 2 spitale își desfășoară activitatea în locații închiriate, ca urmare a retrocedării spațiilor către foștii proprietari.

Vechimea clădirilor în care spitalele CF desfășoară activitate medicală, **în unele cazuri de peste 100 de ani** (6 spitale) impune necesitatea unor reabilitări și modernizări ample pentru a oferi servicii medicale în condiții decente.

Unele unități sanitare dețin în administrare și **clădiri degradate și nefuncționale** (3 spitale), precum și **clădiri și terenuri aflate în litigiu** (3 spitale).

<sup>7</sup> [https://igsu.ro/Resources/COJ/ProgrameStrategii/pdf24\\_merged.pdf](https://igsu.ro/Resources/COJ/ProgrameStrategii/pdf24_merged.pdf)

<sup>8</sup> Informații prelucrate de pe platforma [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)



Pentru cea mai mare parte din clădirile spitalelor CF **nu s-au efectuat expertize în vederea stabilirii gradului de risc seismic și/sau a stării de degradare a acestora**. La spitalele la care s-au efectuat pentru unele clădiri expertize tehnice (6 spitale), acestea au fost încadrate în diferite grade de risc seismic – gradul I la Spitalul General Căi Ferate Brașov, gradele II, III și IV la Spitalul General Căi Ferate Galați, gradul IV la Spitalul General Căi Ferate Sibiu, gradul III la Spitalul General Căi Ferate Drobeta Tr. Severin, gradele II și III la Spitalul General Căi Ferate Pașcani și gradul III la Spitalul General Căi Ferate Simeria, așadar RSI la 1 spital, RSII la 2 spitale, RSIII la 4 spitale, RSIV la 2 spitale.

➤ **Ministerul Afacerilor Interne și Ministerul Apărării Naționale (13 spitale)**

Spitalele MAI ( 2 spitale) au un număr de 22 de clădiri, Spitalele MApN (11 spitale) sunt spitale de tip pavilionar. În general, clădirile și terenurile celor 13 spitale aparțin domeniului public al statului, și sunt în administrarea spitalelor, iar 5 spitale sunt monumente istorice.

De asemenea, 9 spitale dețin clădiri/ pavilioane cu o vechime de peste 100 de ani, 11 spitale dețin clădiri încadrate în clase de risc seismic, iar 4 dintre acestea dețin clădiri încadrate în clasa RSI (aproximativ 12 clădiri din care 4 au fost demolate în cursul anului 2021).

Deși refacerea infrastructurii a reprezentat o preocupare principală la nivelul unităților medicale spitalicești, în perioada 2014-2021, ritmul a fost lent în comparație cu necesitatea, în principal din cauza constrângerilor legislative, a personalului de specialitate insuficient, a birocrăției excesive, a problemelor apărute în achiziția și derularea lucrărilor, a dificultății relocării secțiilor. Din cauza vechimii amplasamentului și implicit a clădirilor, la momentul actual multe dintre dotările și facilitățile inițiale ale pavilioanelor nu asigură pe deplin conformarea cu normele în vigoare privind circulația pacienților, vizitatorilor și a personalului medical, respectarea fluxurilor etc.

➤ **Academia Română (1 spital)**

Toate imobilele în care își desfășoară activitatea Spitalul Universitar de Urgență Elias (SUU Elias) sunt în administrarea ordonatorului principal de credite, Academia Română și în folosința entității (București, Ilfov-Otopeni până în anul 2021 și Vâlcea – Olănești).

În perioada 1948 – 1990, SUU Elias a fost modernizat de statul român prin construirea unor noi clădiri. Totodată, statul român a pus la dispoziție și terenul aferent acestor construcții.

În acest context, regimul juridic al terenului și construcțiilor aferente unde funcționează SUU Elias a suferit modificări în sensul că o parte din terenul și construcțiile edificate pe acesta sunt în proprietatea publică a statului iar o parte în proprietatea privată a Academiei Române – Fundația Familiei „Menachem H. Elias”.

În ceea ce privește încadrarea într-un grad de risc, imobilul SUU Elias nu a fost expertizat în acest sens.

➤ **Serviciul Român de Informații (1 spital)**

Clădirile în care Spitalul Clinic de urgență Prof.dr.”Agrippa Ionescu” își desfășoară activitatea *nu au fost expertizate din punct de vedere seismic*.

➤ **Ministerul Justiției (1 spital)**

Spitalul Prof. dr. Constantin Angelescu funcționează într-o clădire cu o vechime de aproape o sută de ani, încadrată în clasa a II a de risc seismic, care nu a mai fost consolidată din anul 1977 și pentru care a fost aprobată, încă din anul 2017, de către Ministerul Justiției, în calitate de ordonator principal de credite, Documentația de Avizare a Lucrărilor de Intervenție (DALI), pentru lucrări de consolidare, reparații capitale și refuncționalizarea imobilului.

➤ **Administrația locală (279 spitale)**

Majoritatea clădirilor folosite de unități sanitare de subordonare locală, precum și terenurile aferente aparțin domeniului public al unităților administrativ – teritoriale, fiind date în administrare/folosință unităților spitalicești, în baza unor contracte de administrare.

La nivel local, **infrastructura spitalicească este organizată în general în sistem pavilionar**, respectiv corpuri de clădire independente din punct de vedere funcțional, accesul între acestea fiind realizat prin căi de acces exterioare (alei), existând și situații în care anumite corpuri de clădire/imobile sunt situate la distanțe mai mari de 1 km față de sediul administrativ al unității medicale.

Au fost identificate **50 de spitale care dețin cel puțin un imobil aflat pe o rază mai mare de 1 km față de sediul administrativ**, printre acestea aflându-se și unități medicale care dețin clădiri în alte localități (ex. Spitalul Județean de Urgență

Mavromati își desfășoară activitatea medicală în 10 locații cu 100 clădiri dintre care 56 aflate la distanțe mai mari de 1 km față de sediul administrativ, cea mai mare distanță fiind de 70 km, locație în care este organizată Secția exterioară Dărăbani).

Un număr de **13 spitale de subordonare locală dețin imobile închiriate** de la diverse persoane fizice și/sau organizații nonprofit.

Majoritatea spitalelor dețin clădiri care sunt construite în perioada 1900 - 1970, fiind construite de mai bine de 50 de ani, existând situații în care **68 de spitale își desfășoară diversele activități în imobile construite înainte de anul 1900** (ex. Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea care își desfășoară activitatea în trei corpuri de clădire construite în perioada 1895-1984, Spitalul de Psihiatrie "Elisabeta Doamna" Galați ale cărui clădiri sunt puse în funcțiune între **anii 1877 și 1968**, fiind declarate monumente istorice).

Din cauza vechimii și structurii arhitecturale a imobilelor, **multe dintre clădirile în care funcționează spitalele nu mai corespund cerințelor impuse de normativele actuale**, respectiv Ordinul Ministrului Sănătății nr. 914/2006 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare, cu privire la:

- suprafețele utile și volumul de aer din saloane;
- lipsa spațiilor necesare funcționării corespunzătoare a secțiilor și compartimentelor;
- neasigurarea circuitelor medicale.

În prezent, aceste clădiri sunt parțial funcționale necesitând fie lucrări de întreținere și/sau consolidare, fie lucrări de recompartimentare și redimensionare sau înlocuire a rețelei electrice, după caz, în funcție de gradul de uzură al imobilelor. În acest context se impun măsuri susținute de control și prevenție împotriva producerii unor situații excepționale.

Acest aspect grevează calitatea actului medical și implicit, satisfacția cetățeanului beneficiar al serviciilor medicale furnizate de unitatea spitalicească.

Se remarcă și faptul că, din cauza stadiului avansat de degradare al imobilelor, anumite clădiri au fost demolate sau trecute în conservare, astfel încât activitățile medicale desfășurate în aceste clădiri au fost relocalate în alte locații.

Unele dintre clădirile spitalelor sunt încadrate în categoria monumentelor istorice, fapt ce limitează posibilitatea de a realiza intervenții la partea de structură a acestora (ex. Spitalul Clinic Colțea, Spitalul de Psihiatrie Elisabeta Doamna).

Dreptul de proprietate și alte drepturi reale asupra clădirilor și terenurilor în care își desfășoară activitatea unitățile sanitare spitalicești de subordonare locală au făcut obiectul unor litigii, în perioada 2014-2021, fiind identificate **10 spitale implicate în procese care au avut ca obiect litigii în domeniul infrastructurii spitalicești**, respectiv litigii pe Legea nr.10/2001 privind regimul juridic al unor imobile preluate în mod abuziv în perioada 6 martie 1945 - 22 decembrie 1989, litigii privind grănițuirea, litigii privind obligația de a face, etc.

La nivelul celor 279 de spitale aflate în coordonarea autorităților publice locale au fost identificate **67 spitale care dețin clădiri încadrate în una dintre cele 4 clase de risc seismic** stabilite prin Legea nr.223/2018 pentru modificarea și completarea Ordonanței Guvernului nr.20/1994 privind măsuri pentru reducerea riscului seismic al construcțiilor existente, astfel: 12 RSI; 23 RSII; 27 RSIII; 5 RSIV. Redăm unitățile cu RSI: *Spitalul Județean de Urgență Bacău, Spitalul Orășenesc Beclean, Spitalul Județean Mavromati Botoșani, Spitalul de Psihiatrie Sf. Pantelimon Brăila, Spitalul Orășenesc Rupea, Spitalul Municipal Dr. Aurel Tulbure Făgăraș, Spitalul Județean de Urgență Dr. Fogolyán Kristóf Sfântu Gheorghe, Spitalul Județean de Urgență Târgoviște, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie Buna Vestire Galați, Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Sfânta Parascheva Iași, Spitalul Clinic Județean Mureș, Spitalul Clinic de Psihiatrie Prof. Dr. Alexandru Obregia.*



Multe dintre clădirile cu destinație medicală ale spitalelor nu mai corespund cerințelor actuale atât în vederea obținerii autorizațiilor de funcționare cât și în ceea ce privește realizarea unui act medical de calitate.

### III.1.2. Autorizarea, acreditarea și avizarea necesare desfășurării activității unităților sanitare spitalicești

Având în vedere obiectivele referitoare la clădirile și terenurile în care își desfășoară activitatea unitățile sanitare spitalicești, au fost abordate aspecte privind procesul de validare a conformității caracteristicilor serviciilor de sănătate cu încadrarea în standardele de acreditare adoptate de ANMCS. În acest context, urmare verificărilor efectuate au fost reținute următoarele aspecte:

Referitor la **nivelul de clasificare**, conform OMS nr.1408/2010 privind aprobarea criteriilor de clasificare a spitalelor în funcție de competență, spitalele se clasifică pe 5 categorii după cum urmează:

a) categoria I - nivel de competență foarte înalt:

- aa) categoria I;
- ab) categoria I M;

b) categoria II - nivel de competență înalt:

- ba) categoria II;
- bb) categoria II M;

c) categoria III - nivel de competență mediu;

d) categoria IV - nivel de competență bazal;

e) categoria V - nivel de competență limitat.

La nivelul anului 2021, clasificarea celor 368 de spitale publice în funcție de competență este următoarea:

Tabelul nr. 1: Clasificarea spitalelor

Categoria spitalului	Număr spitale	% din total spitale de subordonare locală
Categoria I și IM	39 (din care 30 IM)	11 %
Categoria II și IIM	61 (din care 38 IIM)	17 %
Categoria III	49	13 %
Categoria IV	138	37 %
Categoria V	81	22 %

Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Potrivit tabelului de mai sus, la nivel național, un număr de 39 de spitale publice au fost încadrate în categoria I- nivel de competență foarte înalt (11%), cele mai multe fiind încadrate în categoriile IV și V- nivel de competență bazal și limitat (59%).

➤ Clasificarea spitalelor din punctul de vedere al **acordării asistenței medicale de urgență** și al îngrijirii pacientului aflat în stare critică este obligatorie și se face în conformitate cu prevederile OMSP nr.1764/2006 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.

Potrivit prevederilor art.15 din Regulamentul de organizare și funcționare a secțiilor și compartimentelor de anestezie și terapie intensivă din unitățile sanitare aprobat prin Ordinul Ministrului Sănătății nr.1500/2009, secțiile de terapie intensivă - ATI se clasifică în funcție de complexitatea activității desfășurate, în 3 categorii după cum urmează: a) secțiile ATI categoria a III-a: nivel de competență bazală; b) secțiile ATI categoria a II-a: nivel de competență medie; c) secțiile ATI categoria I: nivel de competență extinsă.

În rețeaua unităților sanitare spitalicești de subordonare locală, ponderea cea mai mare (58 %) a secțiilor ATI este deținută de secțiile ATI încadrate în categoria III, adică de secțiile care au posibilități limitate de asigurare a unei îngrijiri de terapie intensivă de lungă durată și acordă servicii medicale de profil în specialitățile din structura organizatorică aprobată, a unității sanitare respective, inclusiv în cazul urgențelor, precum și stabilizarea inițială a pacienților critici medicali și chirurgicali. Semnificativ este și faptul că, aceste secții ATI sunt obligate să încheie protocoale de colaborare cu alte unități sanitare cu paturi care au secții ATI de categoria a II-a sau I, pentru transferul pacienților critici.

Dacă secțiile ATI încadrate în categoria III dețin 58% din totalul secțiilor ATI din cadrul spitalelor de subordonare locală, secțiile încadrate în categoria II reprezintă 35% din total. Secțiile ATI din categoria I sunt cele care asigură servicii medicale complete de profil pentru pacientul critic medical sau chirurgical, inclusiv pentru următoarele situații: chirurgie cardiovasculară, neurochirurgie majoră, transplant de organe, politraumă, chirurgie hepatică majoră, mării arși. Acestea sunt însă în număr foarte mic (11) și reprezintă numai 7% din totalul secțiilor ATI din cadrul unităților sanitare spitalicești de subordonare locală, fiind deținute cu preponderență de spitalele județene de urgență.

➤ **Accreditarea unităților sanitare** reprezintă procesul de validare a conformității caracteristicilor serviciilor de sănătate efectuate de către unitățile sanitare, cu standardele de acreditare adoptate de către ANMCS și aprobate în condițiile legii, în urma căruia unitățile sanitare sunt clasificate pe categorii de acreditare pentru a conferi încredere în competența tehnico-profesională și organizatorică a acestora. Acreditarea se realizează de către evaluatori și reprezintă un proces de evaluare externă și independentă față de părțile interesate.

Acreditarea confirmă că o unitate dispune de resursele și de competențele profesionale necesare pentru a acorda îngrijiri medicale în specialitățile pe care le are în structură, respectând siguranța pacienților și a angajaților săi.

Certificatul de acreditare al unității sanitare se acordă pe o perioadă de 5 ani, după care respectiva unitate trebuie să se reacrediteze.

**La nivel național, în anul 2021, în cadrul celui de-al II-lea ciclu de acreditare, situația unităților sanitare spitalicești publice (368 de spitale) se prezintă astfel: 269 de unități se aflau în proces de acreditare/de încadrare în cadrul uneia dintre categorii, în general aceste unități fiind acreditate în cadrul primului ciclu; 97 de unități erau acreditate/ încadrate în categoria de acreditare; 2 unități erau neacreditate.**

Menționăm faptul că, din cele **97 de unități acreditate** în Ciclul II, niciuna dintre acestea nu a obținut Categoria I Acreditat. Astfel, 43 % dintre acestea erau încadrate în Categoria II Acreditat cu recomandări, 46% dintre acestea erau încadrate în Categoria III Acreditat cu rezerve și Categoria IV Acreditat cu încredere redusă (în proporții egale), iar restul de 11% în Categoria V Decizie de prelungire a procesului de acreditare.

➤ **Referitor la activitatea de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale**, aceasta se desfășoară pe baza unui plan de supraveghere și control al infecțiilor asociate asistenței medicale, care cuprinde distinct, pentru fiecare secție medicală, protocoale și manopere profesionale, standarde de îngrijire și de tehnici aseptice și alte normative specifice privind condițiile de cazare igienă și alimentație necesare pentru implementarea activităților programate.

În perioada 2014 – 2021, la nivelul spitalelor publice din țara noastră, serviciile specializate de supraveghere și control al infecțiilor nosocomiale au fost asigurate cu personal propriu, în baza contractelor de prestări servicii încheiate cu personal medical sau mixt.

➤ În ceea ce privește **autorizația de prevenire și stingere a incendiilor**, foarte multe unități sanitare spitalicești publice **nu dețin acest tip de autorizație.**

De exemplu, în cazul spitalelor din rețeaua MS, s-a reținut faptul că 46% dintre unități nu sunt autorizate ISU, ceea ce reprezintă un factor major de risc, în timp ce doar o parte din cele 15 spitale CF (ex. Spitalul General Căi Ferate Galați, Spitalul General Clinic Căi Ferate Simeria, Spitalul General Căi Ferate Drobeta Tr. Severin) dețin acest tip de autorizație.



Problematika autorizării la incendiu a unităților sanitare cu paturi rămâne insuficient analizată și nesupusă unui plan de măsuri de rezolvare pe categorii de probleme întâmpinate de spitale în legătură cu clădirile în care își desfășoară activitatea, cu riscuri mari atât pentru pacienți, cât și pentru personalul medical. O mare parte dintre unitățile sanitare cu paturi nu sunt autorizate ISU, ceea ce reprezintă un factor major de risc.

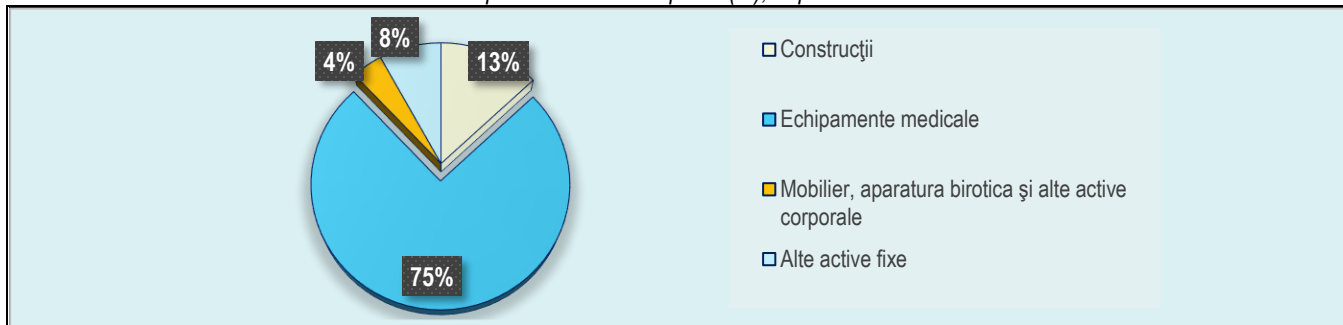
## III.2.Fundamentarea și gradul de asigurare a necesarului de resurse financiare

În vederea asigurării funcționării unităților sanitare spitalicești conform cerințelor actuale, cât și în ceea ce privește calitatea actului medical, unitățile sanitare spitalicești solicită fonduri de la Ministerul Sănătății potrivit Legii nr.95/2006, acesta având obligația alocării din bugetul de stat a sumelor necesare unităților sanitare proprii cât și a spitalelor publice din rețeaua autorităților administrației publice locale. În acest sens, au fost reținute următoarele aspecte:

### III.2.1.Evaluarea modului de fundamentare și a gradului de asigurare a necesarului de resurse financiare pentru dezvoltarea infrastructurii unităților sanitare spitalicești

În perioada analizată, la nivel național, totalul cheltuielilor efectuate de spitalele publice a fost în sumă de aproximativ 176.000.000 mii lei, iar cheltuielile de capital/pentru investiții au reprezentat **doar 5% din total**. De asemenea, analizând cheltuielile pentru investiții în infrastructură, s-a reținut faptul că ponderea cea mai mare a cheltuielilor de capital a fost reprezentată de **cheltuielile pentru echipamente medicale, respectiv 75% din totalul cheltuielilor efectuate pentru investiții în perioada care a făcut obiectul analizei.**

Graficul nr. 1 – Structura cheltuielilor de capital efectuate de spitale (%), în perioada 2014 – 2021



Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

➤ **Referitor la evaluarea modului de fundamentare și a gradului de asigurare a necesarului de resurse financiare pentru dezvoltarea infrastructurii unităților sanitare spitalicești de către MS**, potrivit prevederilor Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, MS asigură din buget sume necesare unităților sanitare proprii precum și spitalelor publice din rețeaua autorităților administrației publice locale.

Spitalele publice din rețeaua MS primesc sume de la bugetul de stat care se utilizează numai pentru destinațiile pentru care au fost alocate, după cum urmează: achiziția de echipamente medicale și alte dotări independente de natura cheltuielilor de capital, în condițiile legii; investiții legate de achiziția și construirea de noi spitale, inclusiv pentru finalizarea celor aflate în execuție; expertizarea, transformarea și consolidarea construcțiilor grav afectate de seisme și de alte cazuri de forță majoră; modernizarea, transformarea și extinderea construcțiilor existente, precum și efectuarea de reparații capitale, ș.a.

Spitalele publice din rețeaua autorităților administrației publice locale (AAPL) pot primi sume de la bugetul de stat și din veniturile proprii ale MS, care se alocă prin transfer în baza contractelor încheiate între direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București și autoritățile administrației publice locale în subordinea cărora funcționează respectivele unități.

Fondurile publice alocate instituțiilor subordonate MS pentru cheltuieli de natura investițiilor, și pentru care se realizează monitorizarea programului de investiții, provin din: bugetul de stat; venituri proprii (respectiv activități înființate pe lângă ordonatorii de credite, instituții finanțate din venituri proprii și subvenții de la bugetul de stat, bugetul asigurărilor sociale de stat, bugetul fondurilor speciale, după caz, instituții finanțate integral din venituri proprii); fonduri externe nerambursabile.

➤ **Din analiza documentelor de la MS, în perioada 2014 – 2021, de la bugetul de stat Cap. 66.01 "Sănătate" s-au finanțat:**

❖ de la titlul 51 "Transferuri între unități ale administrației publice" articolul 51.02 "Transferuri de capital" conform art. 193, respectiv art.198 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare: transferuri către bugetele locale pentru finanțarea reparațiilor capitale și investițiilor noi și în continuare, precum și a aparaturii medicale; transferuri pentru aparatură medicală, reparații capitale la spitale și investiții la spitalele din rețeaua MS.

❖ de la titlul 70 "Cheltuieli de capital" investițiile noi, cele în continuare, consolidări clădiri, studii de fezabilitate, dotări independente, reparații capitale la unitățile sanitare din subordinea MS, finanțate integral de la bugetul de stat, conform Legii nr. 500/2002 privind finanțele publice, cu modificările și completările ulterioare.

Totodată, în perioada 2014 – 2018, din veniturile proprii ale MS (Cap 66.10 "Sănătate"), s-au finanțat cheltuielile pentru investiții în infrastructură și dotări la unitățile sanitare din rețeaua MS și la spitalele publice din rețeaua autorității administrației publice locale, în condițiile legii.

Precizăm că, sursa de finanțare a acestor cheltuieli, administrate de către ANAF, a fost *taxa pe viciu*, instituită sub forma unor contribuții plătite de persoanele juridice care produc sau importă produse din tutun și băuturi alcoolice, altele decât vinul și berea sau care realizează încasări din activități publicitare la acestea, din care, începând cu anul 2019, MS nu a mai obținut venituri proprii.

➤ **Referitor la activitatea de elaborare și fundamentare a propunerilor bugetare, precum și la modalitatea de alocare a fondurilor pentru investiții, la nivelul Ministerului Sănătății**

Conform Metodologiei aprobate prin OMS nr. 512/2014, MS are obligația să realizeze și să centralizeze o bază de date a obiectivelor/proiectelor de investiții și a celorlalte categorii de investiții ce îndeplinesc condițiile pentru a putea fi cuprinse în programul de investiții al MS, însă nu a fost identificată o astfel de bază de date sau o procedură operațională în acest sens elaborată conform OSGG nr.600/2018 privind aprobarea Codului controlului intern managerial al entităților publice.

Referitor la modul de alocare a fondurilor pentru investiții a rezultat că modalitatea de aplicare a principiilor nu este una transparentă, nefiind utilizate punctaje pentru fiecare principiu astfel încât să rezulte un clasament în alocarea fondurilor pentru investiții și nu se realizează informarea unităților sanitare în cazul în care solicitările de fonduri ale acestora nu au fost aprobate.

➤ **La spitalele CF**, proiectul bugetului de venituri și cheltuieli se elaborează de către comitetul director pe baza propunerilor fundamentate ale conducătorilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalului, în conformitate cu normele metodologice aprobate prin Ordin al Ministrului Sănătății și se aprobă de Ordonatorul principal de credite - Ministrul Transporturilor și Infrastructurii.

În general, în perioada 2014-2021, bugetele anuale ale spitalelor au fost fundamentate în funcție de necesitățile reale, pe baza propunerilor secțiilor și compartimentelor din structura spitalelor, în raport cu obiectivele programate.

Au existat însă situații în care bugetele anuale de venituri și cheltuieli nu au fost fundamentate conform prevederilor legale. La Spitalul Căi Ferate Cluj-Napoca, fundamentarea bugetului nu s-a realizat pe baza veniturilor și cheltuielilor estimate pentru întregul an bugetar. Fundamentarea a fost efectuată doar lunar/trimestrial sau alte perioade ale anului, urmând ca în funcție de modificările intervenite în realizarea veniturilor și cheltuielilor să fie efectuate rectificările bugetare necesare.

Procedând în acest fel, entitatea a efectuat în fiecare lună/trimestru rectificări bugetare în funcție de veniturile certe realizate, ceea ce a condus la imposibilitatea întocmirii unui plan de achiziții publice, achizițiile de bunuri materiale, prestări servicii fiind efectuate în baza unor contracte lunare întocmite în funcție de bugetul existent.

La nivelul Spitalului Clinic Căi Ferate Cluj-Napoca nu au fost asigurate suficiente resurse financiare pentru remedierea deficiențelor constatate cu ocazia verificărilor periodice efectuate de organisme abilitate. De exemplu, programele operaționale, anexă la autorizațiile de funcționare, cuprind în perioada 2014 - 2021 aproximativ aceleași obiective, având în vedere vechimea și starea de degradare a clădirilor, dar în lipsa surselor de finanțare acestea nu au fost duse la îndeplinire în totalitate.

Cheltuielile de personal au reprezentat principala cheltuială a spitalelor, cheltuielile de capital fiind asigurate în cea mai mare parte de la bugetul de stat, prin bugetul ordonatorului principal de credite.

Întrucât nivelul de decontare al serviciilor medicale decontate de Casele de Asigurări de Sănătate nu a fost suficient pentru acoperirea costurilor, resursele financiare nu au permis în toate cazurile dezvoltarea infrastructurii unităților sanitare, nefiind asigurate resurse pentru reparații capitale/modernizări ale clădirilor.

➤ **La unitățile medicale spitalicești de la MAPN** bugetele anuale au fost fundamentate pe baza necesităților reale ale spitalului, în raport cu obiectivele programate și necesitățile reale de funcționare, după aprobarea acestora finanțarea spitalelor fiind asigurată la nivelul prevederilor bugetare.

➤ Referitor la **fundamentarea bugetului de venituri și cheltuieli, la nivelul celor 279 de spitale aflate în coordonarea autorităților publice locale**, aceasta s-a realizat ținând cont de categoriile de venituri și cheltuieli prevăzute de legea bugetului de stat aprobate pentru anii 2014-2021 și Legea finanțelor publice locale nr.273/2006 privind finanțele publice locale, cu modificările și completările ulterioare.

În general, în perioada 2014 - 2021, bugetele anuale au fost fundamentate în funcție de necesitățile unităților sanitare spitalicești pe baza propunerilor secțiilor și compartimentelor din structurile spitalelor, în raport cu obiectivele programate, existând și situații în care fundamentarea bugetelor de venituri și cheltuieli s-a făcut în baza datelor aferente execuției bugetare din anii anteriori, în scopul evaluării cheltuielilor în strictă corelare cu posibilitățile reale de încasare a veniturilor bugetului estimat a se realiza.

Astfel, în privința veniturilor obținute de unitățile spitalicești se remarcă faptul că sumele încasate din contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele județene de asigurări de sănătate reprezintă sursa principală a veniturilor din cadrul bugetului de venituri și cheltuieli, aceste contracte fiind negociate în funcție de indicatorii stabiliți în contractul cadru de furnizare de servicii medicale.

De asemenea, spitalele locale au obținut venituri din bugetele caselor județene de asigurări de sănătate și pentru acoperirea creșterilor salariale acordate personalului medical, precum și venituri din contractele încheiate pentru derularea programelor naționale de sănătate.

Spitalele locale au primit fonduri și din bugetul de stat, prin direcțiile județene de sănătate publică, precum și din bugetele județene/locale ale unităților administrativ teritoriale, aceste fonduri fiind utilizate numai pentru destinațiile pentru care au fost alocate, respectiv:

- sumele primite din bugetul de stat au fost utilizate pentru desfășurarea activității cuprinse în programele naționale de sănătate; dotarea cu echipamente medicale; investiții legate de construirea de clădiri noi, inclusiv pentru finalizarea celor aflate în execuție; expertizarea, transformarea și consolidarea construcțiilor grav afectate de seisme și de alte cazuri de forță majoră;

modernizarea, transformarea și extinderea construcțiilor existente precum și efectuarea de reparații capitale, activități specifice unității; finanțarea unor cheltuieli pentru funcționarea unităților de primiri urgente și a altor acțiuni de sănătate, alte cheltuieli de capital, etc.;

- sumele primite din bugetele de venituri și cheltuieli ale unităților administrativ teritoriale au fost utilizate pentru finanțarea unor cheltuieli de administrare și funcționare, respectiv bunuri și servicii, investiții, reparații capitale, consolidare, extindere și modernizare, dotări cu echipamente medicale, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație în bugetele locale.

În perioada analizată, spitalele au realizat venituri suplimentare și din donații și sponsorizări; servicii medicale furnizate la cererea unor terți, contracte de cercetare; coplata pentru unele servicii medicale; contracte de închiriere; alte surse, conform legii.

Referitor la veniturile încasate de unitățile spitalicești de la nivel local, în baza contractelor de furnizare a serviciilor medicale încheiate cu casele județene de asigurări de sănătate, se remarcă faptul că decontarea serviciilor medicale este asigurată pe categorii de servicii medicale, respectiv spitalizare continuă (pe grupe de diagnostic - DRG), consultații ambulatorii, servicii paraclinice.

Modul de calcul al finanțării serviciilor medicale de către casele județene de asigurări de sănătate este stabilit în baza normelor metodologice pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, tehnologiilor și dispozitivelor în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, norme aprobate anual prin Ordin al Ministrului Sănătății.

În privința sistemului de plată bazat pe tariful pe caz rezolvat (DRG) utilizat pentru decontarea serviciilor medicale de tip spitalicesc în regim de spitalizare continuă, s-a reliefat faptul că acest sistem de decontare este subfinanțat și nu asigură acoperirea integrală a cheltuielilor necesare pe tipuri de diagnostice întrucât **tarifele sunt neactualizate** cu valorile prețurilor la bunuri și servicii. De asemenea, în privința modului de negociere a contractelor de furnizare a serviciilor medicale încheiate cu casele județene de asigurări de sănătate, s-a constatat că negocierea este mai mult formală întrucât contractele sunt încheiate în funcție de indicatorii stabiliți în Contractul cadru de furnizare de servicii medicale, iar sistemul de decontare a serviciilor medicale nu este în concordanță cu nivelul real al costurilor, ceea ce nu reflectă decât aparența unei negocieri.

Deși cheltuielile decontate de către casele județene de asigurări de sănătate au fost cele prevăzute de lege și stabilite prin contractele de finanțare, cheltuielile realizate de către spitale peste nivelul contractat nu au fost decontate, aceste cheltuieli fiind acoperite din excedentul spitalului.

În perioada analizată, unitățile spitalicești au întâmpinat situații în care serviciile medicale au fost decontate cu întârziere sau nu au fost acceptate spre decontare din diferite motive (ex. depășirea limitelor de finanțare prevăzute în contractele de prestări servicii medicale; neprezentarea cardului la internare sau pe perioada spitalizării).



Spitalele sunt finanțate din mai multe surse, fragmentate pe multiple destinații, ceea ce conduce la o lipsă de claritate în privința alocării fondurilor publice pentru dezvoltarea coerentă a sistemului sanitar spitalicesc (ex: venituri din contractele de furnizare servicii medicale, venituri pentru acoperirea creșterilor salariale, programe naționale de sănătate derulate atât prin casele județene de asigurări de sănătate, cât și prin direcțiile județene de sănătate publică, subvenții din bugetul de stat și din bugetele locale pentru finanțarea cheltuielilor de funcționare și a cheltuielilor de capital).

Pondere cea mai mare a fondurilor pentru investiții a fost alocată pentru achiziția de aparatură medicală, respectiv 75%, ceea ce înseamnă că doar 25% din totalul fondurilor alocate au fost destinate pentru construcții, modernizări, consolidări, reparații capitale ale clădirilor.

Tarifele decontate prin CNAS nu sunt actualizate cu majorarea cheltuielilor de personal și a prețurilor la bunuri și servicii, astfel că resursele financiare nu au permis în toate cazurile dezvoltarea infrastructurii unităților sanitare, nefiind asigurate resurse suficiente pentru reparații capitale/modernizări ale clădirilor.

### III.2.2. Evoluția fondurilor publice alocate pentru plata drepturilor salariale ale personalului medical și pentru infrastructură în unitățile sanitare spitalicești

Referitor la sumele alocate de Ministerul Sănătății pentru asigurarea funcționării unităților sanitare spitalicești, spitalele încheie contracte de prestări servicii cu casele de asigurări de sănătate pentru serviciile medicale oferite pacienților, aceasta

fiind principala sursă de finanțare a acestuia. În acest context, au fost reținute următoarele aspecte:

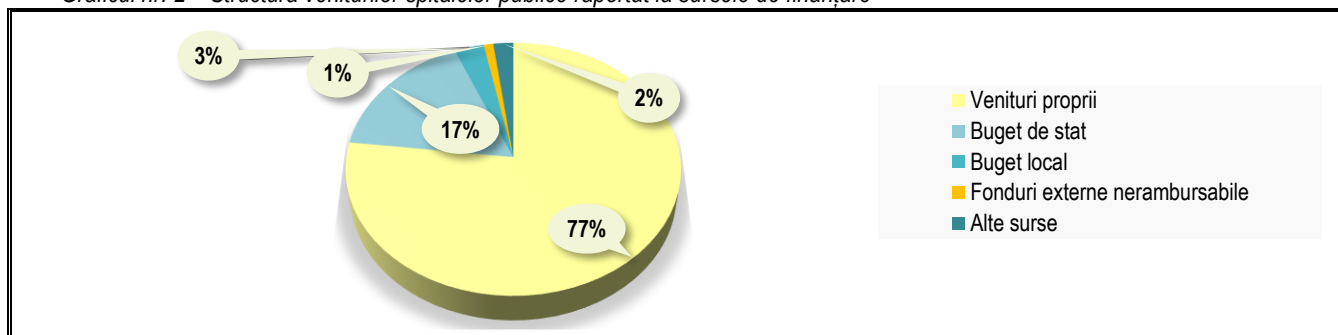
Spitalele funcționează autonom, acestea desfășurându-și activitatea în baza bugetului propriu de venituri și cheltuieli, aprobat de către conducerea unității și cu acordul ordonatorului de credite ierarhic superior.

La nivelul **celor 368 de spitale publice existente la nivel național**, fundamentarea bugetelor de venituri și cheltuieli s-a realizat ținând cont de categoriile de venituri și cheltuieli prevăzute de legile bugetului de stat aprobate pentru anii 2014-2021, Legea nr. 500/2002 privind finanțele publice și Legea nr.273/2006 privind finanțele publice locale, cu modificările și completările ulterioare.

Referitor la sursele de finanțare ale spitalelor publice, se remarcă faptul că sumele încasate din contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate reprezintă sursa principală a veniturilor din cadrul bugetului de venituri și cheltuieli, aceste contracte fiind negociate în funcție de indicatorii stabiliți în contractul cadru de furnizare de servicii medicale.

În perioada 2014 – 2021, **veniturile totale ale spitalelor publice** au fost în sumă de aproximativ 177.000.000 mii lei iar raportat la sursele de finanțare, structura veniturilor unităților sanitare spitalicești (%), se prezintă astfel:

Graficul nr. 2 – Structura veniturilor spitalelor publice raportat la sursele de finanțare



Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Din graficul anterior se poate observa că din veniturile totale realizate de spitalele publice în perioada 2014 – 2021, ponderea ce mai importantă a fost deținută de **veniturile proprii (77%)**, respectiv suma de aproximativ 136.000.000 mii lei.

Referitor la **structura veniturilor proprii** ale spitalelor publice menționăm următoarele:

➔ **contractele de furnizare de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate**, reprezintă un procent de **60%**;

➔ de asemenea, spitalele au obținut venituri din FNUASS prin casele de asigurări de sănătate (**restul de 40% din totalul veniturilor proprii**) pentru acoperirea creșterilor salariale acordate personalului medical și pentru derularea programelor naționale de sănătate, la care se adaugă serviciile efectuate contra cost.

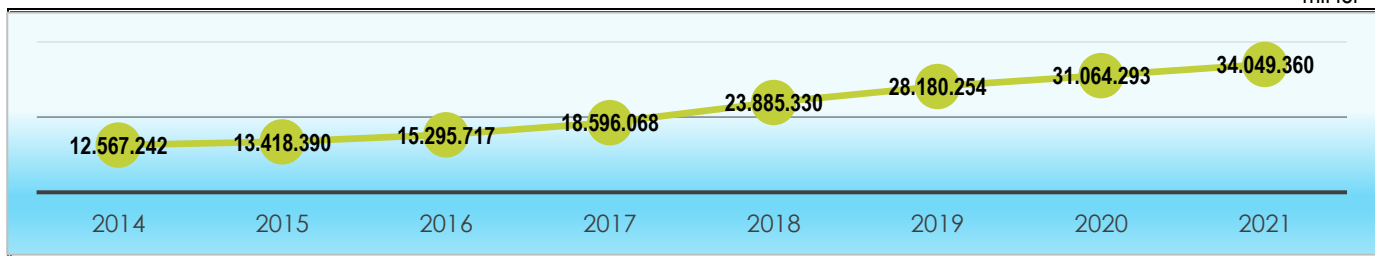
Precizăm faptul că, **subvențiile din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pentru acoperirea creșterilor salariale** ale personalului medical au crescut an de an, ajungând să dețină în anul 2021 o pondere de aproximativ **33% din totalul veniturilor încasate de spitale**.

➤ Potrivit datelor completate pe platforma [centralizator.ms.ro](http://centralizator.ms.ro) de cele **368 de unități sanitare publice cu paturi**, în perioada analizată, evoluția veniturilor totale ale acestora, se prezintă după cum urmează:



Graficul nr. 3 – Evoluția veniturilor unităților sanitare spitalicești în perioada 2014 – 2021

-mii lei-



Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Din tabelul de mai sus se poate observa faptul că, în perioada 2014-2021, evoluția veniturilor a fost una permanent crescătoare, în anul 2021 față de anul 2014 creșterea fiind de 2,7 ori.

Situația execuției cheltuielilor aferente perioadei 2014-2021 se prezintă în tabelul de mai jos:

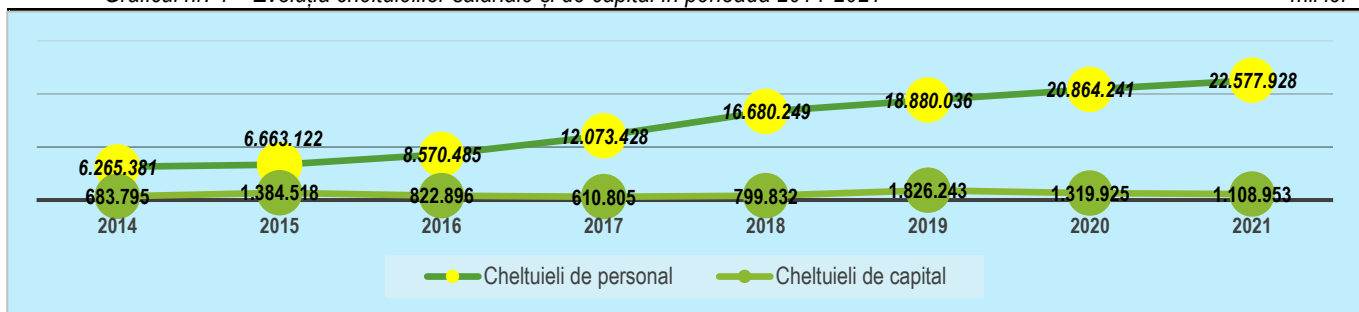
Tabelul nr. 2- Situația execuției cheltuielilor în perioada 2014-2021

Denumire indicator	Perioada							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
-mii lei-								
Cheltuieli - total, din care:	12.271.269	13.155.508	14.917.555	19.350.320	23.519.470	27.981.065	30.906.782	33.735.419
Cheltuieli de personal	6.265.381	6.663.122	8.570.485	12.073.428	16.680.249	18.880.036	20.864.241	22.577.928
Cheltuieli de capital	683.795	1.384.518	822.896	610.805	799.832	1.826.243	1.319.925	1.108.953

Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Graficul nr. 4 – Evoluția cheltuielilor salariale și de capital în perioada 2014-2021

-mii lei-



Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Evoluția cheltuielilor de personal a fost una crescătoare pe toată perioada analizată, indicele de creștere în anul 2021 față de anul 2014 fiind de 3,6 ori.

În schimb, evoluția cheltuielilor de capital a fost una oscilatorie în perioada 2014-2021, maximumul perioadei fiind atins în anul 2019.

Raportat la cheltuielile totale, situația cheltuielilor de personal și de capital la nivel național (368 de spitale), se prezintă în tabelul următor:

Tabelul nr. 3 - Situația ponderilor cheltuielilor de personal și de capital în cheltuielile totale

Denumire indicator	Perioada								Media anilor
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2014 - 2021
Cheltuieli de personal	51%	51%	57%	62%	71%	67%	68%	67%	62%
Cheltuieli de capital	6%	11%	6%	3%	3%	7%	4%	3%	5%

Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Din analiza acestor date se reține faptul că, în perioada 2014-2021 la nivel național, procentul cheltuielilor de personal în totalul cheltuielilor a fost în medie de 62% în timp ce, cheltuielile de capital au reprezentat în medie doar 5%.

➤ Potrivit datelor completate de **unitățile sanitare cu paturi din subordinea MS** pe platforma *centralizator.ms.ro*, raportat la cheltuielile totale, evoluția cheltuielilor de personal a fost una crescătoare, respectiv de la 1.570.862 mii lei în anul 2014 la 5.995.001 mii lei în anul 2021, astfel indicele de creștere în anul 2021 față de anul 2014 a fost de 3,81 ori.

Evoluția cheltuielilor de capital a fost una oscilantă în perioada 2014-2021, cu un maxim de 830.723 mii lei în anul 2015, și o valoare minimă de 104.981 mii lei în anul 2017.

Raportat la cheltuielile totale, se reține faptul că procentul cheltuielilor de personal în totalul cheltuielilor a fost în medie de 52% în perioada analizată, cheltuielile de capital reprezentând în medie 7% din totalul cheltuielilor unităților sanitare în aceeași perioadă.

➤ În perioada analizată, atât veniturile, cât și cheltuielile **spitalelor CF** au înregistrat un trend crescător, pe fondul creșterii veniturilor proprii, creșterii cheltuielilor de personal de la un an la altul și a unei evoluții fluctuante a cheltuielilor cu bunuri și servicii și a cheltuielilor de capital.

Astfel, în timp ce veniturile totale au crescut de la 179 de milioane de lei în anul 2014, la 577 de milioane de lei în anul 2021, cheltuielile totale au crescut de la 180 de milioane în anul 2014, la 560 de milioane în anul 2021.

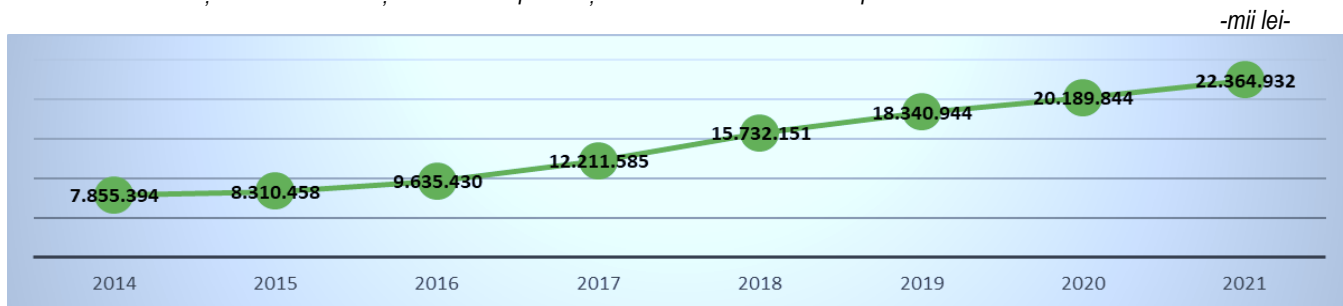
Principala sursă de finanțare a fost reprezentată de veniturile proprii încasate din contractele cu casele de asigurări de sănătate.

În totalul cheltuielilor realizate, ponderea cea mai importantă a fost deținută de cheltuielile de personal, urmate de cheltuielile cu bunuri și servicii și de cheltuielile de capital.

➤ Informații referitoare la fondurile publice alocate **unităților sanitare de subordonare locală** și destinația acestora:

În ceea ce privește **dinamica veniturilor totale** realizate de unitățile spitalicești, a avut loc o creștere semnificativă a acestora, de la 7.855.394 mii lei în anul 2014 la 22.364.932 mii lei în anul 2021, determinată în principal de evoluția veniturilor proprii (de la 6.091.590 mii lei în anul 2014 la 17.446.194 mii lei în anul 2021).

Graficul nr.5 – Evoluția veniturilor unităților sanitare spitalicești de subordonare locală în perioada 2014 – 2021



Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Principalele surse de finanțare sunt reprezentate de veniturile încasate din contractele încheiate cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii medicale; subvenții din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru acoperirea creșterilor salariale încasate pentru acoperirea creșterilor salariale (influențe salariale); venituri din contractele cu casele de asigurări de sănătate pentru PNS-uri și venituri din servicii efectuate contracost.

În valoare absolută, fondurile alocate pentru plata drepturilor salariale au avut un trend ascendent în perioada 2014-2021, o creștere semnificativă fiind înregistrată în anul 2017 față de anii 2014-2016 ca urmare a aplicării prevederilor Legii-cadru nr.153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, când acestea au crescut de la 9.424.918 mii lei în anul 2016 la 11.987.097 mii lei în anul 2017, reprezentând un procent de 27,19% creștere.

Veniturile din contractele de furnizare a serviciilor medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate, care dețin ponderea cea mai mare în totalul veniturilor (79,92% în 2014 și 37,03% în 2021), au crescut de 1,5 ori în perioada de analizată, iar subvențiile din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru acoperirea creșterilor salariale au crescut an de an în perioada de referință, ajungând să dețină în anul 2021 o pondere de 34,46 % din totalul veniturilor încasate.

Veniturile obținute de la bugetul de stat, reprezentând venituri din contractele încheiate cu direcțiile de sănătate publică din sume alocate de la bugetul de stat, au avut un trend crescător, respectiv de la 1.064.554 mii lei în anul 2014 la 3.652.952 mii lei în anul 2021.

Subvențiile din bugetele locale pentru finanțarea cheltuielilor curente și de capital în domeniul sănătății au înregistrat o evoluție descendentă în privința ponderii acestei categorii de venituri în totalul veniturilor încasate de unitățile spitalicești,

respectiv de la 7,53% în anul 2014 la 3,14% în anul 2021. Cu toate acestea, valoarea absolută a sumelor transferate din bugetele locale pentru asigurarea cheltuielilor de funcționare și dezvoltare la nivelul celor 279 de spitale au urmat un trend crescător, acestea majorându-se de 1,18 ori în perioada analizată.

Restul surselor de finanțare, respectiv venituri din contractele încheiate cu instituțiile de medicină legală, venituri din servicii contracost, fonduri externe nerambursabile, donații, stimulente de risc din FNUASS și alte surse au valori nesemnificative, unele dintre acestea fiind încasate în mod sporadic.

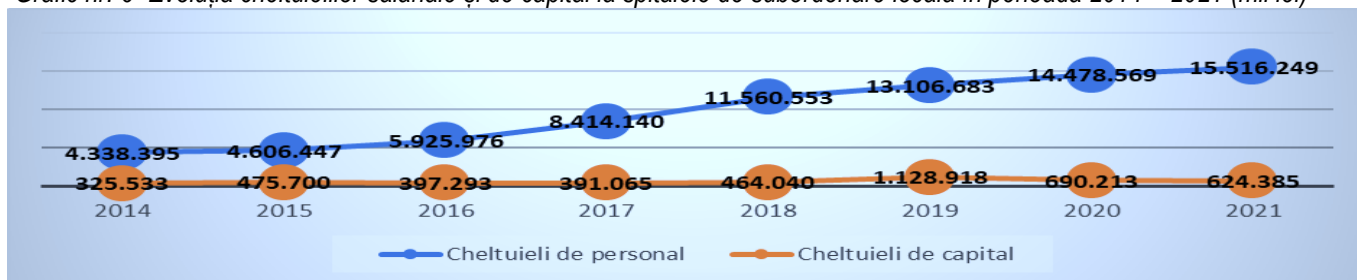
În ceea ce privește **dinamica cheltuielilor totale efectuate** de unitățile spitalicești de subordonare locală, ca și în cazul veniturilor realizate, se observă aceeași creștere a acestora, de la 7.719.258 mii lei în anul 2014 la 22.182.686 mii lei în anul 2021, determinată în principal de evoluția ascendentă a cheltuielilor de personal (de la 4.338.395 mii lei în anul 2014 la 15.516.249 mii lei în anul 2021). Analizând în structură cheltuielile totale, rezultă că, în perioada 2014-2021, ponderea cea mai mare în total cheltuieli a fost deținută de cheltuielile de personal reprezentând un procent situat în intervalul de 56% în anul 2014, respectiv 70% în anul 2021.

Tabel nr. 4 - Situația execuției cheltuielilor la nivelul spitalelor de subordonare locală în perioada 2014-2021 (mii lei)

Indicator/Perioada	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Cheltuieli totale</b>	7.719.258	8.204.379	9.424.918	11.987.097	15.506.318	18.350.029	20.293.183	22.182.686
Cheltuieli de personal	4.338.395	4.606.447	5.925.976	8.414.140	11.560.553	13.106.683	14.478.569	15.516.249
Cheltuieli de capital	325.533	475.700	397.293	391.065	464.040	1.128.918	690.213	624.385

Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Grafic nr. 6- Evoluția cheltuielilor salariale și de capital la spitalele de subordonare locală în perioada 2014 – 2021 (mii lei)



Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Creșterea cheltuielilor de personal în perioada 2018 - 2021 a fost determinată de aplicarea modificărilor și completărilor aduse Legii-cadru nr.153/2017, precum și datorită contextului pandemic înregistrat în perioada 2020 - 2021, când fondurile alocate pentru plata drepturilor salariale pentru personalul sanitar au crescut prin acordarea de sporuri salariale potrivit legislației specifice aprobate în perioada pandemiei SARS-CoV-2.

Plățile aferente cheltuielilor de capital au cunoscut o evoluție sinusoidală, acestea fiind realizate în funcție de necesitățile unităților spitalicești, respectiv în funcție de sumele alocate pentru dezvoltarea infrastructurii de la bugetul de stat și bugetul local, astfel că de la 325.533 mii lei în anul 2014 acestea au crescut la 624.385 mii lei în anul 2021, dar cu un maxim de 1.128.918 mii lei atins în anul 2019. Finanțarea pentru dezvoltarea infrastructurii spitalicești s-a axat în perioada 2014 - 2021 pe îmbunătățirea condițiilor de desfășurare a activității medicale, prin realizarea lucrărilor de consolidare și recompartimentare/modernizare a imobilelor unităților spitalicești, precum și dotarea cu echipamente și aparatură medicală.

Raportat la cheltuielile totale, situația cheltuielilor de personal și de capital la nivelul unităților sanitare spitalicești de subordonare locală se prezintă astfel:

Tabelul nr. 5 - Situația ponderilor cheltuielilor de personal și de capital în cheltuielile totale

Denumire indicator	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Media anilor 2014 -2021
Cheltuieli de personal	56%	56%	63%	70%	75%	71%	71%	70%	69%
Cheltuieli de capital	8%	10%	7%	5%	4%	9%	5%	4%	6%

Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Se reține astfel faptul că, **la nivelul unităților sanitare spitalicești de subordonare locală, procentul cheltuielilor de personal în totalul cheltuielilor a fost în medie de 69% în perioada 2014 – 2021. Totodată, cheltuielile de capital au**

reprezentat în medie 6%, ponderea acestora fiind una redusă în totalul cheltuielilor unităților sanitare spitalicești de subordonare locală în perioada 2014 – 2021.



La nivel național, cheltuielile de personal au avut un trend crescător, reprezentând în medie 62% din totalul cheltuielilor unităților sanitare. Cheltuieli de capital au avut o evoluție oscilatorie și o pondere redusă în totalul cheltuielilor perioadei, reprezentând în medie 5% din totalul cheltuielilor unităților sanitare.

Negocierea contractelor de furnizare de servicii medicale este mai mult formală deoarece contractele sunt încheiate în conformitate cu indicatorii stabiliți în Contractul cadru de furnizare de servicii medicale, în funcție de realizările anilor precedenți, de istoricul spitalului cu privire la ICM (indicele de complexitate al cazului), de durată medie de spitalizare precum și de gradul de ocupare a paturilor.

Calitatea serviciilor medicale acordate cetățenilor este influențată atât de faptul că serviciile medicale acordate sunt decontate cu întârziere cât mai ales de faptul că, sistemul utilizat pentru decontarea serviciilor medicale de tip spitalicesc în regim de spitalizare continuă nu este în concordanță cu nivelul real al costurilor pentru serviciile medicale spitalicești, acest aspect conducând la subfinanțarea sistemului spitalicesc.

Deoarece cheltuielile unităților sanitare spitalicești au fost orientate preponderent pe componenta resursei umane (cheltuielile de personal) în detrimentul cheltuielilor pentru investiții, infrastructura unităților medicale este mult subdezvoltată.

### III.3. Evoluția principalilor indicatori de performanță ai unității sanitare spitalicești în condiții de continuitate

La nivelul unităților sanitare spitalicești, conform Ordinului ministrului sănătății nr. 1384/2010 au fost aprobați indicatorii de performanță ai managementului spitalului public, prin care sunt stabilite obligațiile managerului în domeniul politicii de personal, a serviciilor medicale, a managementului economico-financiar, precum și a managementului administrativ. Ca urmare a acțiunii de documentare și a auditului de performanță, au fost reținute următoarele aspecte:

#### III.3.1. Principalii indicatori de performanță ai unității sanitare spitalicești în perioada 2014-2021

Din analiza informațiilor furnizate de reprezentanții spitalelor, prelucrate din centralizator.ms.ro, pentru perioada 2014 - 2021, au rezultat următoarele aspecte:

Tabelul nr. 6 - Evoluția principalilor indicatori de performanță ai activității unității sanitare spitalicești

Denumire indicator	Perioada							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Costul mediu pe zi de spitalizare (lei)	286,22	316,33	380,01	492,18	633,17	731,80	1.373,72	1.588,80
Execuția bugetară față de bugetul de cheltuieli aprobat (%)	86,24	86,08	85,70	86,35	85,36	86,79	85,22	84,12
Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului	51	51	57	62	71	67	68	67
Procentul cheltuielilor de personal din totalul sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate din FNUAS pentru serviciile medicale furnizate, precum și din sumele asigurate din bugetul Ministerului Sănătății cu această destinație	67,75	66,50	70,83	76,77	81,45	82,78	82,89	80,03
Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului (sintagma "venituri proprii" înseamnă, în cazul acestui indicator, toate veniturile obținute de spital, exclusiv cele obținute în contractul cu casa de asigurări de sănătate)	18,52	17,80	17,39	18,21	19,80	21,77	21,36	20,51
Procentul veniturilor realizate din proiecte cu fonduri nerambursabile interne și/sau externe din total venituri	0,51	1,12	0,24	0,16	0,56	0,43	0,61	2,48

Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Evoluția principalilor indicatori economico-financiar din perioada 2014-2021 la nivel național reflectă o creștere a veniturilor realizate din proiecte cu fonduri nerambursabile, dar și o creștere a veniturilor proprii - veniturile obținute de spitale, exclusiv cele obținute în contractul cu casa de asigurări de sănătate.

Totodată, ca tendință la nivel național costul mediu pe zi de spitalizare a crescut semnificativ, execuția bugetară față de bugetele aprobate a fost de aproximativ 85%, iar procentul cheltuielilor de personal în totalul cheltuielilor a fost foarte mare.

➤ **La nivelul MS**, evoluția principalilor indicatori economico-financiar din perioada 2014-2021 reflectă o serie de **aspecte pozitive** (o creștere a veniturilor realizate din proiecte cu fonduri nerambursabile, dar și o creștere a gradului de execuție

bugetară) dar și **aspecte negative** (creșterea semnificativă a costului mediu pe zi de spitalizare, procentul destul de redus de execuție bugetară, procentul foarte mare al cheltuielilor de personal în totalul cheltuielilor).

La finele anului 2021, MS a raportat prin bilanțul centralizat plăți restante ale instituțiilor publice finanțate integral din venituri proprii în sumă de 178.346 mii lei. În acest context, **arieratele** unităților subordonate MS sunt în sumă de 16.793 mii lei, acestea datorându-se nedecontării la timp a serviciilor medicale realizate de unitățile sanitare; a serviciilor medicale realizate peste valoarea contractului; a serviciilor medicale conform prevederilor contractuale; neplății la timp a programelor de sănătate, decontarea cu întârziere a contravalorii drepturilor de personal.

➤ Execuția cheltuielilor bugetare **spitalelor CF** s-a încadrat în bugetul aprobat, gradul de execuție bugetară a cheltuielilor cunoscând o evoluție favorabilă.

Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalelor a crescut în principal ca urmare a aplicării prevederilor legale privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice.

Procentul cheltuielilor de personal din totalul sumelor decontate de casele de asigurări de sănătate din FNUAS pentru serviciile medicale furnizate, precum și din sumele asigurate din bugetul Ministerului Sănătății cu această destinație a variat de la un spital la altul în intervalul 50% - 190%. La 10 din cele 15 spitale CF, acesta a înregistrat un trend descrescător.

Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor realizate înregistrează ponderi reduse pe perioada analizată, situându-se mult sub nivelul veniturilor obținute din contractele cu casele de asigurări.

Costul mediu pe zi de spitalizare s-a majorat semnificativ în perioada analizată, în principal ca urmare a creșterii cheltuielilor anuale, îndeosebi a cheltuielilor de personal și a cheltuielilor generate de pandemia Sars-Cov2, raportate la o evoluție nu la fel de semnificativă a numărului de pacienți. Spre exemplificare, acest indicator a crescut de 11 ori la Spitalul CF Craiova.

Majoritatea spitalelor CF nu au realizat venituri din proiecte cu finanțare din fonduri externe nerambursabile conducând la concluzia că reprezintă o zonă deficitară la spitalele CF, fiind necesare măsuri de prioritizare a atragerii de fonduri europene și de elaborare și implementare a strategiei în acest domeniu, precum și pentru atragerea de venituri proprii, altele decât cele obținute din contractele cu Casele de asigurări de sănătate.

➤ La **spitalele aparținând MAI** există o politică de monitorizare în privința obiectivelor și a rezultatelor principalilor indicatori economico-financiari, care se analizează periodic. Rezultatele sunt cuprinse în Planurile strategice/manageriale care sunt avizate de către Direcția Medicală/Consiliul de Administrație. Totodată, utilizarea parametrilor de performanță se află într-un stadiu primar și este orientată mai mult către rezultate decât spre implementarea unor obiective strategice.

➤ La **spitalele aparținând MAPN** au rezultat următoarele aspecte: parametrii de performanță sunt utilizați în implementarea unor obiective, către rezultate care susțin implementarea unor obiective strategice, au fost dispuse măsuri pentru reducerea incidenței infecțiilor nosocomiale, este implementat un sistem de evaluare a satisfacției pacienților privind serviciile furnizate care constă în prelucrarea/procesarea chestionarelor de satisfacție colectate, există sistem de identificare a problemelor privind calitatea serviciilor la nivelul fiecărei secții/compartiment al spitalului, sunt înființate comisii interdisciplinare de etică și analiză a incidentelor și accidentelor clinice, inclusiv a implicațiilor financiare, sunt elaborate și actualizate proceduri clinice și operaționale, precum și proceduri de intervenție în situații de criză sau catastrofe naturale.

➤ Evoluția principalilor indicatori economico-financiari ai **unităților sanitare spitalicești de la nivel local** a relevat următoarele aspecte:

Indicatorii economico-financiari sunt monitorizați periodic (lunar/trimestrial), la nivelul spitalelor locale, fiind implementate politici de monitorizare a obiectivelor și a rezultatelor principalilor indicatori economico-financiari. Analiza în structura a execuției bugetare indică faptul că nivelul încasărilor precum și finanțarea cheltuielilor nu au fost asigurate la nivelul prevederilor bugetare definitive.

Veniturile unităților spitalicești au înregistrat un trend crescător în perioada 2014 - 2021, ponderea cea mai mare a încasărilor în totalul veniturilor realizate fiind reprezentată de veniturile proprii, respectiv între 77,54% (nivel înregistrat în anul 2014) și 78 % (nivel înregistrat în anul 2021).

Plățile efectuate în perioada analizată s-au încadrat în bugetele de venituri și cheltuieli aprobate de ordonatorii principali de credite. Procentul de realizare al plăților față de prevederile definitive aprobate a avut o evoluție oscilantă, cele mai multe unități spitalicești înregistrând valori cuprinse între 80% și 90%.

Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor a înregistrat un trend crescător în perioada 2014-2021 de la 56,20% în anul 2014 la 69,94% în anul 2021. O creștere semnificativă s-a înregistrat începând cu anul 2017 (când a intrat în vigoare Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice).

O dinamică ascendentă a avut și procentul cheltuielilor de personal din totalul sumelor decontate de casele de asigurări din FNUAS pentru serviciile medicale furnizate și din sumele asigurate din bugetul Ministerului Sănătății cu această destinație.

Subvențiile din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru acoperirea creșterilor salariale au înregistrat un trend ascendent, **ajungând să dețină în anul 2021 o pondere de 34,40 % din totalul veniturilor încasate.**

Începând cu anul 2017 se observă o creștere semnificativă a ponderii cheltuielilor de personal din totalul sumelor decontate din bugetul FNUAS, odată cu intrarea în vigoare a Legii cadru nr.153/2017. De asemenea, în perioada 2020 - 2021, evoluția ascendentă a acestui indicator a fost influențată și acordarea anumitor sporuri/stimulente pentru personalul sanitar participant la măsurile de combatere a pandemiei de SARS-Cov-2.

Procentul veniturilor proprii (toate veniturile obținute de spital, exclusiv cele obținute în contractul cu casa de asigurări de sănătate) în totalul veniturilor a fost relativ scăzut, în perioada analizată acesta oscilând între 1,84% în anul 2014 și 1,05%, nivel înregistrat în anul 2021. Cu toate acestea, în valoare absolută, sumelor încasate au urmat un trend crescător, acestea majorându-se de 1,62 ori în perioada 2014 - 2021.

Nivelul scăzut al procentului veniturilor proprii (exclusiv cele obținute în contractul cu casa de asigurări de sănătate) relevă faptul că majoritatea veniturilor proprii realizate de unitățile sanitare (peste 98%) sunt obținute din contractele încheiate cu casele județene de asigurări de sănătate.

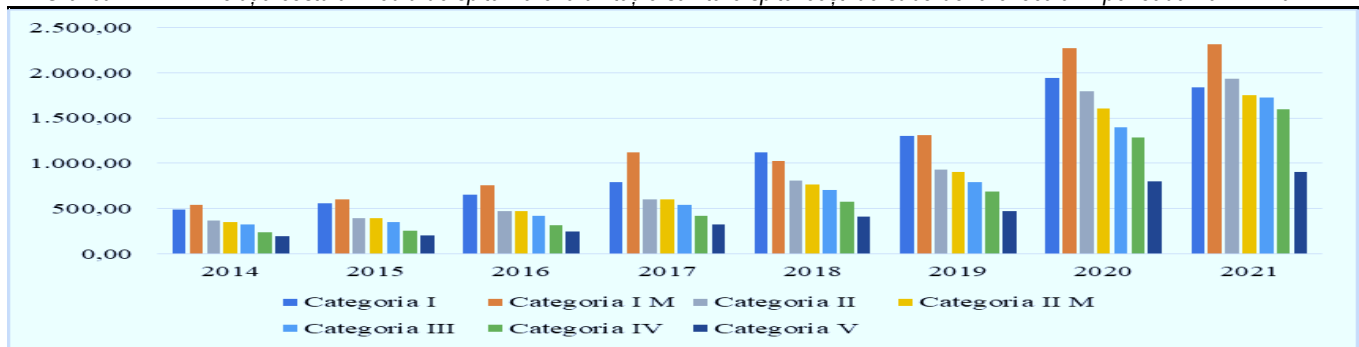
În perioada 2014 -2021, procentul veniturilor realizate din proiecte cu finanțare din fonduri nerambursabile din totalul veniturilor a fost scăzut, de doar 0,37% în anul 2014 și 1,95% în anul 2021. Procentul cel mai ridicat a fost înregistrat în anul 2021, an în care veniturile din fonduri nerambursabile au ajuns la valoarea de 436.633 mii lei.

Cu privire la costul mediu pe zi de spitalizare se remarcă faptul că acesta a avut o creștere permanentă în perioada 2014 - 2021, urmare creșterii cheltuielilor de funcționare (salarii, medicamente, materiale sanitare, reactivi, dezinfectanți și investigații).

De asemenea, în perioada 2020 - 2021, evoluția acestui indicator a fost influențată și de cheltuielile suplimentare generate de pandemia de COVID-19.

Sub formă grafică, evoluția costului mediu de spitalizare în perioada 2014 – 2021 se prezintă astfel:

Graficul nr. 7. - Evoluția costului mediu de spitalizare la unitățile sanitare spitalicești de subordonare locală în perioada 2014 – 2021



Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Pentru **spitalele incluse în categoria I** – nivel de competență foarte înalt, costul mediu pe zi de spitalizare pentru această categorie este reprezentat de costul mediu pe zi de spitalizare al Spitalului Clinic Județean de Urgență "Sf. Apostol Andrei", județul Constanța, singurul spital încadrat în această categorie. Acest indicator s-a situat pe o pantă ascendentă, crescând de la 488,79 lei în anul 2014 la 1.941,81 lei în anul 2020, iar în anul 2021 a înregistrat o ușoară scădere, ajungând la 1.837,55 lei.

Pentru **spitalele incluse în categoria I M**, categorie în care sunt încadrate 6 spitale, costul mediu pe zi de spitalizare s-a aflat pe o pantă ascendentă, crescând de la 539,86 lei în anul 2014 la 2.318,27 lei în anul 2021, astfel:.

Anul	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Costul mediu (lei)	539,86	597,00	760,67	1.118,19	1.023,09	1.313,32	2.273,65	2.318,27

Pentru **spitalele incluse în categoria II** – nivel de competență înalt, categorie în care sunt încadrate 14 unități spitalicești, costul mediu pe zi de spitalizare s-a aflat pe un trend ascendent, în anul 2014 situându-se la 363,05 lei iar în anul 2021 la 1.936,24 lei, astfel:

Anul	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Costul mediu (lei)	363,05	394,90	473,95	600,28	809,27	926,94	1.793,31	1.936,24

Pentru **spitalele incluse în categoria II M**, categorie în care sunt încadrate 31 de spitale, costul mediu pe zi de spitalizare a crescut de la 349,10 lei în anul 2014 la 1.751,37 lei în anul 2021, astfel:

Anul	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Costul mediu (lei)	349,10	392,53	469,48	599,90	769,10	902,14	1.608,97	1.751,37

Pentru **spitalele incluse în categoria III** – nivel de competență mediu, categorie în care sunt încadrate 40 de unități spitalicești, costul mediu pe zi de spitalizare s-a aflat pe un trend ascendent, majorându-se de la 322,95 lei în anul 2014 la 1.723,34 în anul 2021, astfel:

Anul	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Costul mediu (lei)	322,95	350,40	422,71	538,03	706,30	791,46	1.398,31	1.723,34

Pentru **spitalele incluse în categoria IV** – nivel de competență bazal, categorie în care sunt încadrate 117 unități spitalicești, costul mediu pe zi de spitalizare s-a aflat pe o pantă ascendentă, situându-se în anul 2014 la 234,65 lei și ajungând în anul 2021 la 1.598,14 lei, astfel:

Anul	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Costul mediu (lei)	234,25	251,24	315,38	418,53	576,19	684,65	1.286,49	1.598,15

Se constată astfel cum costul mediu pe zi de spitalizare a crescut în anul 2021 de 6,82 ori față de anul 2014.

Au fost identificate și situații în care costul mediu pe zi de spitalizare s-a majorat cu mult peste media specifică categoriei: Spital Orășenesc Hârșova (o creștere de 11,48 ori în anul 2021 față de anul 2014); Spital Orășenesc "Anton Cincu" Tecuci (o creștere de 16,90 ori în anul 2021 față de anul 2014); Spitalul Municipal Caracal (o creștere de 11,55 ori în anul 2021 față de anul 2014); Spitalul Municipal Orșova (o creștere de 15,61 ori în anul 2021 față de anul 2014).

Pentru **spitalele incluse în categoria V** – nivel de competență limitat, categorie în care sunt încadrate 70 de spitale, costul mediu pe zi de spitalizare s-a aflat pe o pantă ascendentă, pornind de la un cost mediu de 189,47 lei în anul 2014 și ajungând în anul 2021 la 903,30 lei. Se poate rezuma că în privința unităților spitalicești din categoria V, costul mediu pe zi de spitalizare a cunoscut o creștere de 4,75 ori în anul 2021 față de anul 2014, astfel:

Anul	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Costul mediu (lei)	189,46	203,93	247,10	325,97	409,59	469,67	798,84	903,30



Costul mediu pe zi de spitalizare s-a majorat semnificativ în perioada analizată, în principal ca urmare a creșterii cheltuielilor anuale, îndeosebi a cheltuielilor de personal și a cheltuielilor generate de pandemia Sars-Cov2.

Veniturile realizate din proiecte cu fonduri nerambursabile interne și/sau externe reprezintă o zonă deficitară la spitalele publice.

La finele anului 2021, o serie de unități sanitare cu paturi au înregistrat arietele motivele fiind nedecontarea la timp a serviciilor medicale realizate de unitățile sanitare;

nedecontarea serviciilor medicale realizate peste valoarea contractului; neplata la timp a programelor de sănătate; nedecontarea serviciilor medicale conform prevederilor contractuale; decontarea cu întârziere a contravalorii drepturilor de personal.

În cadrul veniturilor proprii, principala sursă de finanțare a fost reprezentată de veniturile încasate din contractele de furnizare a serviciilor medicale încheiate cu casele de asigurări de sănătate.

Începând cu anul 2017 s-au încasat sume semnificative din veniturile provenite din bugetul FNUAS pentru acoperirea creșterilor salariale (influențe salariale) ale personalului medical, al căror quantum a crescut anual atât în valoare absolută, dar și ca procent raportat la nivelul veniturilor încasate.

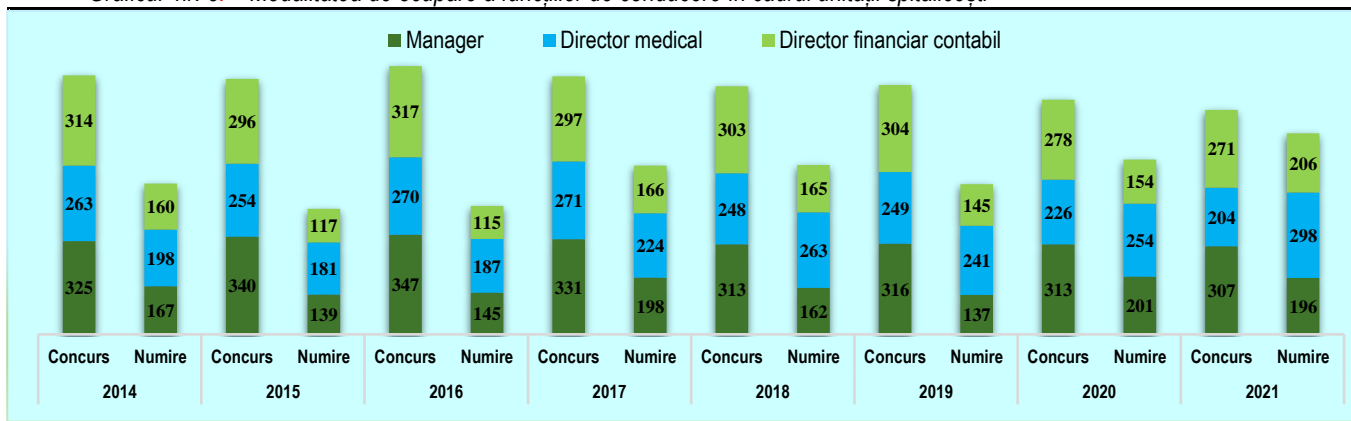
La nivelul spitalelor de la autoritățile locale, gradul de absorbție al fondurilor europene nerambursabile este foarte mic.

### III.3.2. Asigurarea managementului unităților sanitare spitalicești în condiții de continuitate

În vederea asigurării managementului în condiții de continuitate, ca urmare a indicatorilor de performanță ai managementului spitalului public, stabiliți, managerul unității sanitare spitalicești are obligația îndeplinirii indicatorilor prevăzuți, atât pentru manager cât și pentru activitatea medicală. În cazul nerealizării indicatorilor de performanță, contractul de management încheiat între manager și Ministerul Sănătății, încetează. Față de cele menționate, prezentăm mai jos, modul de asigurare a continuității și gradul de realizare a indicatorilor aprobați.

Prin intermediul datelor colectate din platforma centralizator.ms.ro, au fost furnizate informații referitoare la ocuparea funcțiilor de conducere în cadrul unităților spitalicești în perioada 2014-2021. Proporția posturilor de conducere ocupate prin concurs sau prin numire (ca interimar) în cadrul celor 368 de spitale publice se prezintă astfel:

Graficul nr. 8. – Modalitatea de ocupare a funcțiilor de conducere în cadrul unității spitalicești



Sursa: date prelucrate de INS

Din analiza graficului se observă faptul că în general, din punct de vedere numeric funcțiile ocupate prin concurs le depășesc sensibil pe cele ocupate prin numire/interimat, cu excepția perioadei pandemiei (în anii 2020 și 2021 au fost mai mulți directori medicali numiți/interimari față de cei care au ocupat funcțiile prin concurs).

**Se reține astfel că posturile de manager ocupate prin numire/interimat au un procent ridicat în total, încadrându-se în intervalul cuprins între 29% și 39%, cea mai mică pondere fiind în anii 2015 și 2016, iar cea mai mare în anii 2020 și 2021.**

Referitor la evaluarea managerilor unităților sanitare publice, aceasta este efectuată pe baza criteriilor de performanță generale prevăzute prin ordin al ministrului sănătății, precum și pe baza criteriilor specifice și a ponderilor prevăzute și aprobate prin act administrativ al conducătorilor ministerelor sau instituțiilor cu rețea sanitară proprie, al primarului unității administrativ-teritoriale.

Prezentăm mai jos exemple în ceea ce privește fluctuațiile structurii de conducere la spitale publice, astfel:

➤ La cea mai mare parte a **spitalelor CF**, deși au existat fluctuații în privința structurii de conducere, au fost asigurate condiții de continuitate a managementului unităților sanitare spitalicești, în sensul că, cu mici excepții pe perioade scurte de timp, posturile de manager, director medical și director financiar contabil au asigurat permanență în perioada 2014-2021.

Cu toate acestea, au existat și excepții în care unitățile spitalicești nu au avut perioade îndelungate director financiar contabil (Spitalul Clinic Căi Ferate Constanța) sau au existat schimbări frecvente în conducerea unităților medicale, ca urmare a lipsei specialiștilor și nivelului neatractiv de salarizare.

Conform afirmațiilor reprezentanților entităților cu privire la actul decizional, fluctuațiile postului de director medical s-au datorat faptului că funcția nu este suficient de motivantă din punct de vedere financiar.

Un factor care determină personalul calificat (exclus personalul medical) să nu dorească angajarea în spital este diferența enormă între salariul unui medic, spre exemplu, și salariul unui economist, jurist, inginer, auditor, etc., personal fără de care spitalul nu poate funcționa. Sunt situații în care personalul TESA obține venituri mai mici decât cele obținute de cadrele medicale medii, sau chiar mai mici și decât personalul auxiliar (infirmieri, brancardieri).

La entitățile unde au existat schimbări frecvente ale conducerii, actul decizional a fost influențat în mod negativ, prin lipsa unei strategii financiare și de management privind dezvoltarea și modernizarea entității (ex. Spitalul Clinic Căi Ferate Craiova).



De asemenea, practica numirii fără concurs a managerilor reprezintă o zonă de risc asupra calității actului managerial.

➤ La **Spitalul de Urgență "Prof. Dr. D. Gerota"** nu au fost fluctuații în privința structurii de conducere, iar actul decizional nu a fost influențat, în timp ce la **Spitalul Clinic "Avram Iancu" Oradea**, conducerea spitalului s-a schimbat frecvent, având influență asupra actului decizional prin neîndeplinirea obiectivelor propuse pe termen mediu și lung.

➤ La nivelul **autorităților publice locale**, conform datelor prezentate de reprezentanții unităților spitalicești, în perioada supusă documentării, la conducerea spitalelor publice locale s-au succedat mai multe persoane, posturile de manager, director medical și director financiar- contabil fiind ocupate prin concurs sau numire până la ocuparea postului prin concurs, în baza dispozițiilor emise de ordonatorul principal de credite al unităților administrativ teritoriale, respectiv președintele consiliului județean sau primarul localității, după caz.

Situația privind frecvența modificărilor intervenite/operate la nivelul conducerii unităților medicale este prezentată în tabelul de mai jos:

Tabelul nr. 7 - Frecvența modificărilor intervenite/operate la nivelul conducerii unităților medicale

Funcția	Perioada							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Manager	373	363	370	396	356	335	393	383
Director medical	354	339	346	378	394	376	370	383
Director financiar-contabil	364	320	332	349	358	342	335	367

Sursa-[www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Așa cum relevă datele prezentate mai sus, se constată faptul că la nivelul rețelei de unități spitalicești aflate în administrarea autorităților publice locale, anual, au existat fluctuații importante privind ocuparea funcțiilor de manager, director medical și director financiar contabil, ceea ce creează o stare de instabilitate și nesiguranță în actul de management pe termen mediu și lung.

În ceea ce privește funcția de manager, în perioada 2014 – 2021, această funcție a fost ocupată în general pe bază de concurs, fiind identificate și situații în care conducerea unităților spitalicești a fost asigurată de manageri interimari, numiți în baza actelor administrative emise de ordonatorii principali de credite ai unităților administrativ teritoriale.

Din analiza realizată, s-a constatat că **în cazul a 75 de spitale (27% din totalul spitalelor de subordonare locală), postul de manager a fost ocupat de o singură persoană pe întreaga perioadă analizată. Pe de altă parte, au fost identificate și situații în care la nivelul conducerii executive au fost înregistrate fluctuații semnificative, acest aspect având un impact negativ în privința actului decizional.**

În perioada 2014 – 2021, cele mai mari fluctuații de personal în privința ocupării funcției de director medical au fost înregistrate la nivelul Spitalului Județean de Urgență Tulcea, această funcție fiind ocupată de un număr de 11 persoane. Fluctuații semnificative au fost înregistrate și la Spitalul Județean Călărași (8 persoane, din care 6 prin numire), Spitalul Municipal „Prof. Dr. Irinel Popescu” Băilești, județul Dolj, (8 directori medicali, din care 6 prin numire și 2 prin concurs), Spitalul Județean de Urgență Deva, județul Hunedoara (8 persoane, din care 7 numiri și un concurs), Spitalul Municipal "Sf. Doctori Cosma și Damian" Rădăuți, județul Suceava (9 persoane, toate numite).

În privința funcției de director financiar-contabil, această funcție a fost ocupată preponderent prin concurs, fiind identificate și situații în care au fost înregistrate fluctuații foarte mari în privința persoanelor care au ocupat această funcție.

Fluctuațiile cele mai mari s-au înregistrat la Spitalul Județean Călărași (9 directori financiari-contabili, din care doar 3 prin concurs), Spitalul Municipal de Urgență Caransebeș, județul Caraș-Severin (11 persoane, din care 9 prin numire), precum și Spitalul Județean de Urgență Deva, județul Hunedoara (10 persoane, din care doar 3 prin concurs), Spitalul Municipal Caracal, județul Olt (7 persoane au deținut funcția de director financiar-contabil).

Atribuțiile specifice membrilor comitetului director se regăsesc, așa cum prevede legislația specifică, în contractele de management, respectiv contractele de administrare.

În perioada 2014-2021, majoritatea persoanelor care au deținut funcții de conducere au urmat cursuri de management spitalicesc.



Procentul posturilor de manager ocupate prin numire/interimat a fost unul ridicat, această practică reprezentând o zonă de risc asupra calității actului medical.

La entitățile unde au existat schimbări frecvente ale conducerii, actul decizional a fost influențat în mod negativ, prin lipsa unei strategii financiare și de management privind dezvoltarea și modernizarea unității sanitare.

Modul de ocupare a funcțiilor de conducere prin numire și schimbările frecvente identificate la nivelul unităților spitalicești conduc la efecte negative în privința consecvenței și coerenței actului decizional. Astfel, aceste modificări se reflectă în neasumarea responsabilităților și în imposibilitatea planificării indicatorilor specifici activității medicale, financiare și economice pe termen mediu și lung.



### III.4. Managementul resurselor umane în unitățile sanitare spitalicești

Managementul resurselor umane constă în ansamblul activităților orientate către asigurarea, dezvoltarea, motivarea și menținerea resurselor umane în cadrul unităților sanitare spitalicești în vederea realizării cu eficiență maximă a obiectivelor stabilite și a satisfacerii nevoilor angajaților. Pe măsură ce unitatea sanitară spitalicească se dezvoltă au de a face cu o serie de aspecte esențiale ale managementului resurselor umane. În acest sens, managerii creează un plan de atragere și reținere a persoanelor cu abilitățile de care are nevoie unitatea sanitară spitalicească. Implementarea planului presupune recrutarea, selecția, integrarea, instruirea, recompensarea, alegerea beneficiilor celor mai potrivite și evaluarea permanentă a performanțelor pentru a se verifica dacă sunt atinse obiectivele planificate de echipa managerială. În acest context, prezentăm aspectele reținute pe fiecare obiectiv.

#### III.4.1. Evaluarea modului de respectare a normativelor de personal sanitar ale unităților sanitare spitalicești, respectiv a numărului maxim de personal pe categorii

Prin OMS nr. 1224/2010 *privind aprobarea normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, precum și pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății publice nr. 1778/2006 privind aprobarea normativelor de personal s-au stabilit normativele de personal pentru asistența medicală spitalicească pe categorii de personal și tipuri de activități.*

Numărul de posturi, pe categorii de personal, între limita minimă și maximă, se stabilește de managerul fiecărei unități sanitare cu personalitate juridică, potrivit structurilor medicale aprobate ca limită maximă prin bugetul anual de venituri și cheltuieli. Potrivit aceluiași ordin, poate fi majorat la propunerea motivată a direcției de sănătate publică sau a unităților sanitare în funcție de subordonare, cu aprobarea Ministerului Sănătății, respectiv la propunerea motivată a unităților sanitare, cu aprobarea Primăriei municipiului București/autorităților administrației publice locale, pentru spitalele din rețeaua administrației publice locale, în condițiile legii și cu încadrarea în cheltuielile de personal aprobate ca limită maximă în bugetul anual de venituri și cheltuieli al fiecărei unități sanitare publice.

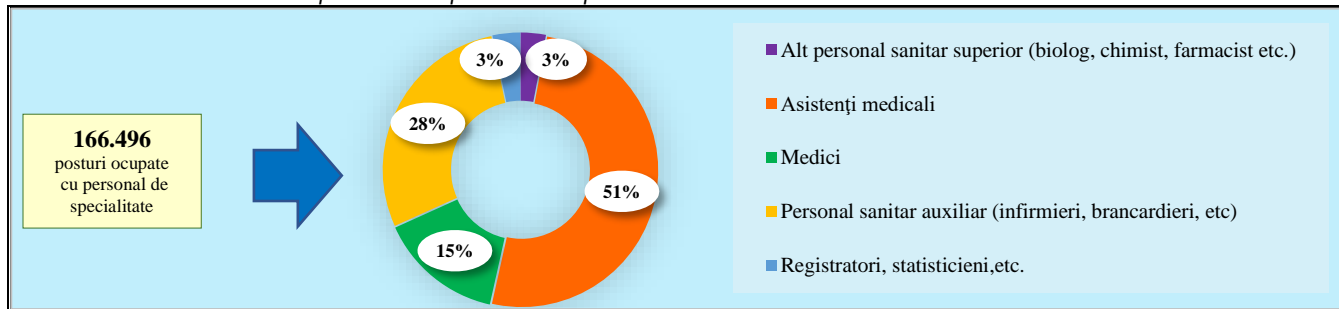
În perioada 2014-2021, numărul posturilor normate, aprobate și ocupate a avut în general un trend ușor crescător, în timp ce numărul posturilor vacante a reprezentat în medie 21% din totalul posturilor aprobate. O evoluție similară se regăsește și în cazul personalului tehnico-administrativ.

De asemenea, din analiza efectuată pe categorii de personal de specialitate (medical), situația posturilor normate/aprobate/ocupate/vacante este următoarea:

- ▶ Medici: numărul mediu de posturi normate a fost de aproximativ 34.800 pe an, iar al celor aprobate a fost de aproximativ 31.300 pe an. Gradul mediu de ocupare al posturilor a fost de 70% pe an;
- ▶ Alt personal sanitar superior (biologi, chimiști, farmaciști, etc.): numărul mediu de posturi normate a fost de aproximativ 6.700 pe an, iar al celor aprobate a fost de aproximativ 5.900 pe an. Gradul mediu de ocupare al posturilor a fost de 73% pe an;
- ▶ Asistenți medicali: numărul mediu de posturi normate a fost de aproximativ 100.000 pe an, iar al celor aprobate a fost de aproximativ 92.000 pe an. Gradul mediu de ocupare al posturilor a fost de 84% pe an;

- ▶ Registratori, statisticieni, etc: numărul mediu de posturi normate a fost de aproximativ 6.000 pe an, iar al celor aprobate a fost de aproximativ 5.900 pe an. Gradul mediu de ocupare al posturilor a fost de 85% pe an;
  - ▶ Personal sanitar auxiliar (infirmieri, brancardieri, etc.): numărul mediu de posturi normate a fost de aproximativ 64.000 pe an, iar al celor aprobate a fost de aproximativ 57.000 pe an. Gradul mediu de ocupare al posturilor a fost de 76% pe an;
- La finele anului 2021, în cadrul unităților sanitare spitalicești publice, structura posturilor ocupate de către personalul medical, se prezintă conform graficului următor:

Graficul nr. 9 - Structura posturilor ocupate de către personalul medical la finele anului 2021



Sursa: www.centralizator.ms.ro

Astfel, posturile aferente asistenților medicali și a personalului sanitar auxiliar dețin ponderile cele mai mari privind numărul de posturi normate, aprobate și ocupate, în timp ce la polul opus se situează categoria medicilor și a personalului sanitar superior (biolog, chimist, farmacist etc.).

Menționăm faptul că, Ministerului Sănătății, prin intermediul răspunsurilor la chestionare, a făcut cunoscut faptul că **nu există un program informatic care să permită gestionarea actelor normative pe unități și perioade**. Referitor la actualizarea normativelor de personal, în răspunsul la chestionar, Ministerul Sănătății a precizat faptul că sunt în curs de actualizare normativelor privind normarea posturilor de personal, pe categorii de personal, unități și subunități sanitare și pe activități specifice sectorului bugetar.

Cu privire la **posturile alocate activității de cercetare și la finanțarea cercetării în unitățile sanitare spitalicești**, în perioada analizată reiese faptul că media posturilor normate în perioada 2014-2021 este de 7.700 pe an, fiind ocupate în medie 5300 de posturi/an (20% medici și 80% alt personal). Din numărul total de proiecte de cercetare derulate în perioada analizată un procent de 34% au fost finalizate, 44% sunt în curs de derulare, iar 22% au fost abandonate. Referitor la sursele de finanțare, din totalul fondurilor alocate pentru cercetare (aproximativ 615.000 mii lei), un procent de 57% au fost sume provenite de la bugetul de stat, 25% fonduri UE, iar restul de 18% au fost sume provenite din alte surse (inclusiv donații).

➤ Au existat situații în care **spitalele CF** au înregistrat deficit de personal sanitar sau de personal calificat în anumite specialități (Spitalul Clinic Căi Ferate nr. 1 Witting București, Spitalul Clinic CF nr. 2 București, Spitalul General Căi Ferate Ploiești, Spitalul General Căi Ferate Sibiu, Spitalul Clinic Căi Ferate Constanța). Potrivit informațiilor analizate, la nivelul spitalelor CF nu au fost înființate/aprobate posturi pe domeniul cercetare și implicit nu s-a obținut finanțare în acest sens.

➤ La cele două unități spitalicești **MAI**, gradul de ocupare a posturilor personalului de specialitate față de cele aprobate a scăzut din anul 2014 față de anul 2021 (76% în anul 2014 la 54% în anul 2021), de unde reiese faptul că, în această perioadă spitalele s-au confruntat cu acută lipsă de personal, situație care se constată și în cazul posturilor privind personalul administrativ.

Din analiza datelor referitoare la posturile ocupate de personalul medical cu studii superioare, pe specializări, din cadrul unităților medicale în perioada 2014 – 2021, se constată lipsa medicilor pentru diferite specialități: boli infecțioase, endocrinologie, farmacologie clinică, geriatrie și gerontologie, hematologie, medicină de familie, medicină generală, psihiatrie pediatrică, radioterapie, reumatologie, chirurgie cardio-vasculară, chirurgie pediatrică, chirurgie toracică, chirurgie vasculară, neurochirurgie, fără de care calitatea actului medical în unele situații, inclusiv la nivelul celorlalte specialități, este influențată. Cele două unități spitalicești nu au desfășurat activități de cercetare.

➤ Documentarea la unitățile subordonate **MAPN** a relevat neadaptarea prevederilor Ordinului ministrului sănătății nr. 1224/2010 la nevoile actuale de acordare a asistenței medicale în contextul creșterii semnificative a numărului de proceduri și manevre medicale față de momentul aprobării prevederii legislative menționate, subdimensionarea normativelor de personal la unele categorii de personal, existența unor proceduri greoaie privind încadrarea posturilor (în special cele de medici militari)

precum și a unor bareme de pregătire fizică greu de atins de către aceștia dar și de raportul negativ dintre intrările de personal în sistem și ieșirile din sistem având la bază, în principal, pensionarea/trecerea în rezervă a personalului medical în condițiile legislației în vigoare, determinând pentru entitățile incluse în acțiunea de documentare **dificultăți în perioada auditată în ceea ce privește desfășurarea activității specifice.**

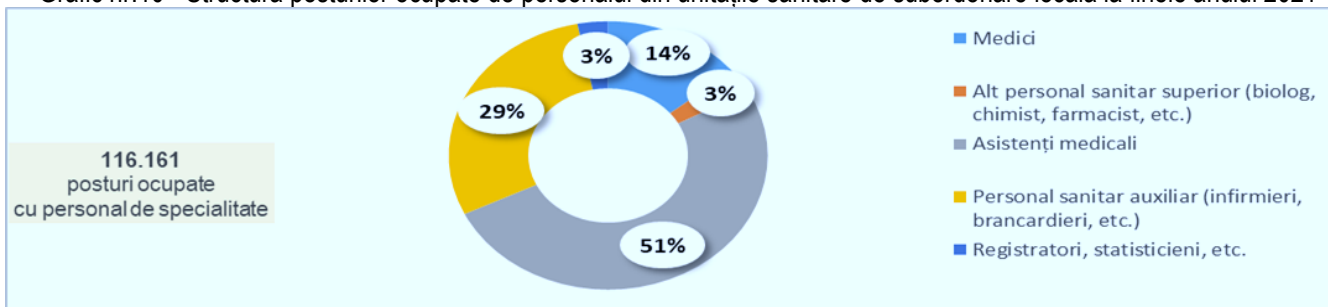
➤ Din analiza datelor de la spitalele **de subordonare locală**, se observă o creștere continuă a posturilor normate, aprobate și ocupate, în timp ce numărul total al posturilor vacante a înregistrat un ușor trend de scădere, de la 30.144 posturi în anul 2014, la 27.780 posturi în anul 2021. Numărul de posturi normate al personalului de specialitate a cunoscut o creștere continuă, astfel că de la 142.839 de posturi normate în anul 2014, în anul 2021 au fost normate 158.403 posturi, rezultând o creștere de 10,90%.

Pe fondul creșterii numărului de posturi normate, în perioada analizată, numărul de posturi aprobate a înregistrat o creștere de 15,34%, respectiv de la 124.797 posturi în anul 2014 la 143.941 posturi în anul 2021.

Numărul total al posturilor ocupate de personalul de specialitate a înregistrat o creștere de 22,72%, respectiv de la 94.653 posturi în anul 2014 la 116.161 posturi în anul 2021.

La finele anului 2021, cele 279 de unități spitalicești de subordonare locală își desfășurau activitatea cu un total de 116.161 angajați, repartizate pe categorii profesionale astfel: 16.454 medici, 3.407 alt personal superior sanitar, 58.915 asistenți medicali, 33.800 personal auxiliar sanitar, 3.585 registratori, statisticieni.

Grafic nr.10 - Structura posturilor ocupate de personalul din unitățile sanitare de subordonare locală la finele anului 2021



Astfel, la nivelul spitalelor de subordonare locală, posturile aferente asistenților medicali și a personalului sanitar auxiliar dețin ponderile cele mai mari privind numărul de posturi normate, aprobate și ocupate, în timp ce la polul opus se situează categoria medicilor și a personalului sanitar superior (biolog, chimist, farmacist etc.).



În medie pentru perioada analizată, se reține faptul că, la nivel național, gradul mediu de ocupare al posturilor vacante de medici a fost de 70%, al asistenților medicali a fost de 84% în timp ce gradul mediu de ocupare pe total personal sanitar în perioada analizată a fost de 79%.

Referitor la sursele de finanțare, din totalul fondurilor alocate pentru cercetare, un procent de 57% au fost sume provenite de la bugetul de stat.

Activitatea medicală de la nivelul spitalelor din rețeaua administrației locale s-a desfășurat cu un număr redus de personal, iar Normativul pentru personalul nemedical (TESA) nu este în concordanță cu necesitățile reale ale unităților spitalicești.

### III.4.2.Evaluarea modului de ocupare a posturilor vacante de către personalul sanitar în condiții de transparență și echitate. Existența posturilor pentru care s-au încheiat contracte de prestări servicii sau ocupate prin detașare/delegare, pensionari reîncadrați

Având în vedere normativele de personal pentru asistența medicală spitalicească, aprobate prin Ordin de ministru, la nivelul unității sanitare spitalicești, managerul unității sanitare analizează și evaluează posturile ocupate de personalul medical, pentru inițierea demersurilor privind concurs pentru posturile vacante. În acest sens, prezentăm mai jos aspectele reținute privind acest obiectiv.

Prin Ordinul nr. 869/2015<sup>9</sup>, a fost stabilită metodologia de ocupare a posturilor vacante de medic, medic dentist, farmacist, biolog, biochimist, chimist din unitățile sanitare publice prin concurs/examen. De asemenea, potrivit ordinului, ocuparea posturilor de medic din unitățile sanitare publice fără paturi, respectiv a funcției de farmacist-șef în unitățile sanitare publice cu paturi se face numai pe posturi normate și vacante sau temporar vacante. Totodată, posturile vacante sau temporar vacante de medic, medic dentist, farmacist, biolog, biochimist și chimist din unitățile sanitare publice **se ocupă numai prin concurs/examen**, potrivit dispozițiilor legale și prezentei metodologii, cu publicarea anunțului atât pe site-ul MS, cât și al unității sanitare.

În conformitate cu prevederile Legii nr. 153/2017 *privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice*, pentru personalul contractual sau alte categorii de personal care nu beneficiază de statute speciale, ocuparea unui post vacant sau temporar vacant se face prin concurs sau examen, pe baza regulamentului-cadru care se aprobă prin HG.

Potrivit Legii nr. 55/2020 *privind unele măsuri pentru prevenirea și combaterea efectelor pandemiei de COVID-19*, până la încetarea stării de alertă, posturile vacante sau temporar vacante din cadrul Ministerului Sănătății și unităților aflate în subordinea și în coordonarea Ministerului Sănătății, inclusiv funcțiile publice de execuție și conducere, puteau fi ocupate prin numire, fără concurs, de funcționari publici sau personal contractual.

Prin Legea nr. 33/2021 *pentru aprobarea Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 183/2020* a fost aprobată desfășurarea concursurilor pentru ocuparea posturilor și funcțiilor vacante și temporar vacante din cadrul instituțiilor și autorităților publice, pe o perioadă de 6 luni de la data intrării în vigoare a legii (20 martie 2021). Prin Legea nr. 70 din 28 martie 2022 *privind reglementarea statutului personalului* a fost aprobată organizarea examenului, în vederea ocupării posturilor pe perioada nedeterminată, pentru personalul care, în perioada stării de alertă sau a situațiilor de risc epidemiologic și biologic, a ocupat fără concurs posturi de execuție pe perioadă determinată din cadrul Ministerului Sănătății și a unităților aflate în subordinea și/sau în coordonarea acestuia. Potrivit Regulamentului de organizare și funcționare, MS asigură actualizarea paginilor web ale acestuia pe care sunt publicate informații referitoare la concursurile și examenele organizate.

Situația ocupării posturilor de către personal medical pensionat și reîncadrat, a contractelor de prestări servicii încheiate, a posturilor ocupate prin detașare/delegare și a posturilor ocupate fără concurs din cadrul unităților sanitare spitalicești publice, se prezintă în tabelul următor:

*Tabelul nr.8 Situația ocupării posturilor de către personal medical pensionat și reîncadrat, a contractelor de prestări servicii, număr posturi ocupate fără concurs din cadrul unităților sanitare spitalicești publice*

Anii	Personal medical pensionat și reîncadrat (nr. contracte/an)	Contract de prestări servicii	Nr. posturi ocupate prin delegare/detașare de la:		Nr. posturi ocupate fără concurs
		(nr. contracte/an)	Unități sanitare publice	Unități sanitare private	
2014	784	1.713	568	234	570
2015	1.197	2.029	814	376	673
2016	1.442	2.116	1.016	566	945
2017	2.648	3.237	1.713	1.703	2.068
2018	3.332	3.736	2.269	2.248	2.635
2019	3.392	3.988	2.472	2.821	2.871
2020	3.446	4.171	3.052	2.640	10.869
2021	3.656	4.306	3.108	2.862	11.057
TOTAL	19.897	25.296	15.012	13.450	31.688

Notă: Datele au fost prelucrate pe baza informațiilor f din centralizator.ms.ro, furnizate de reprezentanții spitalelor

Din analiza datelor prezentate, s-a observat că **numărul posturilor ocupate fără concurs** a fost redus, media perioadei fiind de aproximativ 2,5% din totalul posturilor ocupate. Ponderea a fost influențată semnificativ de valorile înregistrate în anii 2020 și 2021, în contextul stării de urgență și a stării de alertă instituită pentru prevenirea și combaterea efectelor pandemiei de COVID-19.

În cadrul entităților și-a desfășurat activitatea și **personal medical pensionat și reîncadrat**, cu contract individual de muncă, media perioadei fiind de aproximativ 2% din totalul posturilor ocupate. Din angajații pensionați și reîncadrați, aproximativ 50% au ocupat posturi de medici și asistenți medicali, iar 21% au ocupat posturi de personal sanitar auxiliar.

Evoluția **contractelor de prestări servicii** încheiate de unitățile sanitare spitalicești a fost una ascendentă. În perioada analizată, cele mai multe contracte de prestări servicii au fost încheiate cu medici respectiv 40% din total, la polul opus situându-se registratori, statisticieni, etc.

Din informațiile furnizate de reprezentanții unităților spitalicești publice, în perioada analizată, spitalele au întâmpinat dificultăți aferente procesului de recrutare, astfel: personal insuficient raportat la cazuistica existentă; personal insuficient din

<sup>9</sup> Ordinul nr. 869/2015 *pentru aprobarea metodologiilor privind organizarea și desfășurarea concursurilor de ocupare a posturilor de medic, medic dentist, farmacist, biolog, chimist din unitățile sanitare publice, precum și a funcțiilor de șef de secție, șef de laborator și șef de compartiment din unitățile sanitare fără paturi, respectiv a funcției de farmacist-șef în unitățile sanitare publice cu paturi*

cauza normativului subdimensionat pentru anumite categorii/specializări medicale; existența unei discrepante foarte mari între pregătirea profesională a medicilor (aproximativ 11 ani) și a asistenților medicali (2 ani), care nu fac față solicitărilor acestora; lipsa candidaților în anumite specializări/zona geografice; organizarea și desfășurarea concursurilor de angajare pe durate de timp îndelungate cauzate de legislația specifică în vigoare.

➤ În cadrul **unităților sanitare spitalicești din subordinea MS** în perioada analizată a fost încheiat un număr de 2.998 contracte cu personalul medical pensionat și reîncadrat, a fost încheiate un număr de 1.503 contracte de prestări servicii din care mai mult de jumătate cu medici, au fost ocupate prin detașare de la unități sanitare publice/private un număr de 1.949 posturi iar fără concurs au fost ocupate un număr de 2.985 posturi.

Referitor la contractele de prestări servicii încheiate de spitale cu medici, din eșantionul format din 6 spitale (contractele din anul 2019), s-a reținut că în două cazuri (IRO Iași și Spitalul SF. Pantelimon Focșani) valoarea sumelor plătite din Titlul II Bunuri și servicii pentru contractele de prestări servicii cu medici erau semnificative, respectiv IRO Iași are un număr de 47 colaboratori cu contracte în valoare de 1.500 mii lei, iar Spitalul Sf. Pantelimon Focșani are un număr de 35 medici colaboratori, cu contracte în valoare de 800 mii lei, la nivelul anului 2019. Având în vedere **grevarea semnificativă a execuției cheltuielilor pentru bunuri și servicii**, se impune o analiză din partea ordonatorului principal de credite și luarea de măsuri în consecință cu privire la anumite criterii/limite/o definire a situațiilor acceptate, pe care un spital din subordine să le respecte în angajarea unor astfel de cheltuieli cu bunuri și servicii.

➤ În cadrul **Spitalelor CF**, în perioada analizată, ocuparea posturilor vacante sau temporar vacante din statele de funcții aprobate s-a realizat preponderent prin concurs/examen, în condiții de transparență și echitate.

Îndeosebi în contextul stării de urgență și a stării de alertă instituită pentru prevenirea și combaterea efectelor pandemiei de COVID-19, unele posturi vacante au fost ocupate fără concurs (ex. Spitalului General Căi Ferate Sibiu, Spitalul Clinic Căi Ferate Craiova, Spitalul General Căi Ferate Pașcani, Spitalul Clinic Căi Ferate Oradea, Spitalul Clinic Căi Ferate Timișoara, Spitalul Clinic Căi Ferate Constanța).

Cu caracter excepțional, au existat și cazuri în care s-a apelat la contracte de prestări servicii, ca urmare a neocupării postului în cazul organizării concursurilor sau în cazul inexistenței unor compartimente în organigrama spitalului (ex. Spitalul Clinic Căi Ferate Cluj-Napoca, Spitalul Clinic Căi Ferate Craiova, Spitalul Clinic Căi Ferate Iași).

➤ Referitor la ocuparea posturilor vacante de către personalul sanitar în **spitalele MAI** în condiții de transparență și echitate/încheierea de contracte de prestări servicii sau ocuparea prin detașare/delegare/pensionari reîncadrați, principalele probleme/dificultăți întâmpinate au fost: scăderea numărului de angajați prin îndeplinirea condițiilor de pensionare și faptul că, ani de zile, posturile au fost blocate prin acte normative de nivel superior sau subsecvente.

➤ La nivelul celor **279 de unități sanitare spitalicești de subordonare locală**, modalitatea frecventă de ocupare a posturilor vacante sau temporar vacante de către personalul sanitar s-a realizat în condiții de transparență și echitate, prin organizarea de concursuri pentru posturi vacante sau temporar vacante, în condițiile legii.

Din analiza datelor privind modalitatea de ocupare a posturilor aferente personalului sanitar din cadrul unităților sanitare spitalicești de subordonare locală în perioada 2014 - 2021, au rezultat următoarele aspecte:

- Numărul posturilor ocupate a înregistrat un trend ascendent, de la 94.653 posturi ocupate în anul 2014 la 116.161 posturi ocupate în anul 2021, înregistrându-se o creștere de 22,7 % în anul 2021 raportat la 2014, ponderea semnificativă fiind la categoriile "Medici", "Asistenți medicali" și "Personal sanitar auxiliar".

Această creștere a fost datorată cerinței de dezvoltare a sistemului sanitar, precum și diferitelor acte normative ce au determinat creșteri salariale ale personalului sanitar, intrarea în vigoare a Legii-cadru nr.153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, iar ulterior, situației excepționale ce a reprezentat perioada pandemiei COVID 19 în care au fost emise și intrate în vigoare o serie de acte normative care au modificat condițiile de ocupare temporară a posturilor vacante, totodată, crescând nivelul salarizării personalului sanitar din cadrul unităților spitalicești.

- Tendința de creștere anuală s-a înregistrat și în privința numărului de posturi ocupate în baza contractelor individuale de muncă, pentru fiecare categorie de personal sanitar. Astfel, numărul de posturi pentru care personalul sanitar a fost încadrat cu contract individual de muncă a crescut cu 21,55%, respectiv de la 87.816 posturi în anul 2014 la 106.739 posturi în anul 2021.

- În toată perioada analizată, unitățile spitalicești au încheiat și contracte individuale de muncă cu timp parțial/pe perioada determinată.

- Numărul posturilor ocupate prin reîncadrarea personalului medical pensionat a înregistrat o creștere de la 327 posturi în anul 2014 la 454 posturi în anul 2021, în timp ce numărul contractelor de prestări servicii a înregistrat un trend descendent, respectiv de la 1.267 de contracte încheiate în anul 2014 la 1.114 contracte în anul 2021.

În perioada 2020 - 2021, datorită condițiilor speciale generate de pandemia Covid-19, la nivelul celor 279 de unități spitalicești au fost ocupate fără concurs un număr de cca. 6.624 posturi/an.

Chiar și în condițiile creșterii numărului de posturi aprobate și a numărului de posturi ocupate în baza contractelor individuale de muncă, în perioada analizată, unitățile spitalicești au întâmpinat dificultăți în ocuparea posturilor vacante.

În aceste condiții, soluțiile identificate la nivelul unităților spitalicești au constat în: reluarea procesului de angajare pentru posturile neocupate anterior conform legislației în vigoare; menținerea în activitate a medicilor peste vârsta de pensionare; acoperirea posturilor vacante prin transfer (delegare/detașare) de la alte unități sanitare publice și/sau private; încheierea de contracte de prestări servicii pentru asigurarea activităților medicale deficitare.



În general în perioada analizată, ocuparea posturilor vacante sau temporar vacante din statele de funcții aprobate s-a realizat preponderent prin concurs/examen, în condiții de transparență și echitate, existând și situații în care posturile vacante ale unităților sanitare nu au fost scoase la concurs în vederea ocupării acestora.

Îndeosebi în contextul stării de urgență și a stării de alertă instituită pentru prevenirea și combaterea efectelor pandemiei de COVID-19, unele posturi vacante au fost ocupate fără concurs.

Nu există un plan de recrutare a personalului de specialitate în vederea asigurării serviciilor necesare pacienților, organizarea concursurilor presupune o perioadă mare de timp, iar lipsa candidaților în anumite specializări/zona geografice constituie o provocare pentru entități.

În unele spitale se efectuează importante cheltuieli pentru contracte de prestări servicii încheiate cu medici.

### III.4.3. Evaluarea gradului de asigurare a resurselor financiare pentru plata drepturilor salariale a personalului sanitar de la nivelul unităților sanitare spitalicești, inclusiv a stimulentele financiare

Având în vedere modul de asigurare a resurselor financiare pentru plata drepturilor salariale, ca urmare a procesului de recrutarea, selecție, integrare, instruire, recompensare și motivare a personalului medical este necesară alegerea beneficiilor celor mai potrivite pentru îndeplinirea acestui obiectiv. Ca urmare a abordării acestui obiectiv în cadrul acțiunii de documentare și a auditului de performanță, au fost reținute următoarele aspecte:

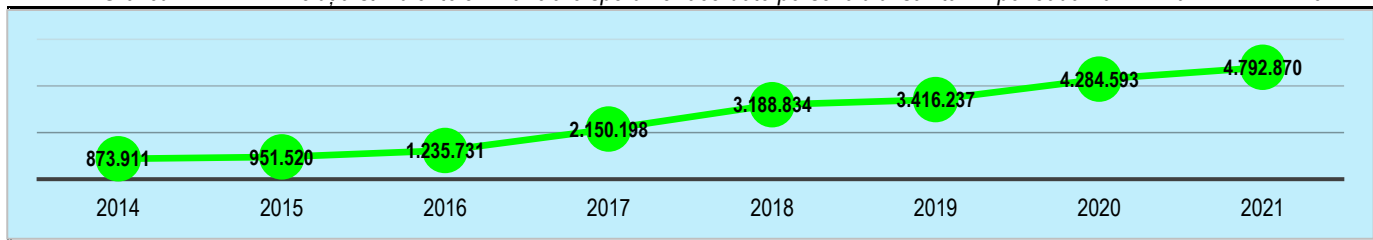
#### A. Aspecte legate de sporurile/stimulentele acordate în perioada 2014-2021

În perioada 2014-30.03.2018 cadrul legal pentru stabilirea drepturilor salariale ale personalului plătit din fonduri publice a fost asigurat prin Legea nr. 284/2010 *privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice* și prin Ordinul nr. 547/2010 *pentru aprobarea Regulamentului privind acordarea sporurilor la salariile de baza, în conformitate cu prevederile notei din anexa nr. II/2 la Legea-cadru nr. 330/2009 privind salarizarea unitară a personalului plătit din fonduri publice*, cu aplicabilitate până la data de 30.03.2018.

Începând cu data de 01 iulie 2017 a intrat în vigoare Legea nr. 153/2017 *privind salarizarea plătit din fonduri publice*, prin care au fost stabilit un nou sistem de salarizare.

Prin HG nr. 153/29.03.2018 s-a aprobat Regulamentul-Cadru privind stabilirea locurilor de muncă, a categoriilor de personal, a mărimii concrete a sporului pentru condiții de muncă prevăzut în anexa nr. II la Legea-cadru nr. 153/2017 privind salarizarea personalului plătit din fonduri publice, precum și a condițiilor de acordare a acestuia, pentru familia ocupațională de funcții bugetare *Sănătate și asistență socială*.

Situația stimulentele financiare/sporurilor acordate personalului sanitar în perioada 2014 – 2021, pe categorii de personal (potrivit datelor furnizate de reprezentanții spitalelor publice pe platforma centralizator.ms.ro, centralizată la nivel național), se prezintă grafic astfel:



Sursa: centralizator.ms.ro

Din analiza datelor de mai sus, se observă că în perioada 2014-2021, valoarea stimulentei financiare/sporurilor acordate personalului sanitar a avut o evoluție crescătoare, respectiv a crescut de la 873.911 mii lei în anul 2014 la 4.792.870 mii lei în anul 2021, reprezentând o **creștere de 5,5 ori**.

Totodată, se poate observa ca valoarea totală a stimulentei financiare/sporurilor acordate personalului sanitar în perioada 2014 – 2021 a fost 20.893.894 mii lei, acestea fiind asigurate în procent de 66% din venituri proprii, în procent de 18% din sume primite de la bugetul de stat, în procent de 2% din sume primite de la bugetele locale, iar restul de 14% din fonduri externe nerambursabile și din alte surse.

Potrivit art. 193 alin. 6<sup>1</sup> din Legea nr. 95/2006 *privind reforma în domeniul sănătății*, Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie pot acorda personalului medical și de specialitate stimulente financiare lunare, în limita a două salarii minime brute pe țară a căror finanțare este asigurată din veniturile proprii ale acestora, în limita bugetului aprobat.

Potrivit datelor înscrise de unitățile sanitare pe platforma [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro), au fost acordate stimulente financiare personalului sanitar pentru performanțe profesionale în perioada 2014-2021 în valoare totală de 48.471 mii lei, din care un procent de 82% a fost achitat din venituri proprii, un procent de 15% din sume primite de la bugetele locale, iar restul de 3% de la bugetul de stat și din alte surse.

### B. Aspecte legate de sporurile/stimulentele salariale acordate în perioada 2020-2021 personalului sanitar, în condițiile pandemiei SARSCov-2

Perioada martie 2020-2021 a fost marcată de contextul pandemiei SarsCov-2, perioadă în care au fost adoptate o serie de acte normative<sup>10</sup> cu privire la sporurile/stimulentele care s-au acordat personalului medical.

Astfel, în condițiile pandemiei SARSCov-2, în perioada 2020-2021, potrivit datelor furnizate de reprezentanții unităților sanitare spitalicești publice, au fost acordate sporuri/stimulente salariale personalului sanitar după cum urmează:

Tabelul nr. 9 – Situația sporurilor/stimulentei salariale acordate personalului sanitar în condițiile pandemiei SARSCov-2

AN	Plăți efectuate ( mii lei)	Informații sursă de finanțare (valoare – mii lei)			
		Buget de stat	Buget local	Venituri proprii	Alte surse
2020	921.804	216.680	25.574	463.034	216.516
2021	1.651.172	390.343	68.678	853.860	338.291
<b>TOTAL</b>	<b>2.572.976</b>	<b>607.023</b>	<b>94.252</b>	<b>1.316.894</b>	<b>554.807</b>

Sursa: centralizator.ms.ro

În perioada 2020-2021 au fost acordate **sporuri/stimulente salariale în condițiile pandemiei SARSCov-2** în valoare totală de **2.572.976 mii lei** achitate în proporție de 51% din venituri proprii, restul fiind sume de la bugetul de stat (24%), bugetele locale (4%) și din alte surse (21%).

Referitor la categoriile de personal care au primit aceste sporuri/stimulentele acordate în condițiile pandemiei, proporția beneficiarilor se prezintă astfel: 49% au fost sume acordate asistenților medicali, 30% au fost sume acordate medicilor, 18% au fost sume acordate personalului sanitar auxiliar, iar restul de 3 % altui tip de personal (ex: personal sanitar superior, ș.a.).

<sup>10</sup> OUG 43/2020; HG 153/2018; HG 1035/2020; Legea 56/2020; OMS.1070/2020; OUG 147/2020; Legea 19/2020; OUG 110/2021, ș.a.





Valoarea stimulentele/sporurilor acordate personalului sanitar a avut o evoluție crescătoare în perioada analizată, respectiv a avut o creștere de 5,5 ori în anul 2021 față de anul 2014.

Personalul sanitar implicat direct în transportul, echiparea, evaluarea, diagnosticarea și tratamentul pacienților diagnosticați cu COVID-19 a beneficiat sporuri/stimulente în cuantum de 2.572.976 mii lei.

O parte dintre unități sanitare spitalicești au acordat stimulente pentru performanțe profesionale în baza Legii 95/2006, în cuantum de 48.471 mii lei.

Potrivit modificărilor legislative în domeniul salarizării din perioada 2014-2021, personalul sanitar a beneficiat de o majorare considerabilă a drepturilor salariale, ceea ce a influențat creșterea cheltuielilor de personal în bugetul unităților medicale.

#### **III.4.4.Evaluarea modului de asigurare a unor metode de stimulare a personalului medical necesar din unitățile sanitare spitalicești situate în zonele defavorizate**

O importantă deosebită în performanța resurselor umane o constituie stimularea/motivarea personalului medical. În contextul actual, motivarea personalului se realizează prin: salarii, condiții de lucru bune, promovare profesională, facilități oferite de unitățile sanitare spitalicești care propun confortul necesar, precum și recunoașterea valorii muncii prestate. În acest sens, existența unor politici de sănătate coerente, conduc la condițiile de lucru favorabile, dotarea cu aparatură și echipamente medicale la standarde europene, promovarea profesională, precum și stimularea personalului. Față de acest obiectiv au fost reținute următoarele aspecte:

Zonele defavorizate, definite prin OUG nr.24/1998 privind regimul zonelor defavorizate, republicată, reprezintă arii geografice strict delimitate teritorial, care îndeplinesc cel puțin una dintre următoarele condiții: ponderea șomerilor în totalul resurselor de muncă ale zonei să fie de cel puțin trei ori mai mare decât ponderea șomerilor în totalul resurselor de muncă la nivel național, în ultimele 3 luni care preced luna întocmirii documentației de declarare a zonei defavorizate; sunt zone izolate lipsite de mijloace de comunicație, iar infrastructura este slab dezvoltată.

De asemenea, ponderea șomerilor în totalul resurselor de muncă este indicator statistic, calculat lunar, exprimat în procente și determinat prin raportarea numărului șomerilor înregistrați la totalul populației cu vârsta cuprinsă între 18 și 62 de ani. Ponderea șomerilor în totalul resurselor de muncă la nivelul zonei și la nivel național se stabilește de Comisia Națională pentru Statistică, pe baza datelor privind numărul șomerilor, furnizate de Agenția Națională pentru Ocupare și Formare Profesională. Totodată, la propunerea consiliilor locale sau, după caz, județene, consiliile pentru dezvoltare regională, în baza documentației prezentate de agențiile pentru dezvoltare regională, vor aviza înființarea, în cadrul regiunilor, a unor zone defavorizate. Documentația aferentă, însoțită de avizul favorabil, este înaintată Agenției Naționale pentru Dezvoltare Regională. Declararea și delimitarea zonelor defavorizate se fac prin hotărâre a Guvernului, la propunerea Consiliului Național pentru Dezvoltare Regională. Prin hotărârea Guvernului de declarare a zonei defavorizate se aprobă: perioada pentru care o arie geografică este declarată zona defavorizată; domeniile de interes pentru realizarea de investiții; finanțările necesare și facilitățile prevăzute de lege ce se acordă agenților economici care efectuează investiții. O arie geografică poate fi declarată zonă defavorizată pentru o perioadă de cel puțin 3 ani, dar nu mai mult de 10 ani.

La nivelul MS există o bază de date a zonelor defavorizate cu informații referitoare la cabinetele medicale, medicii de familie, asistenții comunitari, mediatorii sanitari, dar care nu conține date despre unitățile spitalicești.

Cu privire la numărul persoanelor care ocupă posturi ce îndeplinesc criteriile de acordare a sporului de până la 20% din salariul de bază pentru personalul care lucrează în unități sanitare aflate în localități izolate, situate la altitudine, care au căi de acces dificile sau unde atragerea personalului se face cu greutate, acordat în baza prevederilor Legii-cadru nr. 153/2017, la nivelul MS nu sunt informații disponibile. Nu a fost emis act administrativ referitor la stabilirea localităților în care funcționează unități sanitare aflate în localități izolate, situate la altitudine, care au căi de acces dificile sau unde atragerea personalului se face cu greutate.

În Legea 95/2006 și în actele subsecvente **nu se definesc clar care sunt criteriile pentru ca o zonă să fie defavorizată din punct de vedere al sănătății populației**, fiind utilizată sintagma generală de zonă defavorizată, fără a fi aduse precizări suplimentare. De asemenea, se face referire la localizarea fizică a spitalului și nu la zona deservită.

Unitățile sanitare spitalicești de subordonare locală nu sunt situate în zone defavorizate și în consecință nu au fost aplicate metode de stimulare a personalului medical în perioada 2014 – 2021. Acestea deservește însă localități situate în zone izolate, lipsite de mijloace de comunicație, cu infrastructură slab dezvoltată. Cu toate acestea, la nivelul unor unități sanitare spitalicești și autorități locale **au fost identificate metode de atragere a personalului medical** (spre exemplificare, la nivelul Primăriei orașului Țândărei, precum și a Spitalului Orășenesc Țândărei, județul Ialomița există o politică de atragere a medicilor

specialiști prin închirierea a locuințelor de serviciu pentru medici care nu au domiciliul în localitate dar care lucrează în cadrul Spitalului Orășenesc Țândărei).



Problematika personalului medical necesar din unitățile sanitare spitalicești situate în zonele defavorizate nu este reglementată îndeajuns, pe de o parte, iar pe de altă parte MS nu cunoaște tipurile de locuri de muncă din zonele defavorizate din sistem, care ar putea beneficia de sporurile pentru zone defavorizate și nici numărul acestora, ori identificarea și deținerea acestor informații este o condiție absolut necesară în luarea deciziilor incidente.



### III.5. Managementul dezvoltării infrastructurii unităților sanitare spitalicești

În general, managementul dezvoltării infrastructurii unităților sanitare spitalicești, la nivel național, constă într-o infrastructură administrativă care pentru dezvoltarea serviciilor de sănătate necesită implementarea unor politici adecvate. În acest context, volumul redus al resursele financiare alocate pentru acoperirea costului în creștere al serviciilor de sănătate necesită implicarea Ministerului Sănătății, cât și a altor ministere cu unități sanitare în rețeaua proprie, precum și a Autorității administrației publice locale, în vederea identificării nevoilor serviciilor de sănătate ale populației. Ca urmare a acțiunilor de documentare și a auditului de performanță, au fost reținute următoarele aspecte:

#### III.5.1. Evaluarea gradului de asigurare a sistemelor informatice în vederea îmbunătățirii și dezvoltării activității la nivelul unităților sanitare spitalicești

Din analiza efectuată, conform datelor raportate de către reprezentanții unităților sanitare, cele 368 de spitale publice au deținut un număr de aproximativ 3.200 aplicații informatice în valoare de peste 130.000 mii lei, pentru care valoarea totală a serviciilor de mentenanță în perioada 2014 – 2021 a fost de aproximativ 270.000 mii lei.

Referitor la calitatea de proprietari ai codurilor sursă a sistemelor informatice, pentru 88% din totalul aplicațiilor utilizatorii au declarat că nu le dețin.

Alte mențiuni din analizarea informațiilor:

- ♦ unele spitale dețin **aplicații informatice dobândite anterior anului 2014**, cu mult peste durata de recuperare a cheltuielilor prin amortizare, fiind depășite inclusiv moral, având în vedere evoluția tehnologiei;
- ♦ există cazuri de **închirieri de softuri**, variantă de lucru care prezintă anumite riscuri legate de securitatea datelor/arhivelor/evidențelor (exemplu: Spitalul Municipal Mangalia);
- ♦ s-a raportat și utilizarea unor **softuri/aplicații de concepție proprie** (exemplu: Spitalul Clinic "Avram Iancu", Spitalul General Căi Ferate Galați, Spitalul Clinic de Urgență "Dr. Agripa Ionescu");

S-a constatat că spitalele au utilizat diverse aplicații informatice ca suport pentru buna desfășurare a activităților administrative și financiar contabile, respectiv: evidență financiar contabilă, salarizare - Power Hospital, Hipocrate, ITPC, Salary Manager, Rusal; gestiune și stocuri cu următoarele module: gestiune, obiecte de inventar, mijloace fixe, contracte-comenzi și contabilitate-Buget Manager; raportări și diverse situații-Statistică; aplicații de gestionare a poștei electronice (e-mail); aplicație care oferă posibilitatea pacienților de a completa sub anonim chestionarele privind gradul lor de satisfacție -INFOTAINMENT.

**Telemedicina** reprezintă modalitatea prin care sunt transmise informațiile medicale între cadre medicale și pacienți sau între două sau mai multe cadre medicale (în interesul pacientului), cu ajutorul mijloacelor de comunicare electronică disponibile la momentul actual și cu scopul îmbunătățirii calității actului medical.

Figura nr. 4 – Unități sanitare de subordonare locală care au implementat programe de Telemedicină

Unități sanitare de subordonare locală care au implementat programe de Telemedicină		
Județul	Unitatea sanitară	Detalii
Bacău	Spitalul Municipal Onești	În contextul pandemic, pentru a veni în sprijinul bolnavilor care nu aveau patologii Covid 19, la nivelul spitalului s-a implementat programul de telemedicină pentru sistemul ambulatoriu. Nu există încă un sistem de programări online implementat la nivelul spitalului, însă a fost conceput un proiect privind implementarea acestui sistem
Municipiul București	Spitalul Filantropia	În ceea ce privește serviciile de telemedicină, în contextul pandemiei de COVID-19, la nivelul municipiului București, Administrația Spitalelor și Serviciilor Medicale București a lansat pe 17 martie 2020 un proiect de consultații medicale inovator – platforma online pacient.assmb.ro, care a funcționat până la data de 18 iunie 2021.
	Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” Spitalul Clinic „Prof. Dr. Th. Burghele”	Dacă la Spitalul Clinic „Prof. Dr. Th. Burghele” în platformă s-au înscris 15 medici, la Spitalul Filantropia niciun medic nu a fost înscris în platformă iar la Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” s-a înscris un singur medic în specialitatea Obstetrică Ginecologie.
Cluj	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj Napoca	Spitalul oferă servicii de triaj telefonic prin intermediul serviciului de callcenter - ALOPEDI 036491 - este serviciu de telemedicină care acordă sfat medical telefonic. ALOPEDI este asigurat de o linie de gardă cu finanțare de la Ministerul Sănătății, deservită de medici cu contract de gărzi cu spitalul.
Tulcea	Spitalul Județean de Urgență Tulcea	Prin „Program Operațional Comun România – Ucraina 2014-2020 (cooperare transfrontalieră) - Infrastructura transfrontalieră de sănătate (Reabilitare și modernizare stație centrală de sterilizare și sala de operație ortopedie - Spitalul Județean de Urgență Tulcea), s-a implementat sistemul informatic telemedicină. Sistemul de telemedicină servește la preluarea, organizarea, și controlul semnalelor video transmise de către diferitele echipamente medicale din interiorul sau exteriorul sălilor de operație (exemplu: endoscop, c-arm, cameră video din lampa de operație sau microscop).



Unitățile sanitare spitalicești dețin mai multe aplicații informatice pentru realizarea necesităților de conducere a evidenței contabile, a evidenței pacienților, etc. precum și a necesităților de raportare a informațiilor către diverse instituții.

Sistemele informatice utilizate în prezent, precum și contractele de servicii încheiate, privind activitatea informatică la nivelul spitalului, pot fi îmbunătățite și dezvoltate astfel încât managementul să se asigure de o maximizare a resurselor folosite prin creșterea calității serviciilor prestate atât pe plan intern în cadrul activităților desfășurate, dar și extern,

în relația cu pacienții.

Inexistența unui sistem informatic integrat la nivelul tuturor structurilor, poate conduce la apariția redundanței datelor obținute pe diferite canale, la probleme privind acuratețea informațiilor furnizate, precum și a costurilor suplimentare, aferente resursei umane implicate în procesul de culegere, transfer și procesare a datelor.

### III.5.2. Modul de asigurare de către unitățile sanitare spitalicești a investigațiilor imagistice (RMN, CT)

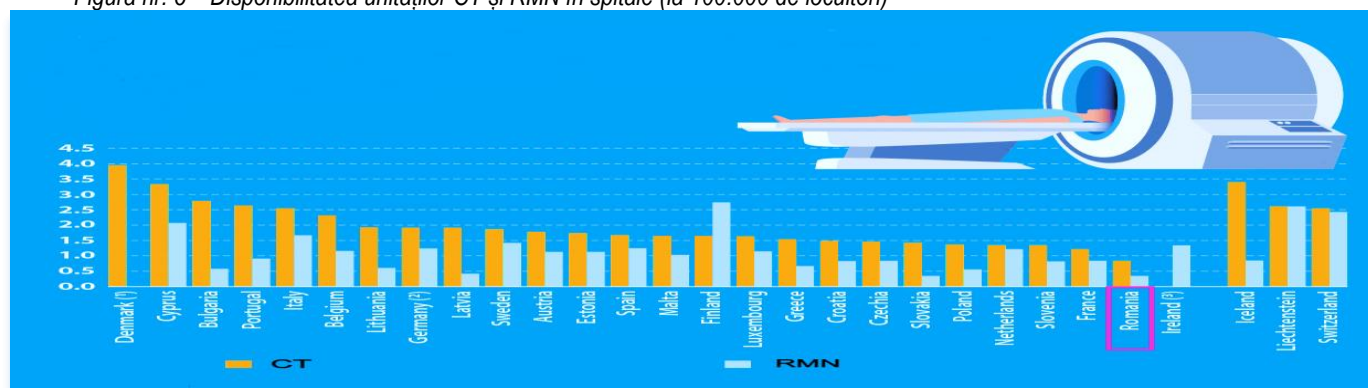
La nivel național, managementul infrastructurii unităților sanitare spitalicești, constă în identificarea nevoilor privind îmbunătățirea stării de sănătate a populației, ceea ce implică organizarea personalului și a unităților sanitare spitalicești în vederea furnizării tuturor serviciilor de sănătate necesare pentru promovarea sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor. Pentru furnizarea serviciilor de sănătate la standarde europene, managementul unității solicită și asigură fonduri pentru aparatură și echipamente medicale, în condițiile în care în unitatea sanitară există personal medical de specialitate, sau propunerea pregătirii profesionale în acest sens. Ca urmare a acțiunilor de documentare și a auditului performanței au fost reținute următoarele aspecte:

Aparatura utilizată pentru examinările de tip CT (tomografia computerizată) sau RMN (rezonanță magnetică nucleară) are o importanță semnificativă în depistarea timpurie a unor afecțiuni. Imagistica medicală este o componentă esențială pentru diagnosticarea corectă și tratarea eficientă a afecțiunilor medicale, ajutând medicul specialist să depisteze modificări ce nu pot fi văzute cu ochiul liber, în cadrul unui control de rutină. O rată scăzută de utilizare a tehnologiilor imagistice se reflectă în mod negativ asupra sănătății populației, prin diagnosticarea târzie a afecțiunilor grave (de exemplu, cancerul), o speranță de viață mai redusă și costuri ridicate pentru tratamente.

**În context internațional, potrivit raportului realizat de biroul de statistică al UE<sup>11</sup>, Eurostat, cu date valabile pentru 2018, România se situează pe ultimul loc în rândul statelor membre ale Uniunii Europene după numărul de aparate computer tomograf (CT) și de imagistică prin rezonanță magnetică (RMN) raportate la populație.**

<sup>11</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200724-1?etrans=ro>

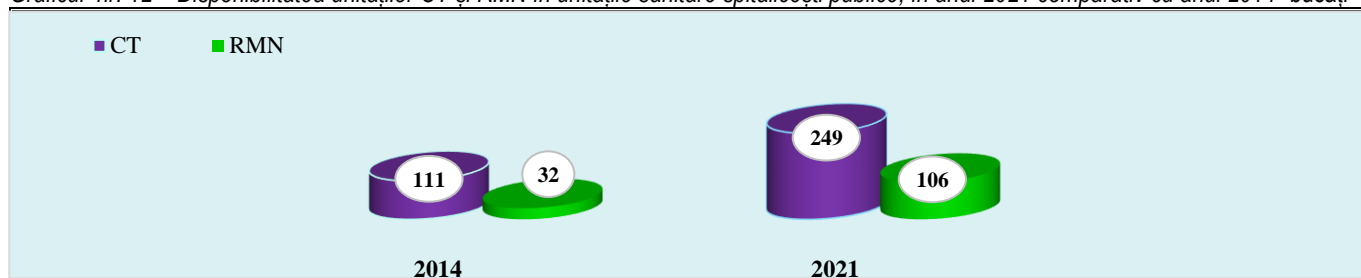
Figura nr. 5 – Disponibilitatea unităților CT și RMN în spitale (la 100.000 de locuitori)



Sursa: Eurostat (online datacode: hlth\_rs equip)

Referitor la modul în care a fost asigurată efectuarea investigațiilor imagistice (RMN,CT) în perioada 2014 -2021, la nivelul celor 368 de spitale publice, potrivit informațiilor furnizate de către reprezentanții acestora, situația a fost următoarea:

Graficul nr. 12 – Disponibilitatea unităților CT și RMN în unitățile sanitare spitalicești publice, în anul 2021 comparativ cu anul 2014 -bucăți-



Sursa: Eurostat

Mai puțin de jumătate dintre spitalele publice au raportat că în perioada analizată au deținut echipamente de imagistică medicală (CT și/sau RMN).

Astfel, față de anul 2014, a crescut atât numărul unităților sanitare spitalicești care dețin echipamente de tip CT și/sau RMN (de la 25% la 46%) cât și numărul acestor dotări: **numărul de CT-uri a crescut de aproximativ 2,2 ori** față de anul de referință 2014, iar **numărul de RMN-uri a crescut de aproximativ 3,3 ori** față de anul de referință 2014.

Potrivit *Catalogului privind clasificarea și duratele normale de funcționare a mijloacelor fixe*, aprobat prin HG nr.2139/2004 cu modificările și completările ulterioare, durata normală de funcționare a aparatelor medicale pentru diagnostic este de 4-8 ani.

Din numărul total de aparate CT și RMN deținute de **spitalele din rețeaua MS** la finalul anului 2021, **26 % dintre aparatele CT și 17% dintre aparatele RMN au depășit durata normală de funcționare.**

Referitor la numărul total de investigații CT și RMN efectuate în anul 2014, comparativ cu anul 2021, la nivel național, potrivit informațiilor furnizate de **reprezentanții celor 368 de unități sanitare publice**, situația centralizată se prezintă astfel:

Tabelul nr. 10 – Numărul total al investigațiilor CT și RMN, din care efectuate cu echipamente proprii, la nivel național, în anul 2021 comparativ cu anul 2014

Anul 2014		Număr investigații RMN		Anul 2021		Număr investigații RMN	
Număr investigații CT				Număr investigații CT			
Total, din care:	Cu echipamente proprii	Total, din care:	Cu echipamente proprii	Total, din care:	Cu echipamente proprii	Total, din care:	Cu echipamente proprii
<b>545.329</b>	440.160	<b>67.160</b>	43.136	<b>1.272.864</b>	1.183.409	<b>139.797</b>	122.520

Sursa: date prelucrate de INS

Din tabelul de mai sus se poate observa faptul că numărul total al investigațiilor CT și RMN a crescut în anul 2021 față de anul 2014 cu 133 % în cazul investigațiilor CT, respectiv cu 108 % în cazul investigațiilor RMN.

Creșterea numărului de investigații a fost influențată de creșterea numărului de echipamente deținute de unitățile sanitare. Totodată, procentul investigațiilor imagistice CT și RMN efectuate cu echipamente proprii a crescut de la aproximativ 79% din numărul total de investigații din anul 2014 la 92% în anul 2021.

Valoarea serviciilor de mentenanță pentru echipamentele CT și RMN a crescut de aproximativ 3 ori în anul 2021 față de anul 2014, de la aproximativ 8.800 mii lei la 24.400 mii lei.

Având în vedere creșterea valorii serviciilor de mentenanță, în acest sens se impune implementarea unui Program Național privind serviciile de mentenanță pentru echipamente medicale CT și RMN.

Din analiza efectuată, se reține că dotarea cu echipamente privind efectuarea investigațiilor imagistice de înaltă acuratețe este încă departe de standardele din țările europene avansate, insuficient echilibrată și calibrată în funcție de nevoile specifice fiecărui spital.

➤ Cea mai mare parte a **spitalelor CF** nu au deținut în perioada 2014-2021 echipamente medicale pentru efectuarea investigațiilor imagistice RMN/CT. Pentru realizarea unor astfel de investigații spitalele au fost nevoite să încheie contractate de prestări servicii cu furnizori externi.

Chiar și la spitalele care au deținut astfel de echipamente, au fost întâmpinate dificultăți în utilizarea acestora generate de deficitul de personal medical de specialitate pe radiologie și imagistică medicală (Spitalul Clinic Căi Ferate Constanța, Spitalul General Căi Ferate Simeria).

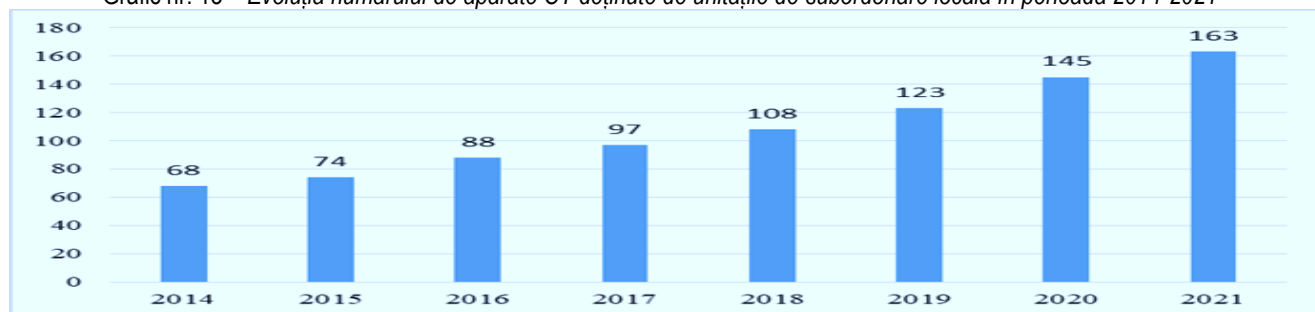
➤ **Spitalul de Urgență "Prof. Dr. D. Gerota"** deține la momentul verificărilor un computer tomograf (CT) și un aparat RMN, însă Spitalul Clinic "Avram Iancu" Oradea nu deține astfel de aparatură, investigațiile necesare realizându-se în totalitate în baza unor contracte de prestări servicii.

➤ Entitățile aparținând **MAPN** au semnalat în ceea ce privește modul de dotare cu echipamente și aparatură medicală specifică pentru unitățile sanitare spitalicești și modul de efectuare a principalelor investigații imagistice (RMN, CT) în perioada 2014 – 2021, **deficiențe generate** de lipsa predictibilității sumelor contractate pentru investigații imagistice, în general foarte mici în comparație cu solicitările pacienților, de deficitul de personal de specialitate raportat la volumul solicitărilor, de lipsa unei baze de date sau/și a spațiilor funcționale de amplasare a aparatelor RMN, de costurile foarte mari de autorizare și întreținere a aparaturii de imagistică (mentenanță la prețuri nejustificat de mari), de statutul de unic importator de piese de schimb deținut de unii furnizori, de imposibilitatea identificării unui sistem concurențial de mentenanță dar și de lipsa de coordonare a unităților sanitare, care este semnalată ca și problemă la nivelul sistemului spitalicesc din România.

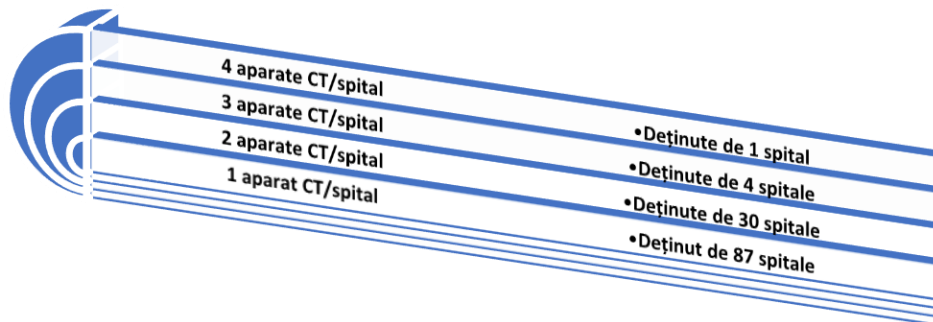
Doar una din cele 11 entități nu a deținut în perioada auditată niciun computer tomograf (CT) și niciun aparat RMN. Șase dintre unitățile sanitare spitalicești au realizat investigații exclusiv cu aparatură proprie în timp ce celelalte cinci entități au realizat aceste investigații atât cu aparatură proprie cât și în baza unor contracte de prestări servicii.

➤ În perioada 2014 – 2021, numărul echipamentelor medicale de tip computer tomograf – CT, a cunoscut o creștere constantă, an de an, de la 68 aparate deținute de **cele 279 unități sanitare de subordonare locală** în anul 2014, la 163 aparate CT deținute de acestea în anul 2021.

Grafic nr. 13 – Evoluția numărului de aparate CT deținute de unitățile de subordonare locală în perioada 2014-2021



În anul 2021, cele 163 aparate CT sunt deținute de un număr de 122 spitale din care:



Majoritatea spitalelor (87 spitale) dețin câte un aparat CT, în timp ce numai 4 spitale (*Spitalul Județean de Urgență Alba, județul Alba, Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea, județul Bihor, Spitalul Județean de Urgență Fogolyan Kristof Sfântu Gheorghe, județul Covasna și Spitalul Județean de Urgență Dr. Constantin Opris Baia Mare, județul Maramureș*) dețin câte 3 aparate CT iar un spital deține 4 aparate CT (*Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara, județul Timiș*). Documentarea realizată a scos în evidență și faptul că există județe în care un singur spital deține aparate CT (județele Călărași și Teleorman – 1 aparat CT, județele Dâmbovița, Giurgiu, Ialomița – 2 aparate CT). Județele Tulcea și Vrancea sunt singurele județe în care toate unitățile sanitare spitalicești de subordonare locală (2 spitale) dețin aparate CT (1 aparat/spital).

În privința spitalelor de urgență de subordonare locală, s-a constatat că au existat și situații în care acestea și-au desfășurat activitatea **fără să dețină** în patrimoniu aparat Computer Tomograf (CT), astfel:

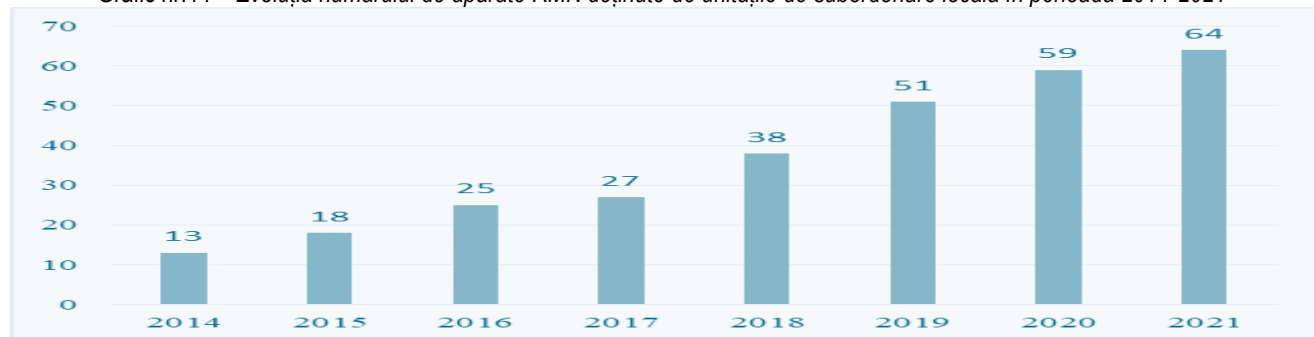
Județul	Unitatea sanitară	Detalii
Brașov	Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Brașov	Nu a deținut CT până în luna decembrie 2021 când a achiziționat un aparat computer tomograf (CT) pentru care la data acțiunii de documentare erau în derulare procedurile de autorizare.
Gorj	Spitalul de Urgență Târgu Cărbunești	În perioada 2014 – 2021 nu a deținut aparat CT. Începând cu anul 2022, prin proiectul "Consolidarea capacității de gestionare a crizei sanitare COVID-19 prin achiziționarea de echipamente și dotări specifice", acesta a fost dotat cu aparat Computer Tomograf.
Teleorman	Spitalul Județean de Urgență Alexandria	Până în anul 2020 și-a desfășurat activitatea fără a deține aparat CT.

Cu privire la cele 19 unități sanitare spitalicești de subordonare locală din municipiul București, s-a constatat că în anul 2021, 6 spitale dețineau câte un aparat CT iar un spital deținea 2 aparate CT. Prin urmare, 12 spitale (63,20% din totalul spitalelor de subordonare locală din municipiul București) nu dețineau în anul 2021 un aparat CT.

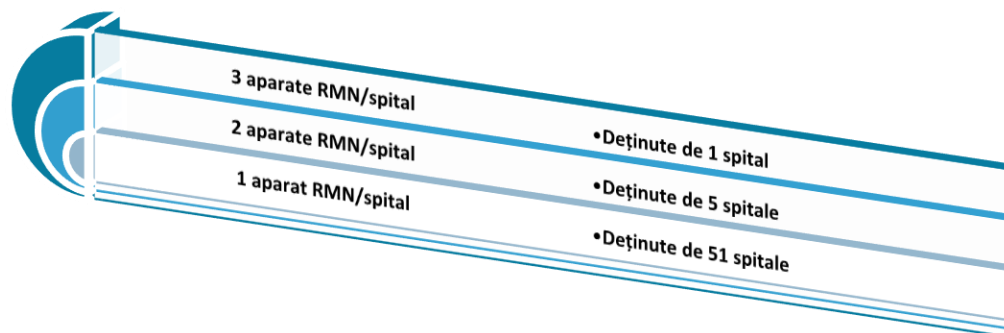
Relevant este și faptul că **în anul 2021, 157 spitale de subordonare locală (59,27 % din total) nu dețineau aparate CT.**

La nivelul spitalelor din subordinea autorităților locale, în perioada 2014 – 2021, numărul echipamentelor medicale cu rezonanță magnetică nucleară – RMN, a cunoscut un trend ascendent, de la 13 aparate RMN în anul 2014 la 64 aparate RMN în anul 2021.

Grafic nr.14 – Evoluția numărului de aparate RMN deținute de unitățile de subordonare locală în perioada 2014-2021



În anul 2021, cele 64 aparate RMN au fost deținute de un număr de 57 spitale din care:



Se observă astfel că majoritatea spitalelor (51 spitale) dețin câte un aparat RMN, în timp ce numai 1 spital (*Spitalul Județean de Urgență Brăila, județul Brăila*) deține 3 aparate RMN și 5 spitale (*Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea, județul Bihor, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Sf. Ioan Galați, județul Galați, Spitalul Județean de Urgență Miercurea Ciuc, județul Harghita, Spitalul Clinic de Urgență Prof. Dr. Nicolae Oblu, județul Iași, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu, județul Sibiu*) dețin câte 2 aparate RMN/spital.

În privința spitalelor de urgență de subordonare locală, s-a constatat că au existat și situații în care acestea și-au desfășurat activitatea fără să dețină în patrimoniu aparat RMN, astfel:

Județul	Unitatea sanitară	Detalii
<b>Caraș – Severin</b>	Spitalul Județean de Urgență Reșița	În perioada 2014 – 2021 nu a deținut aparat RMN.
<b>Hunedoara</b>	Spitalul de Urgență Petroșani	În perioada 2014 – 2021 nu a deținut aparat RMN.
<b>Teleorman</b>	Spitalul Județean de Urgență Alexandria	Până în anul 2020 și-a desfășurat activitatea fără a deține aparat RMN.

Cu privire la cele 19 unități sanitare spitalicești de subordonare locală din municipiul București, s-a constatat că în anul 2021, un singur spital deținea un aparat RMN iar celelalte 18 spitale (94,73%) nu dețin acest tip de echipament medical.

Relevant este și faptul că **în anul 2021, 222 spitale de subordonare locală (79,56 % din total) nu dețineau aparate RMN.**



Aproximativ 46% din totalul spitalelor publice au raportat că dețin echipamente de imagistică medicală (CT și/sau RMN);

Față de anul 2014, în anul 2021 a crescut atât numărul unităților sanitare care dețin echipamente de tip CT și/sau RMN cât și numărul acestor dotări: numărul de CT-uri a crescut de aproximativ 2,2 ori, iar numărul de RMN-uri a crescut de aproximativ 3,3 ori;

Din numărul total de aparate CT și RMN deținute de spitalele din rețeaua MS la finalul anului 2021, 26 % dintre aparatele CT și 17% dintre aparatele RMN au depășit durata

normală de funcționare;

În unele cazuri, s-au plătit servicii de imagistică în detrimentul achizițiilor de aparate.

Deși există o aplicație [www.infrastructura-sanatate.ms.ro](http://www.infrastructura-sanatate.ms.ro), aceasta nu prezintă o imagine reală a dotărilor existente la nivelul unităților sanitare și nu este utilizată, de exemplu prin generarea de rapoarte pentru identificarea vechimii și a deficitului de echipamente în scopul prioritizării unor investiții;

Creșterea numărului de echipamente CT și RMN a influențat numărul investigațiilor efectuate cu echipamente proprii și valoarea serviciilor de mentenanță, în sensul creșterii acestora.

Dotarea cu echipamente privind efectuarea investigațiilor imagistice de înaltă acuratețe este încă departe de standardele din țările europene avansate, insuficient echilibrată și calibrată în funcție de nevoile specifice fiecărui spital.

### III.5.3. Analizarea investițiilor finalizate, în curs de derulare (incepute și neterminate) și a dotărilor din perioada 2014 – 2021

Pentru domeniul sănătății, strategia fiscal-bugetară pe termen mediu elaborată în perioada 2014 -2021 a avut ca obiectiv general *un sistem de sănătate care sprijină și oferă posibilitatea cetățenilor să atingă o stare cât mai bună de sănătate și care contribuie la creșterea calității vieții acestora.*

Infrastructura spitalicească este o componentă esențială a unui sistem de sănătate eficient. În cazul în care aceasta este neadecvată, atrage după sine riscuri semnificative și reduce capacitatea de operare a sistemului public de sănătate.

#### A. Referitor la infrastructura unităților sanitare spitalicești:

Din informațiile furnizate de către reprezentanții spitalelor publice cu privire la lucrările de modernizare/consolidare/reparații capitale finanțate din fonduri publice, s-a reținut faptul că în perioada 2014 – 2021, valoarea contractată pentru obiectivele de investiții a fost de 6.208.936 mii lei, plățile efectuate fiind în valoare de 3.096.324 mii lei.

Lucrările de modernizare/consolidare/reparații capitale efectuate la nivelul unităților sanitare spitalicești publice au fost finanțate în general din fonduri provenite de la bugetele locale (în procent de 47%) și de la bugetul de stat (în procent de 30%).

**Referitor la proiectele majore de dezvoltare a infrastructurii unităților sanitare publice, pentru perioada 2014 - 2021 s-au reținut următoarele:**

- Obiectivele de investiții noi și în continuare se prezintă conform următorului tabel:

Tabelul nr. 11 - Obiective de investiții noi și în continuare, perioada 2014 - 2021

Nr. crt	Denumire obiectiv	Document de aprobare	Valoarea inițială (mii lei)	Valoarea finală (mii lei)	Stadiu (finalizat/în curs)
1.	Refuncționalizare imobil Spital Clinic de Urgență cu 300 paturi Iași, în curs de execuție pentru amenajarea Institutului Regional de Oncologie 300 paturi Iași, prin D.S.P Iași	H.G. nr.973/05.10.2011	343.726	178.149	Finalizat
2.	Extindere Institut Oncologic "Prof.Dr.Ion Chiricuta" Cluj-Napoca	Decizia nr. 3966/11.05.2012	2.487	3.217	Finalizat
3.	Construire imobil de birouri, locuințe de serviciu și spații de depozitare, utilități, amenajare incintă și împrejurimi teren - Spitalul Clinic de Urgență București	OMS nr. 1420/25.11.2014	16.956	12.613	Finalizat
4.	Extinderea secției de Oncologie cu Compartiment de radioterapie oncologică -Spitalul Universitar de Urgență București	H.G. nr. 289/16.04.2014	150.224	-	În curs
5.	Demolare zoobază existentă și construire clădire hematologie S+P+3E pe amplasamentul acesteia, la Institutul Oncologic Prof. Dr. I. Chiricuta, Cluj-Napoca	H.G. nr. 1096/10.12.2014	29.663	23.382	Finalizat
6.	Institutul Regional de Oncologie Timișoara, prin D.S.P Timiș	H.G. nr. 804/30.09.2015	511.628	-	În curs
7.	Extindere corp B – Unitatea de Primiri Urgențe – al Spitalului Clinic Județean de Urgență Oradea	OMS nr. 769/18.06.2018 OMS nr. 2023/23.11.2020	12.912 19.161	25.785	Finalizat
8.	Extindere corp B – Unitatea de Primiri Urgențe – al Spitalului Clinic Județean de Urgență Brasov	OMS 2017/03.12.2020	11.413 16.048	14.798	Finalizat
9.	Realizarea bransamentelor la Centrul de Screening și diagnostic în boli oncologice din cadrul Institutului Regional de Oncologie Iași	Decizia nr. 177/06.05.2020	682	270	Finalizat
10.	Spital Regional de Urgență Iași	HG nr. 290/14.05.2019	2.382.970	-	În curs
11.	Spital Regional de Urgență Cluj	HG nr. 667/09.09.2019	2.568.751	-	În curs
12.	Spital Regional de Urgență Craiova	HG nr. 786/04.11.2019	2.850.508	-	În curs

Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Prin urmare, în perioada analizată, din cele 12 obiective de investiții, anexă la bugetul aprobat al MS în perioada 2014 – 2021, au fost finalizate un număr de 7 obiective (aproximativ 58%), conform proceselor verbale de recepție.

În perioada analizată, prin programele de guvernare aprobate și prin *Strategia națională de sănătate 2014-2020* a fost prezentată inițiativa construirii unor spitale regionale de urgență moderne, câte unul în fiecare dintre cele 8 Regiuni de Dezvoltare ale României, organizate ca centre de urgență-excelență, pentru toate specialitățile medicale, inclusiv cu centre de telemedicină regionale sau naționale, în funcție de specialitate, la care se pot conecta centrele medicale, atât pentru diagnoză, cât și pentru o a doua opinie.

În fapt, abia în anul 2020, un număr de 3 spitale regionale de urgență (SRU) Iași, Cluj și Craiova au fost incluse ca obiective de investiții noi în programul de investiții al Ministerului Sănătății și care la finalul anului 2021 se aflau în stadiul de proiect tehnic.

Referitor la **asigurarea finanțării proiectelor SRU**, conform Cererilor de finanțare depuse și a contractelor semnate cu AM POR, valoarea lucrărilor și serviciilor aferente proiectării, construirii și operaționalizării celor trei SRU a fost estimată după cum urmează:



- SRU Iași: 2.382.970 mii lei, echivalentul a 500.351 mii Euro cu TVA.
- SRU Cluj: 2.568.751 mii lei, echivalentul a 539.597 mii Euro cu TVA.
- SRU Craiova: 2.850.508 mii lei, echivalentul a 602.734 mii Euro cu TVA.

Valoarea totală a investițiilor este de cca. 1,6 mld. Euro (TVA inclus) și este asigurată prin:

- ✓ Programul Operațional Regional 2014-2020 pentru Faza I a proiectelor: 141 mii Euro (fonduri europene nerambursabile) etapă care vizează derularea procedurilor de achiziție și semnarea contractelor de proiectare;
- ✓ Programul Operațional Sănătate 2021-2027 (Prioritatea 4 – Investiții) pentru Faza II a proiectelor, în care sunt prevăzute fonduri pentru construirea spitalelor regionale - valoare estimată la 1.486 mld. Euro (fonduri europene nerambursabile 700,9 mii. Euro + contribuția națională 785,4 mii. Euro). Finanțarea contribuției de la buget este asigurată prin acorduri de împrumut cu BEI.

Referitor la obiectivul de investiții *Institutul Regional de Oncologie Timișoara*, precizăm că în anul 2009, prin HG 1521/2009 s-a aprobat înființarea acestuia (unitate sanitară publică cu paturi, cu personalitate juridică), în subordinea Ministerului Sănătății, însă obiectivul de investiții nu este finalizat.

**Astfel, din anul 2009, de la înființarea în subordinea MS a Institutului Regional de Oncologie Timișoara ca obiectiv de investiții în curs de finalizare, până la finalul anului 2021, respectiv timp de 12 ani, acest obiectiv de investiții nu a fost realizat.**

Referitor la demersurile întreprinse la nivelul MS pentru dezvoltarea altor proiecte de spitale, s-au identificat o serie de inițiative pentru realizarea Spitalului Regional de Urgență Brașov (SRU Brașov) și pentru realizarea Institutului Regional de Medicină Cardiovasculară Iași. În contextul aprobării Planului Național de Redresare și Reziliență (PNRR), *Institutul Regional de Medicină Cardiovasculară Iași* a fost inclus pe lista<sup>12</sup> preliminară de investiții (în lista celor 49 de obiective de investiții, la obiectivul „Construcție de spitale noi sau/și construcții de corpuri/aripi noi de spitale și/sau dotări pentru 25 de unități sanitare, obiectiv major în dezvoltarea infrastructurii spitalicești din România”).

➤ La nivelul **spitalelor din subordinea administrației publice locale** cele mai reprezentative obiective de investiții finalizate au vizat amenajarea/construirea unor clădiri noi, dintre care exemplificăm:

- ◆ în perioada 2016 - 2019 la nivelul Spitalului Orășenesc Mioveni, județul Argeș a fost realizat obiectivul de investiții **”Construire Spital Orășenesc Mioveni (S+P+6)”**, obiectiv derulat de Primăria Orașului Mioveni. Spitalul Orășenesc Mioveni a parcurs un amplu proces de restructurare și modernizare, la această dată, fiind unul din puținele spitale noi construite în România în ultimii 30 de ani, un proiect de referință pentru dezvoltarea sectorului sanitar;

- ◆ în anul 2018, activitatea medicală a **Spitalului Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu”** a fost relocată într-o clădire nou construită, aceasta fiind proiectată și realizată pentru a respecta toate standardele Uniunii Europene, proiect finanțat din bugetul Consiliului General al Municipiului București, prin ASSMB;

- ◆ în anul 2018 a fost efectuată recepția parțială a lucrărilor efectuate în cadrul obiectivului de investiții **„Reconstrucția, reamenajarea, modernizarea și echiparea Spitalului Clinic de Ortopedie „Foișor”**, obiectiv derulat la nivelul ASSMB;

- ◆ începând cu luna septembrie 2021, după o lungă perioadă de timp de la data contractării lucrărilor de construcții montaj, **Spitalul Municipal Fălticeni, județul Suceava** își desfășoară activitatea într-o clădire nouă, cu o suprafață utilă de 24.509 mp.

Pe de altă parte, la nivelul spitalelor de subordonare locală s-au identificat și lucrări de modernizare/consolidare sau reparații capitale finanțate direct din bugetul unităților administrativ – teritoriale (UATJ Giurgiu – la data acțiunii de documentare aflându-se în derulare trei obiective de investiții la Spitalul Județean de Urgență Giurgiu; UATJ Gorj – la data acțiunii de documentare se află în curs de execuție obiectivul de investiții ”Reabilitare și modernizare Secția medicină internă I, Gastroenterologie și Neonatologie,” de la Spitalul Județean de Urgență Târgu-Jiu; UATJ Arad - a finanțat construirea noului spital de psihiatrie de la Căpâlnaș, obiectiv de investiție realizat prin Programul Național de Dezvoltare Locală; UATO Mizil și UATO Urlați, județul Prahova – finanțare lucrări de modernizare/reparații capitale la spitalele din subordine).

## **B. Referitor la dotarea spitalelor cu echipamente și aparatură medicală**

Din informațiile furnizate de către reprezentanții spitalelor publice cu privire la dotările cu echipamente și aparatură medicală achiziționate (inclusiv CT și RMN), s-a reținut faptul că în perioada 2014 – 2021, au fost efectuate **plăți în valoare totală de 8.929.783 mii lei**.

Dotările cu echipamente și aparatură medicală (inclusiv CT și RMN) achiziționate la nivelul unităților sanitare spitalicești publice au fost finanțate în general din fonduri provenite de la bugetul de stat (32%), venituri proprii (23%), buget local (17%), fonduri externe nerambursabile (16%), restul fiind alte surse.

<sup>12</sup> <https://mfe.gov.ro/pnrr/>

Menționăm faptul că, prin *OUG nr. 71/2012* a fost desemnat Ministerul Sănătății drept unitate de achiziții publice centralizată. În această calitate, MS poate să încheie acorduri-cadru în numele și pentru unitățile sanitare publice din rețeaua Ministerului Sănătății și rețeaua autorităților administrației publice locale, precum și pentru instituții publice aflate în subordinea sau în coordonarea Ministerului Sănătății. În baza acordurilor-cadru atribuite de unitatea de achiziții publice centralizată, unitățile sanitare publice și instituțiile publice aflate în subordinea sau în coordonarea Ministerului Sănătății încheie și derulează contracte subsecvente, cu avizul Ministerului Sănătății.

În perioada 2014 – 2021, la nivelul MS au fost efectuate achiziții centralizate doar pentru două tipuri de dotări (aparatură medicală, echipamente medicale) necesare unităților sanitare, respectiv echipament medical de screening auditiv și incubatoare medicale pentru nou născuți.

### C. Referitor la îngrijirea pacienților cu arsuri în sistemul public de sănătate:

*OMS nr. 476/2017 privind organizarea și funcționarea structurilor care acordă asistență medicală și îngrijirea bolnavilor cu arsuri* definește trei categorii de unități spitalicești pentru tratarea pacienților cu arsuri respectiv, *Compartimente de arsuri* de pe lângă secțiile de chirurgie plastică, *Unități funcționale de arși* și *Centre de arși*, fiecare dintre ele cu niveluri crescătoare de competențe.

În acest context, auditul reliefează următoarele informații:

➤ România nu are Centre de arși și nici Centre de recuperare medicală a pacienților care au suferit arsuri severe;

➤ Numărul de paturi autorizate de Ministerul Sănătății se regăsesc în unități specializate pentru tratamentul pacienților critici cu arsuri severe:

- 5 locuri – *Unitatea de Arși, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Pius Brânzeu” Timișoara;*
- 5 locuri - *Unitatea de Arși, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon” Iași;*
- 6 locuri – *Unitatea de Arși, Spitalul Clinic de Urgență București (Floreasca);*
- 5 locuri – *Unitatea de Arși, Spitalul Clinic de Urgență Chirurgie Plastică, Reparatrice și Arsuri, București – spital monodisciplinar (chirurgie plastic și ATI) care nu poate primi mari arși politraumatizați;*
- 3 locuri - *Unitatea de Arși, Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar-Arseni”, București;*
- 2 locuri - *Unitatea de Arși, Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov, desființate ca urmare a unor lucrări de renovare, aflate în reorganizare și reconformare la standarde în urma controlului efectuat de Inspekția Sanitară de Stat;*
- 10 locuri – *Unitatea de Arși, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii “Grigore Alexandrescu”;*
- 3 locuri – *Unitatea de Arși, Spitalul de Urgență pentru Copii “Sf. Maria” Iași;*
- 300 paturi pentru arși în spitalele județene și municipal din întreaga țară, paturi dedicate îngrijirii pacienților cu arsură de severitate mica spre medie și necesită îmbunătățiri.

➤ Sumele alocate în perioada 2015 - 2021 de Ministerul Sănătății pentru unitățile sanitare publice cu compartimente de arși au fost pentru:

- *Aparatură medicală - 30.796 mii lei, din care: 16.468 mii lei la Spitalul Clinic de Urgență Chirurgie Plastică, Reparatrice și Arsuri, București, 4.355 mii lei la Spitalul Clinic de Urgență București (Floreasca) și 9.973 la Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon” Iași;*

- *Consolidări clădiri arși – 19.411 mii lei la Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Spiridon” Iași.*

Prin Proiectul privind Reforma Sectorului Sanitar – Îmbunătățirea calității și Eficienței Sistemului de Sănătate, (împrumutul BIRD 8362-RO, ratificat prin Legea nr. 179/2014 cu modificările și completările ulterioare) s-a acordat finanțare pentru achiziția de echipamente medicale pentru unitățile funcționale de arși. Locațiile în care au fost distribuite aceste echipamente în perioada 2018 -2019 și valorile<sup>13</sup> acestor investiții, sunt următoarele: Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Grigore Alexandrescu, București - 11,7 mil lei; Spitalul Clinic de Urgență Bagdasar – Arseni București - 6,5 mil lei; Spitalul Clinic Județean de Urgență “Sf. Spiridon” Iași - 7,7 mil. lei; Spitalul Clinic Județean de Urgență “Pius Brânzeu” Timișoara - 8,7 mil. lei; Spitalul Clinic de Urgență Chirurgie Plastică, Reparatrice și Arsuri, București - 3,3 mil lei; Spitalul Clinic de Urgență București (Floreasca) - 0,13 mil Lei.

Astfel, valoarea totală a echipamentelor medicale achiziționate a fost de 38,03 mil. lei, iar tipurile de echipamente au fost: monitoare pentru semne vitale, paturi pentru terapie intensivă, injectomate, module infuzie, ventilatoare (mecanice și portabile), aparate tip ecograf, echipamente pentru sala de operație, truse de instrumente chirurgicale, echipamente pentru spălare și sterilizare, aparate de anestezie, console de tavan pentru distribuția fluidelor și a circuitelor electrice, sisteme Doppler cu laser

<sup>13</sup> potrivit Notei de informare cu privire la Situația actuală a îngrijirii pacienților cu arsuri în sistemul public de sănătate, întocmită de reprezentanții MS și înregistrată la Secretariatul General al Guvernului sub nr.16891/21.07.2021

pentru piele, echipamente pentru grefarea pielii, microscopie chirurgicale, unități de spălare pentru pacienții arși (inclusiv cada dedicată și sistem de ridicare a pacientului).

Pentru construcția a trei noi centre de tratare a marilor arși în următoarele locații: Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Grigore Alexandrescu, București; Spitalul Clinic Județean de Urgență "Pius Brînzeu", Timișoara; Spitalul Clinic Județean de Urgență, Tg. Mureș s-au aprobat proiectele și finanțarea, iar documentația de licitație se află în diferite faze. Termenul estimat de finalizare a construcțiilor este în cursul anului 2024.

În anul 2022 s-a înființat Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii de Sănătate, instituție publică cu personalitate juridică în subordinea Ministerului Sănătății, finanțată integral din bugetul de stat prin bugetul Ministerului Sănătății, scopul acesteia fiind dezvoltarea infrastructurii de sănătate publică, prin pregătirea, implementarea și finalizarea proiectelor de investiții în infrastructura de sănătate publică.



Lucrările de modernizare/consolidare/reparații capitale efectuate la nivelul unităților sanitare spitalicești publice au fost finanțate în general din fonduri provenite de la bugetele locale (în procent de 47%) și de la bugetul de stat (în procent de 30%);

În perioada analizată, din cele 12 obiective de investiții, anexă la bugetul aprobat al MS în perioada 2014 – 2021, au fost finalizate un număr de 7 obiective (aproximativ 58%), celelalte fiind în curs de realizare;

Cu excepția refuncționalizării imobilului Spital Clinic de Urgență cu 300 paturi Iași, amenajarea Institutul Regional de Oncologie cu 300 paturi Iași și a obiectivului de investiții "Construire Spital Orășenesc Mioveni (S+P+6)" în rețeaua spitalicească publică, în perioada 2014-2021, nu s-a mai construit nicio unitate sanitară cu paturi nouă;

Referitor la obiectivul de investiții Institutul Regional de Oncologie Timișoara, de la data înființării acestuia ca obiectiv de investiții în curs de finalizare în subordinea MS (anul 2009) și până la finalul anului 2021, respectiv timp de 12 ani, construcția sa nu a fost demarată, aflându-se în stadiul de actualizare a documentației tehnico-economice;

Din cele 8 spitale regionale de urgență propuse în Strategia Națională de sănătate 2014 -2020 (câte unul în fiecare regiune de dezvoltare), s-au identificat demersuri de realizare doar pentru 4 dintre acestea, respectiv: 3 spitale regionale de urgență, Iași, Cluj și Craiova pentru care Ministerul Sănătății gestionează proiectele de construcție și care se află în stadiul de proiect tehnic, și 1 spital regional de urgență la Brașov pentru care UAT Municipiul Brașov a inițiat o serie de demersuri în anul 2021;

În România nu există niciun Centru de arși care ar putea trata cazuri foarte grave și nici Centre de recuperare medicală a pacienților care au suferit arsuri severe, ci doar unități funcționale care pot trata cazuri doar până la o anumită complexitate.

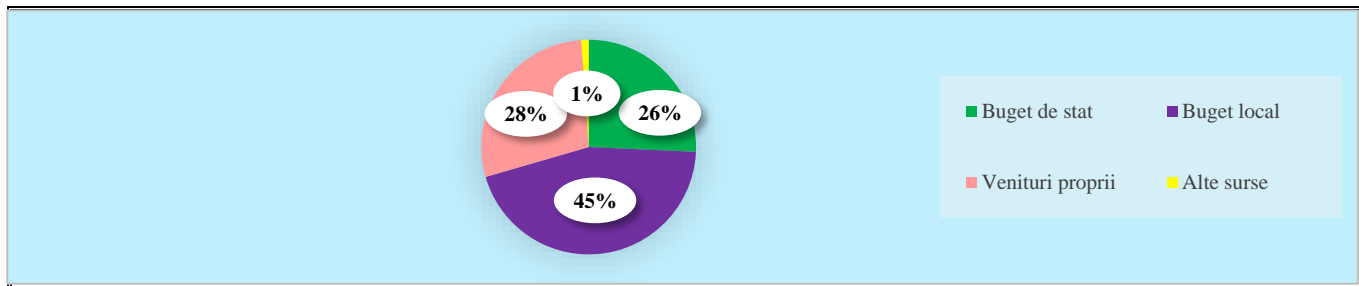
Deși managementul unităților sanitare împreună cu reprezentanții autorităților publice locale au manifest un real interes pentru asigurarea spațiilor și dotărilor adecvate, identificăm faptul că, elementele fundamentale pentru desfășurarea în condiții optime a activităților medicale la majoritatea unităților sanitare nu sunt incluse într-un program național și/sau regional de dezvoltare a infrastructurii spitalicești.

### **III.5.4. Identificarea studiilor de fezabilitate, studiilor de fezabilitate, proiectelor și altor studii aferente obiectivelor de investiții, a vechimii acestor studii și a cuprinderii acestora în cadrul unor obiective de investiții**

În domeniul sănătății, Strategia a avut ca obiectiv general *un sistem de sănătate care să ofere posibilitatea cetățenilor la creșterea calității vieții acestora*. În condițiile, în care infrastructura spitalicească este neadecvată, atrage după sine riscuri semnificative și reduce capacitatea de operare a sistemului public de sănătate, ceea ce impune identificarea nevoilor de investiții în infrastructura de sănătate publică. Ca urmare a obiectivelor verificate în acțiunile de documentare și audit al performanței au fost reținute următoarele aspecte:

În perioada 2014- 2021 la nivel național s-au achiziționat, dar nu au fost puse în operă până la finalul anului 2021, o serie de studii de fezabilitate și fezabilitate/proiecte/expertize/ proiecte în valoare de 227.860 mii lei și pentru care s-au efectuat plăți în valoare de 57.589 mii lei.

*Graficul nr. 15 – Structura pe surse de finanțare a plăților efectuate pentru studii de fezabilitate și alte studii aferente obiectivelor de investiții, achitate dar nepuse în operă de către unitățile sanitare spitalicești publice, în perioada 2014 -2021*



Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Din graficul anterior se poate observa faptul că din valoarea totală a plăților efectuate în perioada 2014 – 2021 de către unitățile sanitare spitalicești publice pentru studii de fezabilitate și alte studii aferente obiectivelor de investiții, nepuse în operă, un procent de 45% a fost reprezentat de fonduri provenite de la bugetele locale, iar în proporții aproape egale au fost sume din venituri proprii (28%) și de la bugetul de stat (26%). Diferența de 1% reprezintă plăți efectuate din alte surse, inclusiv din fonduri externe nerambursabile.

Principalul motiv declarant de către reprezentanții spitalelor publice pentru nepunerea în operă a studiilor de fezabilitate îl constituie lipsa fondurilor necesare. Printre motive se mai numără: proiectul tehnic inițial nu mai corespundea necesităților actuale ale spitalului; stadiul incipient al realizării obiectivelor și necesitatea obținerii de avize, autorizații; schimbarea managementului la nivelul entității și a viziunii acestora asupra obiectivelor de investiții necesare îmbunătățirii activității curente; continuarea lucrărilor nu se mai justifică din punct de vedere al costurilor, având în vedere vechimea și configurația clădirilor; nedepunerea în termen de către entitate a documentației pentru accesarea programului; modificarea legislației; situația pandemică instituită la începutul anului 2020.

La nivelul **Ministerului Sănătății** valoarea studiilor de fezabilitate, studiilor de fezabilitate, proiectelor și a altor studii aferente obiectivelor de investiții, existente în evidența contabilă la data de 31.12.2021 se ridică la suma 102.152 mii lei, documentații tehnico-economice achiziționate în perioada 2006-2008 pentru o serie de proiecte de investiții care **nu au fost valorificate**.

➤ La **spitalele CF**, principalul motiv pentru nepunerea în operă a studiilor de fezabilitate îl constituie lipsa surselor de finanțare. Printre motive se mai numără și stadiul incipient al realizării obiectivelor și necesitatea obținerii de avize, autorizații și de finanțare prin POIM, lipsa resurselor financiare pentru modernizarea clădirilor și a instalațiilor electrice, situația pandemică instituită de la începutul anului 2020.

➤ De asemenea, din acțiunile de documentare realizate la nivelul celor **279 spitale de subordonare locală**, s-a constatat că principalele cauze pentru care studiile/proiectele plătite nu s-au concretizat în realizarea unor obiective de investiții, au fost:

▶ lipsa finanțării - potrivit datelor și informațiilor raportate de reprezentanții unităților sanitare spitalicești, un număr de 68 de studii/proiecte, în valoare de 4.352 mii lei, nu au fost puse în operă întrucât nu au fost identificate sursele de finanțare necesare pentru demararea lucrărilor de construcții. Se remarcă și faptul că alte 24 de studii/proiecte, în valoare de 1.457 mii lei, au fost casate motivat de faptul că nu au fost alocate fonduri pentru demararea lucrărilor de construcții;

▶ soluțiile tehnice s-au dovedit nefezabile, deoarece structura de rezistență a clădirii nu permitea supraetajarea iar costurile generate erau foarte mari (Spitalul Județean de Urgență Alba Iulia, județul Alba);

▶ schimbarea managementului la nivelul entității și a viziunii acestora asupra obiectivelor de investiții necesare îmbunătățirii activității curente a spitalului și lipsa finanțării (Spitalul Clinic Municipal „Dr. Gavril Curteanu” Oradea, județul Bihor, la nivelul căruia, în anul 2021 s-au casat 5 proiecte plătite în anii 2016 - 2018);

▶ nu se mai justifică din punct de vedere al costurilor continuarea lucrărilor, având în vedere vechimea și configurația clădirilor (Spitalul Județean de Urgență „Mavromati” Botoșani);

▶ proiectul tehnic inițial nu mai corespunde necesităților actuale ale spitalului (Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov - proiectul tehnic în valoare de 24.990 lei plătit în anul 2018 pentru obiectivul „Modernizare panou electric Central”, nu a mai fost realizat, întrucât după realizarea documentației tehnice, au fost achiziționate aparate medicale de mică și mare capacitate fiind necesară demararea lucrărilor de spor de putere);

▶ lipsa avizării favorabile a investiției de către Ministerul Sănătății, precum și lipsa de fonduri (Spitalul Municipal „Dr. Cornel Igna” Câmpia Turzii, județul Cluj - a achiziționat și plătit un studiu de fezabilitate DALI - Reabilitare compartiment primiri urgente, serviciu de ambulanță, spălătorie bloc centralizat de lenjerie, în valoare de 30.000 lei, cuprins în Lista de investiții pentru anul 2015 dar nefinalizat);

- ▶ nedepunerea în termen de către entitate a documentației pentru accesarea programului (Spitalul Municipal "Dr. Teodor Andrei" Lugoj, județul Timiș – proiectul tehnic în sumă de 157.080 lei plătit în anul 2017 pentru reabilitarea, reamenajarea și extinderea și extinderea secțiilor din spitale-Documentație tehnică necesară în vederea obținerii avizelor, acordurilor și autorizațiilor, proiect tehnic și detalii de execuție, nu s-a concretizat în obiectiv de investiții, deoarece entitatea nu a depus în termen documentația pentru accesarea programului transfrontalier ROMÂNIA \_UNGARIA 2014-2020);
- ▶ neidentificarea soluțiilor tehnice pentru realizarea obiectivelor de investiții (Spitalul Județean de Urgență Slatina, județul Olt – a plătit din venituri proprii suma de 84.999 lei pentru Servicii de proiectare obiectiv „Extindere si dotare Bloc operator din Pavilion Central” nepus în operă pentru că nu a fost identificată soluția tehnică privind extinderea Blocului operator);
- ▶ proiectul tehnic este asociat unui obiectiv de investiții care nu deține expertiză tehnică și autorizație de construire și face obiectul unor dosare aflate pe rolul instanței de judecată (Spitalul Județean de Urgență Piatra Neamț, județul Neamț);
- ▶ modificarea legislației, conținutul studiilor de fezabilitate nefiind în concordanță cu normativele și cadrul de reglementare stipulat în noua legislație. (Spitalul Clinic Județean Mureș, județul Mureș)



În perioada 2014-2021, la nivelul unităților sanitare spitalicești publice au fost achitate sume semnificative pentru studii de fezabilitate/proiecte și alte studii aferente obiectivelor de investiții, dar care nu au fost puse în operă deoarece nu există o politică/strategie de investiții corelată cu studiile/proiectele realizate.

Principalul motiv declarat de către reprezentanții spitalelor publice pentru nepunerea în operă a studiilor de fezabilitate îl constituie lipsa fondurilor necesare.

Corpul de control al ministrului sănătății/ Serviciul control nu a efectuat în perioada

analizată misiuni de control care să cuprindă aspecte legate de acest tip de documentații la nivelul unităților subordonate, deși potrivit ROF Ministerul Sănătății monitorizează, controlează și evaluează activitatea instituțiilor sanitare și asigură utilizarea în condiții de cost/eficiență a resurselor publice alocate.

### III.5.5.Evaluarea gradului de absorbție a fondurilor UE pentru implementarea proiectelor de investiții la nivelul unităților sanitare spitalicești

Având în vedere Strategia pentru perioada 2014- 2021, Ministerul Sănătății, avea obligația identificării nevoile unităților sanitare spitalicești pentru îmbunătățirea infrastructurii acestora, astfel în sensul sprijinirii unităților sanitare acesta a derulat proiecte de investiții prin absorbție de fonduri UE. Ca urmare a verificării acestui obiectiv, au fost reținute următoarele aspecte:

Un procent de 63% din totalul de 368 de spitale existente la nivel național au derulat un număr de aproximativ 500 de proiecte finanțate din fonduri externe nerambursabile. Valoare totală a proiectelor derulate a fost de 32.277.863 mii lei, din care FEN 9.493.481 mii lei (aproximativ 30% din valoarea totală a proiectelor).

Proiectele derulate au vizat: îmbunătățirea nivelului de competențe al profesioniștilor din sectorul medical; susținerea tranziției de la școală la viața activă prin programe de consiliere și stagii de practică pentru elevii și studenții la medicină; îmbunătățirea infrastructurii unităților sanitare prin reabilitare, modernizare, dotare; creșterea capacității de gestionare a crizei sanitare COVID-19, prin asigurarea disponibilității aparaturii și dispozitivelor medicale, asigurarea necesarului de echipamente specializate de protecție pentru personalul medical, și prin asigurarea desfășurării în condiții de siguranță a actului medical terapeutic; creșterea competitivității prin cercetare, dezvoltare tehnologica și inovare; activitatea medicală (prevenirea, îmbunătățirea diagnosticării și a tratamentului unor afecțiuni, ș.a.

Aproximativ 46% din unitățile sanitare spitalicești au derulat programe privind *Creșterea capacității de prevenire și gestionare a crizei sanitare cauzate de COVID-19* în cadrul cărora, unitățile sanitare spitalicești au achiziționat, în principal, aparatură medicală.

De asemenea, la nivelul spitalelor publice au fost întâmpinate o serie de **dificultăți în accesarea fondurilor europene, cauzate în principal de:**

Figura nr. 6 – Dificultăți în accesarea fondurilor europene



Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Deși spitalele nu dispun de un compartiment specializat în domeniul fondurilor europene nerambursabile, acestea au identificat oportunitățile de finanțare specifice domeniului de activitate, prin personalul propriu și/sau împreună cu ordonatorul principal de credite.



Un procent de peste 60% din numărul total de unități sanitare spitalicești publice au derulat proiecte cu finanțare din fonduri externe nerambursabile (FEN).

Unitățile sanitare spitalicești au întreprins demersuri în vederea diversificării surselor de finanțare prin accesarea și utilizarea unor resurse importante din fondurile puse la dispoziție de Uniunea Europeană, iar acolo unde nu au fost eligibile au atras fonduri prin intermediul consiliilor județene/consiliilor locale, în funcție de subordonare.

În contextul pandemiei generate de noul coronavirus COVID -19 au fost derulate un număr de aproximativ 190 de proiecte pentru dotarea spitalelor cu aparatură și dispozitive medicale necesare combaterii pandemiei, asigurarea necesarului de echipamente specializate de protecție pentru personalul medical și asigurarea desfășurării în condiții de siguranță a actului medical terapeutic.

Un impediment în atragerea directă de către unitățile sanitare a fondurilor europene l-a constituit lipsa unui compartiment dedicat atragerii și gestionării de fonduri europene

### III.5.6.Modul de dotare cu mijloace de intervenție și transport medical asistat/transport sanitar neasistat, precum și cel deținut în perioada 2014-2021

O componentă importantă în dezvoltarea infrastructurii unităților spitalicești, constă în dotarea cu mijloace de intervenție și transport asistat, ceea ce necesită identificarea nevoilor unităților sanitare și dotarea acestora. Ca urmare a analizării și verificării acestui obiectiv, au fost reținute următoarele aspecte:

Conform Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, mijloacele de intervenție cu ajutorul cărora se realizează transportul medical asistat și transport medical neasistat al pacienților sunt ambulanțele de tip A1, A2, B și C, după caz.

În acest context, transportul medical asistat se asigură în caz de urgență al pacienților care necesită monitorizare și îngrijiri medicale pe durata transportului, asigurate de medic sau asistent medical, utilizând ambulanțe tip B sau C. Însă, transportul sanitar neasistat se asigură pacienților care nu se afla în stare critică și nu necesită monitorizare și îngrijiri medicale speciale pe durata transportului. Transportul sanitar neasistat se efectuează cu ambulanțe tip A1 sau A2, precum și cu alte tipuri de autovehicule decât ambulanțele tip B și C.

Modalitatea de organizare a transportului medical asistat și a transportului sanitar neasistat, prevede serviciile de transport medical care se acordă prin unități medicale specializate autorizate și evaluate, precum și serviciile de ambulanță județene și al municipiului București care au în structura lor două compartimente distincte: compartimentul de asistență medicală

de urgență și transport medical asistat și compartimentul de consultații de urgență și transport sanitar neasistat. Acestea, precum și echipajele integrate ale Serviciilor mobile de urgență, reanimare și descarcerare (SMURD), aflate în structura inspectoratelor pentru situații de urgență, a autorităților publice locale și a spitalelor județene și regionale asigură servicii de asistență medicală publică de urgență în faza prespitalicească. În această fază, modalitatea de acordare a asistenței medicale publice de urgență se realizează utilizând ambulanțe tip B și C, aceasta fiind coordonată la nivel județean sau regional, utilizând infrastructura Sistemului național unic pentru apeluri de urgență. Totodată, în structura spitalelor de urgență funcționează obligatoriu o unitate/compartiment de primiri urgențe (UPU, CPU) care, în funcție de necesități, poate avea și un serviciu mobil de urgență reanimare și transport medicalizat. De asemenea, spitale regionale de urgență și județene de urgență au în responsabilitate SMURD, în colaborare cu structurile MAI și autoritățile publice locale.

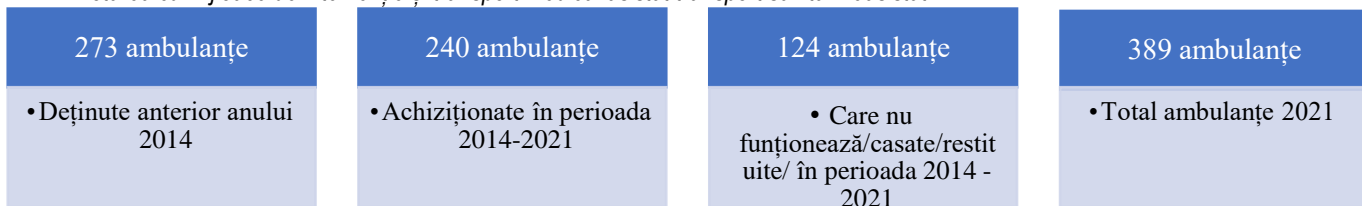
Transferul interclinic al unui pacient critic către un spital regional sau județean, potrivit OMS nr. 1091/2006<sup>14</sup> se face, după caz, în colaborare cu serviciile de ambulanță județene și al municipiului București, serviciile mobile de urgență, reanimare și descarcerare (SMURD) și/sau cu echipajele de transport neonatal sau alte servicii de transport sanitar, abilitate prin lege, care dețin competențele necesare pentru efectuarea acestuia. Menționăm faptul că, în spitale pot opera unități proprii de transport sanitar medicalizat, pentru transportul interclinic al pacienților proprii, precum și al nou-născuților aflați în stare critică.

Astfel, finanțarea asistenței medicale publice de urgență se face din bugetul MS inclusiv pentru serviciile de ambulanță județene și Serviciului de Ambulanță București-Ilfov, prin bugetul MAI, prin bugetele ministerelor și instituțiilor cu rețea proprie, din donații și sponsorizări, alte surse, Totodată, dotarea cu echipamente și mijloace de intervenție a serviciilor mobile de urgență, reanimare și descarcerare (SMURD) se asigură de Ministerul Sănătății, Ministerul Afacerilor și Interne și de autoritățile publice locale.

Conform informațiilor furnizate de reprezentanții spitalelor publice, *situația privind dotările mijloacelor de intervenție și transport medical asistat/transport sanitar neasistat (ambulanțe), deținute în perioada 2014 -2021* de către acestea, se prezintă **la nivel național** astfel:

Figura nr. 7 –

Dotarea cu mijloace de intervenție și transport medical asistat/transport sanitar neasistat



Sursa: [www.centralizator.ms.ro](http://www.centralizator.ms.ro)

Din informațiile de mai sus, se reține faptul că numărul dotărilor a crescut în intervalul 2014 -2021 față de perioada anterioară anului 2014. De asemenea, în perioada analizată a crescut și procentul spitalelor care dețin astfel de dotări, de la 35% la 46% din totalul acestora.

Aceste dotări au fost folosite pentru transportul neasistat al pacienților, transportul pacienților dializați, consultații la domiciliu, transportul de sânge, plasma, medicamente, produse medicale. Transportul interspitalicesc al pacienților se efectuează prin servicii contractate cu serviciile de ambulanță.

Menționăm faptul că la nivelul Ministerului Sănătății, în decursul anilor 2014-2015 au fost achiziționate o serie de ambulanțe și autospeciale medicalizate destinate intervenției medicale de urgență pentru dotarea Serviciilor Județene de Ambulanță, a Serviciului de Ambulanță București Ilfov și a SMURD. Achizițiile au fost efectuate prin contracte subsecvente aferente unor acorduri cadru încheiate de Ministerul Sănătății ca urmare a derulării de licitații naționale în anul 2011, în scopul modernizării și reîmprospătării cu ambulanțe a parcurilor auto din dotarea entităților menționate anterior. Ulterior, cele 603 ambulanțele și autospeciile achiziționate au fost repartizate astfel: 507 bucăți au fost transferate către serviciile de ambulanță, 62 de bucăți au fost repartizate Inspectoratelor pentru Situații de Urgență județene, 5 bucăți au fost donate pentru Republica Moldova și 29 de bucăți au fost date în comodat unor Inspectorate Județene pentru Situații de Urgență.

<sup>14</sup> OMS nr. 1091/2006 privind aprobarea protocoalelor de transfer interclinic al pacientului critic



Spitalele ale căror informații au fost analizate nu au obligativitatea dotării cu ambulanțe. O parte dintre spitale dețin astfel de dotări din proprie inițiativă, pentru o bună gospodărire.

În spitale pot opera unități proprii de transport sanitar medicalizat, pentru transportul interclinic al pacienților proprii, precum și al nou-născuților aflați în stare critică, însă nu există o obligație legală ca anumite tipuri de spitale să dețină un anumit număr de mijloacele de intervenție și transport medical asistat/transport sanitar neasistat;

Aceste bunuri mobile au fost folosite și pentru transportul neasistat al pacienților, transportul pacienților dializați, consultații la domiciliu, transportul de sânge, plasmă, medicamente, produse medicale;

În perioada 2014 – 2021 aproximativ 46% din totalul spitalelor publice au deținut mijloacele de intervenție și transport medical asistat/transport sanitar neasistat (preponderent de tipul A1, A2 și Alt tip), care nu în toate cazurile au avut dotări conform prevederile legale;

Având în vedere numărul mare și variat de secții existente în cadrul unităților sanitare spitalicești, coroborat cu numărul mare de pacienți care apelează la serviciile medicale ale acestora, se poate aprecia că ambulanțele pe care le au în dotare sunt insuficiente raportat la numărul de pacienți;

Transportul pacienților cu mașinile din dotarea spitalului ar avea multiple avantaje – cost unitar de transport mai mic și disponibilitate permanentă.

### III.5.7.Evaluarea modului de neutralizare a deșeurilor medicale

În România, o importanță deosebită a dobândit administrarea privind colectarea, transportul, depozitarea și neutralizarea deșeurilor medicale periculoase, domeniu ce a luat o amploare majoră în contextul pandemiei. Anterior, pandemiei, România nu a avut o tradiție în domeniul colectării deșeurilor medicale, mai ales în sistemul sanitar. În acest context, odată cu dezvoltarea infrastructurii medicale, Ministerul Sănătății a adoptat acte normative și norme de aplicare privind cantitățile de deșeuri medicale, materiale sanitare periculoase, manipularea, colectarea, selectarea, depozitare și transportul, raportarea și neutralizarea acestora. În urma acțiunilor de documentare și audit al performanței, au fost reținute următoarele aspecte:

Eliminarea deșeurilor periculoase rezultate din activitatea medicală se realizează prin incinerare sau depozitare în depozitul de deșeuri, după tratare prealabilă.

În România, la nivelul anului 2020, existau un număr de 12 incineratoare zonale de deșeuri periculoase care procesează și deșeuri medicale, 14 stații de tratare prin decontaminare termică la temperaturi scăzute a deșeurilor medicale periculoase, ce funcționează în sistem centralizat și 16 echipamente funcționale de tratare situate în incinta unităților sanitare.

Conform informațiilor furnizate de reprezentanții celor 368 de spitale publice, 16% dintre acestea au deținut, anterior anului 2014 sau în perioada 2014-2021, instalații și/ sau stații de tratare/ neutralizare a deșeurilor medicale.

Alte mențiuni rezultate din analiza informațiilor:

- ♦ la nivelul unităților sanitare din rețeaua MS, a rezultat faptul că în anul 2021 erau funcționale 5 echipamente de neutralizare Newster 10;

- ♦ anumite unități sanitare spitalicești de subordonare locală au achiziționat propriul sistem de neutralizare a deșeurilor medicale, apreciind că acest fapt va conduce la diminuarea cheltuielilor pe care le va efectua spitalul cu această destinație. Spre exemplu: Spitalul Județean de Urgență Bacău, Spitalul Municipal Sighișoara, Spital de Pneumoftiziologie Roșiori de Vede.

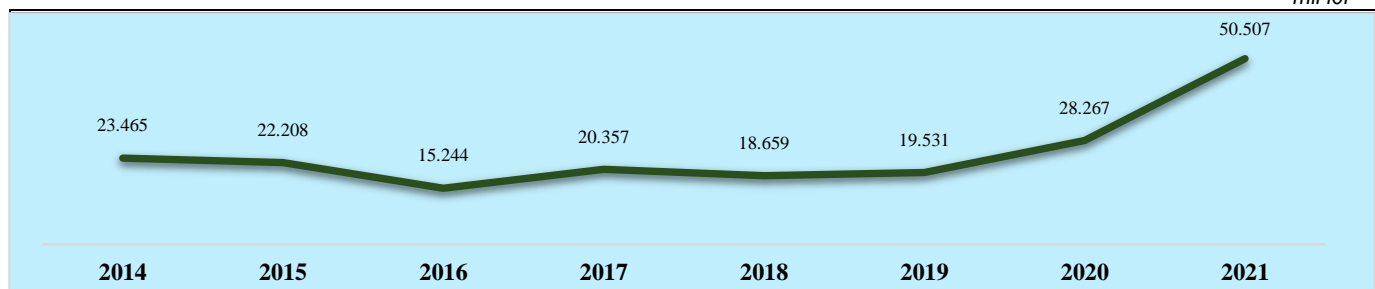
- ♦ un spital din subordinea Ministerului Transporturilor deține o instalație de clorinare a apelor reziduale, stație construită în anul 1965, în prezent cu un grad ridicat de uzură;

- ♦ spitalele care au deținut instalații de tratare/neutralizare a deșeurilor medicale, în perioada 2014 – 2021, s-au confruntat cu diverse probleme care au determinat neutilizarea, conservarea sau casarea acestor instalații, motivat de: lipsa unor componente majore ale procesului tehnologic; livrarea instalațiilor fără unele dispozitive necesare funcționării; neobținerea autorizațiilor de mediu; capacitatea subdimensionată a instalațiilor; subdimensionarea instalațiilor electrice; costurile mult prea ridicate cu întreținerea, mentenanța, monitorizarea noxelor și consumul de energie.

Cheltuielile cu serviciile de neutralizare a deșeurilor efectuate prin prestări de servicii au înregistrat o evoluție oscilatorie, cu o creștere semnificativă în perioada 2020-2021, motivat și de contextul pandemiei, așa cum se prezintă în graficul următor:



Graficul nr. 16 – Evoluția cheltuielilor cu serviciile de neutralizare a deșeurilor efectuate prin prestări de servicii în perioada 2014-2021 -mii lei-



Sursa: date prelucrate de INS



În perioada analizată, 16% dintre spitalele publice au deținut echipamente specifice neutralizării deșeurilor medicale, o parte dintre acestea fiind însă nefuncționale;  
 În cea mai mare parte, activitatea privind colectarea, transportul și neutralizarea deșeurilor medicale s-a realizat prin externalizarea serviciilor, respectiv prin încheierea de contracte de prestări de servicii cu prestatori privați;  
 În condițiile exigențelor europene cu privire la reducerea impactului negativ asupra mediului, dar și al unor posibile economii se impune continuarea dotării cu echipamente de neutralizare a deșeurilor medicale.

### III.6. Donații pentru dezvoltarea infrastructurii unităților sanitare spitalicești

Ca urmare a situației pandemice din România, Ministerul Sănătății, a adoptat un ordin prin care se precizează că atât Ministerul Sănătății, cât și unitățile sanitare spitalicești pot accepta donații de medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale, vaccinuri, seruri și consumabilele aferente, care să fie folosite pentru acordarea de servicii medicale pacienților. În acest context, urmare acțiunilor de documentare și audit al performanței au fost reținute următoarele aspecte:

#### III.6.1. Modul de încheiere și derulare a protocoalelor/contractelor/acordurilor de parteneriat având ca obiect donațiile de bunuri/echipamente/dotări/servicii/lucrări pentru dezvoltarea infrastructurii unității sanitare

Donațiile primite au completat resursele proprii utilizate pentru acoperirea nevoilor de natură medicală, dar și administrativă și au acoperit o parte din necesitățile spitalelor publice, în sensul în care echipamente medicale au ajutat la susținerea activității spitalicești, în contextul situației medicale existente la nivel național. Pe lângă aparatură și echipamentele medicale, materiale sanitare, medicamente, reactivi, materialele de protecție, dezinfectanți, unitățile sanitare spitalicești au fost sprijinite și financiar, în vederea realizării de lucrări de modernizare a anumitor secții /compartimente în care sunt organizate activități medicale.

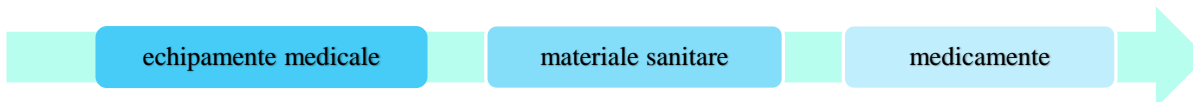
În perioada analizată, **totalul sponsorizărilor și donațiilor primite de unitățile sanitare au fost în sumă de aproximativ 830.000 mii lei, din care 67% au constat în principal în natură, iar 33% în bani.**

Precizăm faptul că o parte dintre bunurile menționate, în sumă de aproximativ 47.000 mii lei, au fost primite fără plată ca urmare a proiectelor derulate cu Banca Mondială/Phare, au fost transferate cu titlu gratuit de către ordonatorul principal de credite sau au fost primite în comodă.

Printre **unitățile sanitare din subordinea MS** care au primit donații substanțiale se regăsesc Institutul Clinic Fundeni, Spitalul Clinic de Urgență Pentru Copii *M.S. Curie* și Spitalul Clinic de Urgență *Bagdasar-Arseni*.

În perioada 2014 – 2021, **unitățile sanitare spitalicești de subordonare locală** au primit donații/sponsorizări, atât în bani cât și în natură, într-un cuantum de 499.939 mii lei, din care: 343.575 mii lei (69%) - donații în natură, exprimate valoric și 156.364 mii lei (31%) - donații în bani.

La unitățile sanitare spitalicești de subordonare locală, cele mai multe donații în bani și în natură (exprimate valoric) au fost înregistrate în: județul Constanța, județul Arad, județul Sibiu, municipiul București, județul Timiș și județul Bacău. Majoritatea donațiilor primite de unitățile sanitare spitalicești de subordonare locală au constat în:



Acestea fie au fost donate direct unității sanitare, fie au fost achiziționate din sumele în bani pe care le-au primit cu titlu de donație.

Urmare reacției solidare a mai multor persoane fizice, juridice și organizații neguvernamentale, cele mai multe donații au fost primite pe perioada pandemiei de Covid 19, de la Compania Națională UNIFARM dar și prin transfer de la Ministerul Sănătății, DSP și ISU (DSU), constând, în principal, în aparatură medicală, medicamente și materiale de protecție și sanitare.

Donațiile primite au completat resursele proprii utilizate pentru acoperirea nevoilor de natură medicală, dar și administrativă și au acoperit o parte din necesitățile acestora, în sensul în care echipamente medicale au ajutat la susținerea activității spitalicești, în contextul situației medicale existente la nivel național, respectiv local.

Pe lângă aparatură și echipamentele medicale, materiale sanitare, medicamente, reactivi, materialele de protecție, dezinfectanți, unitățile sanitare spitalicești de subordonare locală la care s-a realizat acțiunea de documentare au fost sprijinite și financiar, în vederea realizării de lucrări de modernizare a anumitor secții medicale/compartimente în care sunt organizate activități medicale (*Spitalul Municipal Sebeș, județul Alba, Spitalul Municipal Moreni, județul Dâmbovița, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Sf. Ioan Galați, județul Galați, Spitalul Municipal Mediaș, județul Sibiu, Spitalul Județean de Urgență Sfântul Ioan cel Nou Suceava și Spitalul Municipal Sfinții Doctori Cosma și Damian Rădăuți, județul Suceava, Spitalul Orășenesc Făget, județul Timiș*).

Conform prevederilor Legii nr. 95/2006, producătorii, deținătorii de autorizații de punere pe piață sau reprezentanții acestora în România și distribuitorii angro și en detail de medicamente, dispozitive medicale și materiale sanitare au obligația să declare Ministerului Sănătății și ANMDMR, după caz, toate activitățile de sponsorizare. Aceeași obligație revine și beneficiarilor activităților de sponsorizare, prin completarea formularului de declarare. Din compararea bazelor de date constituite de ANMDMR cu datele declarate pentru anul 2020 de către unitățile sanitare, s-a reținut faptul că obligațiile atât ale beneficiarilor, cât și ale donatorilor nu sunt respectate, în baza de date a beneficiarilor figurează doar câteva spitale.



În general, spitalele nu și-au îndeplinit obligația de declarare a activităților de sponsorizare în calitate de beneficiari.

Donațiile primite de spitalele au răspuns necesităților de funcționare ale acestora și au ajutat la susținerea activității spitalicești mai ales în perioada pandemică.

## IV. Propunerile entităților în legătură cu optimizarea modului de gestionare a resurselor umane și a dezvoltării infrastructurii

Referitor la propunerile entităților privind optimizarea modului de gestionare a resurselor umane și a dezvoltării infrastructurii, **la nivelul MS** s-au prelucrat 474 chestionare ale personalului de conducere (445 personal conducere și 29 ale managerilor) 553 chestionare completate de personalul administrativ și 853 chestionare completate de personalul medical.

Din analiza chestionarelor completate, redăm principalele propuneri privind modul de **gestionare a resurselor umane**:

- Actualizarea schemei de personal în rândul personalului TESA și modificarea grilei de salarizare pentru a fi motivantă și pentru a atrage profesioniști;
- Evaluarea performanței salariaților și salarizarea personalului pe criterii de performanță;
- Pregătirea profesională continuă a personalului pe domenii de activitate;
- Digitalizarea și degrevarea personalului medical de munca de birou;
- Distribuirea personalului în funcție de gradul de ocupare al secțiilor și completarea schemei de personal în funcție de gradul de dependență al pacientului.

Din analiza chestionarelor completate, redăm principalele propuneri privind **dezvoltarea infrastructurii**:

- Digitalizarea activității și implementarea unui sistem informatic comun pentru toate unitățile sanitare, la care Ministerul sănătății în vederea realizării atribuțiilor legale să aibă acces permanent, precum și dotarea cu aparatură medicală de înaltă performanță, specifică fiecărei specialități;
- Alocarea de fonduri pentru dezvoltare și/sau reparații capitale precum și atragerea de fonduri externe pentru construcții clădiri noi, modernizare rețele de energie electrică, creșterea securității la incendiu și eficientizarea energetică;

- Debirocratizare în vederea obținerii facile a avizelor și autorizațiilor precum și asumarea de către Ministerul Sănătății a cheltuielilor generate de elaborarea documentațiilor tehnice;
- Dezvoltarea ambulatoriilor integrate și a pachetelor de spitalizare de zi;
- Creșterea expunerii activității spitalelor în mass – media;
- Identificarea oportunităților de asociere a mai multor unități sanitare dintr-o zonă în vederea achiziționării unor stații proprii pentru neutralizarea deșeurilor medicale sau a altor dotări.

Pe parcursul misiunii de audit al performanței desfășurată la MS, Curtea de Conturi a României prin Departamentul V a desfășurat o serie de întâlniri on-line ("Focus-Grupuri") cu un număr de 344 reprezentanți ai spitalelor, (89 manager de spital, 53 medici specialiști, 40 asistenți medicali, 162 directori medicali, directori economici și personal administrativ) inclusiv cu specialiști/organizații din domeniul medical (Colegiul Medicilor din România, Asociația COPAC, Asociația Transplantaților, Asociația Națională a Pacienților cu Boli Rare, Asociația Pacienților de Cancer, Coaliția Organizațiilor Pacienților cu Afecțiuni Cronice), din care s-au desprins unele probleme întâmpinate în activitatea acestora și propuneri aferente pentru îmbunătățirea și eficientizarea activității unităților spitalicești, astfel :

- Deoarece finanțarea proiectelor de investiții aferente infrastructurii sistemului public de sănătate nu are la bază criterii obiective de prioritizare, rezultă ca necesară adoptarea unui cadru normativ care să stabilească o metodologie uniformă de acordare a resurselor financiare necesare rețelei de unități spitalicești de la nivel național. Propunerile s-au axat pe stabilirea unor criterii unice de acordare a finanțării investițiilor;

- Finanțarea tardivă a proiectelor de investiții aprobate, inclusiv la finalul anului, ceea ce conduce la imposibilitatea demarării, respectiv a parcurgerii etapelor procedurilor de achiziție necesare realizării proiectelor respective. Propunerile au fost de evitare a acestor situații;

- Decontarea serviciilor medicale (ambulatorii de specialitate, spitalizare de zi sau continuă) necesită o revizuire atât sub aspectul stabilirii unor noi praguri valorice, care să țină cont de nivelul costurilor aferente serviciului furnizat, cât și de îndeplinirea unor criterii de performanță de către furnizorul serviciului medical. Tarifele scăzute privind decontarea serviciilor medicale furnizate în ambulatoriu și spitalizare de zi încurajează creșterea numărului de internări continue, acestea beneficiind de tarife mai apropiate de nivelul real al costurilor serviciilor medicale furnizate. Propunerea a fost aceea a actualizării tarifelor decontate pentru serviciile medicale furnizate în baza Contractelor-cadru;

- În vederea creșterii gradului de accesibilitate la serviciile medicale în ambulatoriul de specialitate al unităților spitalicești, este necesară organizarea acestora în regim de program prelungit, astfel încât să fie acoperite intervale orare atât dimineața cât și după-amiaza. În acest sens, pentru a se asigura prezența în regim de program prelungit a cadrelor medicale în specialitățile solicitate de patologia pacienților este nevoie de atragerea acestora către unitățile spitalicești din rețeaua publică, fiind semnalată necesitatea elaborării unui cadru legal care să permită diversificarea surselor de finanțare a acestui tip de servicii și de asemenea crearea unui sistem de co-plată, respectiv utilizarea în regim privat a infrastructurii spitalicești, inclusiv personalul medical/auxiliar, cu partajarea veniturilor astfel obținute între entitatea publică și furnizorul de servicii medicale private;

- Inventarul bunurilor ce constituie patrimoniul public al statului în care funcționează unități sanitare din rețeaua publică nu este actualizat și nu are clarificat în totalitate situația juridică. Din această cauză, spitalele respective nu pot aplica în vederea accesării fondurilor nerambursabile, solicitarea fiind aceea de actualizare a Anexei nr. 15 la HG nr. 1705/2006 și efectuarea demersurilor necesare intabulării tuturor imobilelor în care funcționează unități sanitare;

- Cu excepția unităților sanitare în care funcționează structuri UPU/CPU, nu există o alocare bugetară distinctă asigurării mentenanței dispozitivelor, respectiv echipamentelor medicale, fiind semnalat faptul că unitățile sanitare, după asigurarea plății salariilor pentru personal și achizițiilor de medicamente de strictă necesitate, se află în situația de a nu mai deține fonduri suficiente pentru acest tip de cheltuielă. În acest fel este afectată calitatea serviciului medical dar și siguranța privind sănătatea și securitatea în muncă, iar propunerea este de finanțare distinctă a serviciilor de mentenanță pentru echipamentele medicale din bugetul de stat;

- Normarea personalului medical prin raportarea în mod exclusiv la numărul de paturi numai reprezintă o modalitate adecvată de stabilire a numărului de posturi necesar bunei funcționări a spitalelor publice. Propunerea este de modificare a legislației prin stabilirea unei modalități de normare mai flexibilă, care să aibă în vedere în primul rând patologia și gradul de dependență al pacientului;

- În cazul rezidențiatului pe post, s-a constatat o lipsă de apetență a medicilor care finalizează perioada de rezidențiat în a ocupa postul în spitalul pentru care a optat, motivele principale fiind: postul se găsește în spitale din localități mici care nu prezintă perspective sau oportunități socio-economice; spitalul nu prezintă dotarea necesară pentru desfășurarea activității și/sau pentru dezvoltarea profesională; probleme legate de cazare/transport față de localitatea de domiciliu a medicului sau de integrarea familiei în comunitate (locuri de muncă, sistem învățământ, mediu cultural etc). Din această cauză, spitalele blochează posturi care nu vor fi ocupate de niciun medic (nu prezintă în general interes posturile pe perioadă determinată), crescând nevoia

de personal medical mai ales în specialități deficitare. Propunerea a fost aceea de modificare și completare a cadrului legal existent, astfel încât, în cazul rezidențiatului pe post, medicul să fie încurajat în a ocupa efectiv respectivul post. Măsurile pot viza: punerea la dispoziție de locuințe, decontare transport, facilități de ordin fiscal.

- În contextul pandemiei s-a manifestat acut nevoia de personal medical care, de multe ori, a fost depășit de volumul și complexitatea tabloului clinic manifestat de pacienți. Măsurile aplicate în perioada pandemică se dovedesc ca fiind utile și pentru viitor, pentru organizarea activității medicale. Propunerea a fost aceea de modificare a cadrului legal astfel încât ocuparea posturilor personalului din unitățile sanitare să fie făcută la nivel de unitate, repartizarea efectivă urmând a fi făcută în funcție de competențele personalului și nevoile angajatorului;

- Salarizarea personalului TESA din cadrul unităților sanitare publice nu reflectă nivelul de pregătire profesională, gradul de complexitate și volumul de muncă prestat, (economisti, ingineri, jurist, specialiști IT etc), fiind în același timp discriminatoriu prin discrepanță față de modul de salarizare al personalului medical, astfel că nu prezintă interes pentru angajare, activitatea spitalelor fiind perturbată în derularea proiectelor. Propunerea a fost de modificare a grilei de salarizare a personalului TESA.

Principalele **propuneri de modificări legislative formulate de conducerea unităților sanitare spitalicești de subordonare locală** la care s-a realizat acțiunea de documentare sunt:

- Modificarea cadrului legal privind modul de finanțare a spitalelor, având la bază calculul cheltuielilor efective realizate pentru furnizarea serviciilor medicale, astfel încât tariful acordat pentru un anumit serviciu să reflecte costul real, care include toate cheltuielile efective angajate în realizarea acestuia (medicamente, materiale, utilități, personal); în prezent, tariful calculat pe caz ponderat, respectiv punctul de calcul pentru consultație în ambulatoriu, nu reflectă costurile reale ale serviciilor, iar sumele alocate prin contractul cu CAS nu acoperă toate costurile reale ale serviciilor. Finanțarea să fie acordată la serviciile realizate efectiv, întrucât sumele contractate pentru spitalizare nu sunt suficiente pentru toate serviciile furnizate;

- Modificarea Legii nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, prin introducerea obligativității autorităților publice locale (județene, municipale, orașenești) privind asigurarea finanțării utilităților și a lucrărilor de investiții (reparații capitale, modernizări în infrastructura spitalicească pentru toate instituțiile sanitare din subordinea acestora). Definirea clară, în cuprinsul acestei legi, a modalităților și a cadrului legal de închiriere a spațiilor cu destinație medicală/nemedicală din administrarea spitalelor;

- Modificarea cadrului legislativ în vederea responsabilizării autorităților locale în asigurarea condițiilor desfășurării activității medicale și asigurarea unor locuințe pentru personalul medical;

- Modificarea cadrului legislativ care reglementează finanțarea investițiilor din fonduri UE, în sensul facilitării angajării de personal specializat în accesarea de fonduri europene la nivelul unităților sanitare, care să permită derularea eficientă a operațiunilor specifice (prin stabilirea clară a responsabilităților structurilor abilitate și decontarea oportună a cererilor de finanțare), și creșterea gradului de absorbție a fondurilor europene;

- Modificarea Ordinului M.S. nr.323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență, în sensul corelării criteriilor de clasificare ale spitalelor cu nevoile reale de servicii medicale identificate în zonă, fără impunerea unor structuri care uneori sunt mari consumatoare de fonduri bănești; modificarea prevederilor legale referitoare la modul de încadrare pe categorii a unităților spitalicești, pentru a se evita discriminarea în cazul spitalelor monospécialitate

- Autorizațiile, avizele și acreditările necesare desfășurării activității să nu necesite plată, întrucât spitalele sunt finanțate în principal de la bugetul de stat, iar unele dintre instituțiile care autorizează și către care spitalul plătește sunt tot instituții ale statului; realizarea unei armonizări legislative care să vizeze îmbunătățirea comunicării simplificate a autorităților cu unitățile spitalicești în ceea ce privește activitatea de obținere a unor avize/autorizații/acreditări;

- Negocierea contractelor cu Casa de Asigurări de Sănătate să se realizeze la capacitatea reală a utilizării paturilor, fără a mai fi utilizat Procentul de referință (P); finanțarea la valoarea reală a cheltuielilor efectuate pe un caz rezolvat în spitalizarea continuă;

- Modificarea legislației, astfel încât CNAS să poată deconta și depășirile de contract, în continuare, nu doar pe perioada stării de alertă;

- Ordinul M.S. nr.1224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, precum și pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății publice nr.1778/2006 privind aprobarea normativelor de personal, discriminează aparatul funcțional, respectiv TESA, după numărul de paturi, fără a avea în vedere și celelalte structuri din organigrama spitalului;

- Adaptarea legislației muncii privind modalitatea de angajare a personalului din unitățile spitalicești, întrucât procedurile existente sunt stufoase și cu o durată mare de realizare/aplicare. Totodată, în procesul de angajare a personalului, nu este inclus și managerul. În mediul privat, există head-hunting, proces de recrutare pe baza gradului de raportare a candidatului la misiunea și viziunea companiei. În domeniul sanitar, procesul de recrutare a personalului este unul mecanic, bazat pe cunoștințe teoretice;

- Prevederi legale clare pentru medicii care au contract de muncă încheiat într-un spital public, dar își desfășoară activitatea în baza altui contract de muncă într-un cabinet medical privat aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, aceștia trebuind să aibă obligativitatea să opteze pentru un singur contract de muncă;

- Modificarea legii salarizării pentru personalul care își desfășoară activitatea în unitățile spitalicești, incluzând salarizare diferențiată pe secții, fără să mai fie necesare sporurile sau flexibilizarea plafonului pentru sporurile acordate în spital, în funcție de complexitatea specializărilor din cadrul unității sanitare. Modificarea coeficienților de ierarhizare și a limitei maxime de salarizare pentru personalul cu studii superioare și de conducere, corelativ cu gradul de responsabilitate, întrucât: comparativ cu un asistent medical, un economist sau un inginer cu studii superioare are un salariu de bază mai mic, iar comparativ cu personalul medical conex cu studii superioare (psihologi, kineoterapeuți, asistenți sociali, etc.) drepturile salariale sunt la jumătate; ca urmare, se propune alinierea salariilor de bază pentru personalul mediu din aparatul funcțional la nivelul asistenților medicali, iar cele ale personalului cu studii superioare la nivelul personalului medical conex;

- Modificarea legislației privind modalitatea de plată a orelor de gardă efectuate de către medici, precum și posibilitatea decontării cheltuielilor de deplasare ale personalului din unitățile spitalicești care efectuează naveta la/de la locul de muncă;

- Soluții legislative pentru crearea unui echilibru între grilele de salarizare a personalului medical și personalului auxiliar din cadrul unităților spitalicești;

- Adoptarea unor acte normative care să stabilească stimulente salariale mai mari pentru zonele mai puțin dezvoltate din punct de vedere economic, astfel încât personalul medical să fie motivat/interesat să lucreze în aceste zone, prin identificarea/stabilirea unei surse de finanțare la nivel național cu această destinație. În acest fel, principiul constituțional al accesului la servicii medicale ar fi respectat și pentru locuitorii din aceste zone). Totodată, se propune: eliminarea sporurilor, prin includerea eventuală a acestora în salariile convenite angajaților și, respectiv, plata salariilor în funcție de performanțele realizate de către salariați;

- Pentru angajarea în mod eficient, echitabil și transparent a personalului în unitățile spitalicești sunt necesare îmbunătățiri legislative și administrative în ceea ce privește organizarea concursurilor pentru ocuparea posturilor (reducerea timpului pentru organizarea și desfășurarea concursurilor, stabilirea exactă a timpului de răspuns a membrilor pentru prezența în comisile de concurs, publicarea într-un timp mai scurt a posturilor și crearea unei metodologii clare la nivel național pentru fiecare tip de post scos la concurs);

- Modificarea O.M.S. nr.1224/2010 privind aprobarea normativelor de personal pentru asistența medicală spitalicească, precum și pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății publice nr.1778/2006 privind aprobarea normativelor de personal, în sensul normării corespunzătoare a personalului din cadrul spitalelor sub 300 de paturi;

- Crearea cadrului legislativ necesar care să impună obligativitatea medicilor rezidenți pe post de a profesa minim 3 ani pe postul pe care l-au ocupat la promovarea examenului de rezidențiat (se propune ca medicii rezidenți pe post să nu mai poată renunța la post prin simpla demisie, în urma încheierii perioadei de rezidențiat);

- Elaborarea unui act normativ prin care și bolnavii care suferă de afecțiuni psihice majore să beneficieze de medicamente prin programele naționale (așa cum beneficiază în prezent TBC-ul, oncologia, dializa), programe derulate prin Casele de Asigurări de Sănătate;

- Adoptarea unui act normativ prin care pacienții care suferă de afecțiuni psihice majore și care nu sunt cuprinși în nicio formă de asigurare să poată beneficia de servicii medicale fără plata contribuției, întrucât aceștia nu pot avea un loc de muncă.



## V.Recomandări

Pe baza datelor și informațiilor colectate pe parcursul misiunii de audit efectuată la Ministerul Sănătății și a documentărilor la celelalte unități sanitare cu paturi din rețeaua proprie a altor ministere și a celor aflate în administrarea autorităților administrației publice locale, în urma analizei realizate au rezultat o serie de concluzii pe baza cărora au fost formulate în principal, următoarele recomandări:

**POLITICI  
DE  
SĂNĂTATE**

- ▶ Crearea unei baze de date integrate, care să permită accesul persoanelor autorizate, în ceea ce privește numărul de posturi vacante de medici pe specialități la nivel național, atât din unitățile sanitare din subordinea Ministerului, cât și cele din cadrul altor ministere cu rețea sanitară proprie, precum și cele de subordonare locală, care să fie actualizată periodic, astfel încât să se cunoască situația exactă a numărului de posturi vacante și a specialităților la care există deficit de medici
- ▶ Utilizarea de date și informații dintr-o bază de date unitară, integrată, cu acces pe nivel de competențe, care să conțină informații actualizate și pe baza cărora să se realizeze analize în luarea deciziilor în sistem
- ▶ Elaborarea unei metodologii cu privire la criteriile care sunt luate în calcul în vederea stabilirii cifrei de școlarizare și a repartizării candidaților pe centre universitare, specialități, pe unități spitalicești
- ▶ Identificarea soluțiilor de reducere a deficitului de medici/personal medical prin crearea unor condiții atractive de muncă și motivarea acestora, atât în mediul urban/rural cât și în zonele defavorizate, inclusiv prin implicarea autorităților locale
- ▶ Reducerea discrepanțelor între numărul de medici raportat la populație între regiunile de dezvoltare, ca urmare a analizării și corelării cu cartografierea serviciilor medicale pe regiuni, pe categorii de diagnostic și nevoi de sănătate
- ▶ Identificarea și implementarea de strategii de stimulare a medicilor rezidenți, în colaborare cu instituțiile abilitate (ex: UATM), astfel încât, după finalizarea pregătirii în rezidențiat, aceștia să profeseze la postul pentru care au candidat și pe care l-au ocupat
- ▶ Revizuirea/armonizarea legislației privind rezidențiatul cu obligativitatea de scoatere la concurs a posturilor vacante, precum și stabilirea unor criterii specifice privind modul de efectuare a rezidențiatului începând cu a -II-a specializare
- ▶ Realizarea de politici de flexibilizare a personalului și de stimulare a performanței prin introducerea unor criterii de performanță, care au la bază indicatorii de performanță privind activitatea personalului medical cât și a unității sanitare; realizarea de politici de remunerare al personalului din sistemul medical pe criterii de performanță în activitate
- ▶ Asigurarea unor standarde înalte de prevenire a infecțiilor nosocomiale și adaptarea permanentă a acestora în funcție de ultimele evoluții epidemiologice
- ▶ Coordonarea, îndrumarea metodologică și controlul implementării procedurilor privind controlul intern managerial, a monografiilor privind operațiunile specifice domeniului sănătății, precum și a măsurilor dispuse ordonatorilor de credite din subordine
- ▶ Monitorizarea gradului de îndeplinire a indicatorilor cuprinși în documentele strategice, care să conțină și propuneri cu privire la modul de depășire a eventualelor sincope
- ▶ Instituirea unei modalități de verificare a respectării termenelor și a exactității și realității datelor raportate în aplicația [www.infrastructura-sanatate.ms.ro](http://www.infrastructura-sanatate.ms.ro) (OMS nr.1041/2014), inclusiv prin nominalizarea în ROF a structurii cu atribuții în acest sens, precum și stabilirea de sancțiuni de neconformare aplicabile unităților sanitare; elaborarea unei proceduri operaționale, cu privire la modalitatea de utilizare a informațiilor colectate prin intermediul acestei aplicații cu precizarea tipurilor de rapoarte care se vor genera, a structurilor care vor utiliza aceste rapoarte și a scopului în care acestea vor fi utilizate
- ▶ Dezvoltarea unui plan anual de recrutare a personalului, elaborarea de politici de personal eficiente și durabile inclusiv de atragere și retenție a personalului medical în domeniile deficitare, definirea unui plan de formare și dezvoltare profesională, pe baza necesităților identificate (recrutarea personalului, creșterea nivelului de instruire, asigurarea necesarului minim de personal care asigură și garantează siguranța continuității asistenței medicale)

- ▶ Crearea unei baze de date integrate, care să permită accesul persoanelor autorizate, în ceea ce privește numărul medicilor rezidenți care au finalizat pregătirea în rezidențiat și s-au întors/nu s-au întors la postul pentru care au candidat la concursul de rezidențiat și conceperea/realizarea de politici de retenție a rezidenților, inclusiv prin introducerea de clauze la contractul individual de muncă similare rezidențiatului pe post și rezidenților pe loc
- ▶ Actualizarea procedurilor operaționale în ceea ce privește stabilirea numărului de locuri, respectiv posturi publicate la concursul de rezidențiat

<p><b>MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Analizarea și identificarea cu rigurozitate a specialităților care au un grad mic de ocupare și acoperirea nevoilor din unitățile sanitare cu locuri scoase la concursul de rezidențiat în aceste specialități deficitare</li> <li>▶ Colaborarea în continuare cu instituțiile de învățământ superior pentru acoperirea nevoilor de medici în specialitățile deficitare</li> <li>▶ Implementarea Registrului Național al Profesiștilor din Sistemul de Sănătate în scopul dezvoltării celor mai eficiente politici de resurse umane necesare pentru asigurarea stării de sănătate a populației</li> <li>▶ Identificarea cauzelor privind fluctuația de personal și subdimensionarea personalului tehnic, economic și socio-administrativ care contribuie la creșterea calității serviciilor medicale și a satisfacției pacienților, precum și inițierea demersurilor în vederea remunerării acestuia în funcție de criteriile de performanță raportate la unitatea spitalicească</li> <li>▶ Sistemul de decontare a serviciilor medicale utilizat de CNAS (bazat pe DRG) trebuie actualizat la un nivel care să fie în concordanță cu nivelul real al costurilor de spitalizare</li> <li>▶ Maximizarea veniturilor, inclusiv prin atragerea de fonduri europene nerambursabile, precum și creșterea eficienței utilizării resurselor financiare, în scopul creșterii calității serviciilor prestate și implicit al creșterii satisfacției pacienților</li> <li>▶ Monitorizarea îndeplinirii indicatorilor privind activitatea medicală prin evaluarea activității managerilor</li> <li>▶ Asigurarea continuității managementului unităților sanitare prin organizarea concursurilor pentru ocuparea posturilor vacante pentru toți membrii comitetului director; organizarea unor cursuri de pregătire specifică pentru managerii de spitale</li> <li>▶ Monitorizarea și controlul sporurilor și stimulentele financiare acordate de unitățile sanitare; crearea unui sistem coerent de salarizare și stimulare a întregului personal medical</li> <li>▶ Definirea clară de către Ministerul Sănătății a zonelor defavorizate din punct de vedere al serviciilor medicale, precum și a zonelor defavorizate deservite de unitățile spitalicești; asigurarea de resurse financiare suplimentare, în vederea acoperirii costurilor, ca urmare a deservirii unor zone defavorizate</li> </ul>
<p><b>MANAGEMENTUL INFRASTRUCTURII UNITĂȚILOR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Identificarea tuturor unităților neautorizate pentru securitatea la incendiu total/parțial, a tuturor categoriilor de probleme întâmpinate în procesul autorizării, precum și sprijinirea, îndrumarea, monitorizarea și controlul spitalelor pe această temă</li> <li>▶ Simplificarea procedurilor și normativelor de autorizare a spitalelor</li> <li>▶ Revizuirea de către Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate a elementelor de validare solicitate pentru acreditarea spitalelor, în strânsă corelare cu indicatorii din Strategia Națională de Sănătate</li> <li>▶ Efectuarea unei analize pentru identificarea unor soluții aplicabile clădirilor cu vechime mare pentru reabilitări/modernizări/consolidări</li> <li>▶ Luarea de măsuri imediate pentru clădirile expertizate cu Clasa de risc seismic, din care fac parte clădirile cu susceptibilitate de prăbușire, totală sau parțială, pentru siguranța pacienților și cadrelor medicale</li> <li>▶ Realizarea unui Plan național strategic de modernizare a infrastructurii unităților spitalicești</li> <li>▶ Definirea unor standarde comune pe care trebuie să le îndeplinească clădirile spitalelor și instituirea de măsuri de control și prevenție împotriva producerii unor situații excepționale</li> <li>▶ Analizarea aplicațiilor informatice utilizate de unitățile spitalicești și trecerea la un sistem integrat de raportare care să faciliteze scăderea duratei de prelucrare a datelor, precum și implementarea sistemului de telemedicină cu scopul îmbunătățirii calității actului medical</li> <li>▶ Efectuarea unei analize anuale a solicitărilor unităților sanitare pentru dotarea cu aparatură de tip CT/RMN, coroborat cu plățile efectuate de acestea pentru serviciile de imagistică și luarea măsurilor care se impun, respectiv prioritizarea alocării fondurilor pentru investiții având în vedere permanent faptul că, dotarea eficientă a unităților sanitare cu astfel de echipamente medicale conduce implicit la posibilitatea obținerii de economii la cheltuielile cu serviciile acestor unități</li> <li>▶ Aplicarea într-o manieră transparentă a criteriilor de alocare a fondurilor utilizate privind investițiile și lucrările de intervenții în infrastructură precum și dotarea cu echipamente medicale și alte dotări</li> </ul>

<p><b>SANITARE</b></p> <p><b>SPITALICEȘTI</b></p>	<p><i>independente, unităților publice solicitante din rețeaua Ministerului Sănătății precum și pentru cheltuielile de investiții ale unităților sanitare din rețeaua Autorităților administrației publice locale, prin asocierea unor punctaje, astfel încât să conducă la eliminarea componentei subiective în analiza solicitărilor și repartizarea acestor fonduri; informarea cu celeritate a unităților sanitare ale căror solicitări de fonduri pentru investiții nu au fost aprobate pentru a se iniția de către management măsurile adecvate</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <i>Solicitarea de fonduri pentru investiții/dotări în infrastructura unităților sanitare în corelație cu atragerea/angajarea de resurse umane specializate pentru acest tip servicii medicale</i></li> <li>▶ <i>Realizarea unei distribuții echilibrate/a unei monitorizări a cheltuielilor prin intermediul centrelor de cost ale unităților sanitare</i></li> <li>▶ <i>Sistemul de finanțare să se bazeze pe un plan de dezvoltare multianual agreat de toate autoritățile finanțatoare</i></li> <li>▶ <i>Creșterea gradului de execuție a cheltuielilor și evitarea menținerii unor credite bugetare neutilizate</i></li> <li>▶ <i>Creșterea veniturilor din prestarea serviciilor medicale inclusiv în ambulatorii pentru entitățile care dețin astfel de centre de cost</i></li> <li>▶ <i>Analizarea arieratelor înregistrate și monitorizarea unităților subordonate în privința plăților restante și a prioritizării plăților în funcție de vechimea datoriei</i></li> <li>▶ <i>Luarea de măsuri de organizare a structurii secțiilor pe centre de cost și urmărirea cheltuielilor pe aceste centre (inclusiv ambulatoriile), astfel încât acestea să nu înregistreze pierderi</i></li> <li>▶ <i>Activitățile de investiții din fonduri externe nerambursabile, precum și serviciile medicale efectuate contracost sunt zone perfectibile, necesitând măsuri de prioritizare a atragerii de fonduri europene și de elaborare și implementare a strategiei în acest domeniu, precum și a atragerii de venituri proprii, altele decât cele obținute din contractele încheiate cu casele județene de asigurări de sănătate</i></li> <li>▶ <i>Realizarea periodică a monitorizării și evaluării gradului de implementare a indicatorilor specifici (clinici și financiari), astfel încât să se poată identifica oportunitățile de îmbunătățire a calității serviciilor oferite, urmărind reducerea costurilor și încadrarea în bugetul de venituri și cheltuieli</i></li> <li>▶ <i>Continuarea demersurilor de accesare a fondurilor externe nerambursabile finanțate din Fonduri Europene și totodată a implementării proiectelor începute pentru dezvoltarea infrastructurii unităților sanitare spitalicești</i></li> <li>▶ <i>Eficientizarea gestionării deșeurilor medicale prin investiții în echipamente/tehnologie nouă/infrastructura în domeniu, inclusiv stații de tratare, incinerare ș.a astfel încât să urmărească respectarea standardelor de mediu și diminuarea costurilor unităților sanitare; analizarea situației echipamentelor nefuncționale și inițierea unor demersuri pentru utilizarea acestora</i></li> <li>▶ <i>Efectuarea unei analize a infrastructurii și dotărilor spitalelor publice inclusiv cu privire la tratarea pacienților cu arsuri grave și stabilirea unei liste de priorități a investițiilor</i></li> <li>▶ <i>Analizarea necesității și oportunității în ceea ce privește dotarea spitalelor cu mijloace de transport medical asistat/transport sanitar neasistat, precum și luarea măsurilor care se impun, după caz</i></li> <li>▶ <i>Monitorizarea și controlul asupra spitalelor care au obligativitatea declarării activităților de sponsorizare în calitate de beneficiari</i></li> <li>▶ <i>Avizarea la nivelul MS a acordurilor de colaborare/contractelor/parteneriatelor încheiate de către spitale, inclusiv a transferurilor de echipamente/dotări de la un ordonator la altul; efectuarea de transferuri de bunuri între ordonatorii principali de credite numai după avizarea/aprobarea bilaterală a acestor operațiuni economice</i></li> <li>▶ <i>Pentru îmbunătățirea activității și performanțelor unităților sanitare spitalicești se recomandă evaluarea tuturor problemelor menționate și a propunerilor, actualizarea/modificarea/completarea cadrului legislativ aferent problemelor identificate de către unitățile spitalicești, după caz.</i></li> </ul>
---	---

**ȘEF DEPARTAMENT V**  
**CONSILIER DE CONTURI**

**CLAUDIA BOGHICEVICI**