

București, 21 iulie 2025

În atenția:

Domnului **Ilie Bolojan**
Prim Ministrul României

Domnului **Alexandru Rogobete**
Ministrul Sănătății

Domnului **Alexandru Nazare**,
Ministrul Finanțelor

Domnului **Horațiu Moldovan**
Președinte, Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Spre știință:
Domnului **Dragoș Anastasiu**
Vice Prim Ministru

Domnului **Alexandru Rafila**
Președinte, Comisia pentru Sănătate și familie, Camera Deputaților

Domnului **Adrian Streinu Cercel**
Președinte, Comisia pentru Sănătate, Senat

Ref.: Modernizarea sistemului spitalicesc - recomandări de politici pentru eficiență și sustenabilitate

Stimate domnule Bolojan,
Stimate domnule Rogobete,
Stimate domnule Nazare,
Stimate domnule Moldovan,
Stimate domnule Anastasiu,
Stimate domnule Rafila,
Stimate domnule Streinu Cercel,

Camera de Comerț Americană în România, prin intermediul Comitetului de Sănătate, vă transmite prezentul document de poziție în contextul semnalelor recente formulate de Prim-ministrul României privind creșterea accelerată și nesustenabilă a cheltuielilor publice din sistemul de sănătate. În pofida eforturilor bugetare semnificative, eficiența sistemului rămâne sub așteptări, iar presiunea asupra resurselor disponibile este tot mai vizibilă.

În acest context, **subliniem că reforma spitalelor publice** – deși un subiect sensibil și adesea evitat – este esențială pentru sustenabilitatea și modernizarea sistemului de sănătate. Fără o intervenție structurată și curajoasă, riscurile de colaps operațional vor crește, iar calitatea serviciilor medicale oferite pacienților va continua să fie una nevralgică, neadecvată etapei de dezvoltare în care se regăsește România. Identificarea unor reforme structurale cu impact asupra performanței financiare și medicale a spitalelor publice din România, inspirate din bune practici internaționale și adaptate contextului național

este o necesitate evidentă pentru un sistem de sănătate care arată și se comportă ca unul cronic sub-finanțat, dar care a avut creșteri de cheltuieli evidente în ultimii ani, fără o evidență a performanței actului medical și a rezultatelor la nivelul pacienților. **Optimizarea utilizării resurselor financiare**, menținând sau sporind calitatea serviciilor medicale, este esențială pentru un sistem de sănătate sustenabil. Obiectivul acestor măsuri trebuie să rămână asigurarea unui acces oportun, complet și adecvat al pacienților la îngrijiri medicale.

Pag | 2

Comunitatea de afaceri pe care AmCham România o reprezintă vă prezintă în cele ce urmează câteva idei concise, structurate, cu **reforme-cheie în managementul spitalicesc** care pot fi puse în discuție și adaptate în funcție de nivelul de ambiție politică și de capacitatea administrativă.

Aceste reforme pot fi aplicabile progresiv, cu sprijin tehnic și politic și pot avea un impact substanțial asupra eficienței financiare și a calității serviciilor medicale. Ele ar trebui să fie incluse într-un **program cadru multianual de regândire și modernizare a spitalelor** (introdus în Strategia Națională de Sănătate 2020-2030¹), acompaniat de investiții în infrastructură digitală, formare managerială și reglementări transparente privind alocarea fondurilor.

AmCham își exprimă deschiderea de a colabora în mod constructiv cu autoritățile relevante pentru a identifica cele mai eficiente soluții care să asigure sustenabilitatea financiară a sistemului medical public, fără a afecta calitatea serviciilor oferite pacienților sau echilibrul fiscal general.

Rămânem la dispoziția dumneavoastră pentru discuții suplimentare sau clarificări.

Cu aleasă considerație,

Vlad Boeriu

Președinte

AmCham România

Georgiana Coșoveanu

Președinte

Comitetul de Sănătate

AmCham România

¹ https://ms.ro/media/documents/Anexa_1_-_SNS.pdf

Recomandări strategice de politici pentru creșterea eficienței operaționale și asigurarea sustenabilității pe termen lung a sistemului spitalicesc din România

1. Optimizarea rețelei de spitale

Pag | 3

Recomandări de luat în calcul:

- Evaluarea rețelei existente de spitale trebuie realizată pe baza **nevoilor reale** de îngrijire la nivel local, luând în calcul resursele disponibile și potențialul de dezvoltare. **Spitalele cu activitate redusă/ineficientă** ar trebui transformate în alte structuri de îngrijire (centre de recuperare, îngrijire cronică/paliativă, ambulatorii sau centre de permanență). Reanalizarea rețelei actuale de spitale în funcție de **acoperirea nevoilor de îngrijiri medicale, volumul activității reale, calitatea serviciilor medicale acordate și competențele medicale disponibile pe criterii obiective este imperativă.**
- Dezvoltarea **rețelelor județene/regionale integrate de sănătate**, cu trasee clare ale pacientului (de la medicul de familie și centrele ambulatorii până la spitalul regional/universitar, urmând ulterior centrele de recuperare sau îngrijiri paliative). Un model care ar putea fi funcțional ar fi dezvoltarea rețelelor regionale integrate care poate fi realizată pe bugetul Caselor Județene/structura regiunilor de dezvoltare a României sau în jurul spitalelor universitare (pentru Programele Naționale de Sănătate). În acest fel, spitalele orășenești, municipale și județene ar putea să funcționeze sub coordonarea administrativă a spitalelor județene /viitoarelor spitale regionale (eventual în regim de holding public).
- **Reducerea supraaglomerării** din unele spitale și creșterea eficienței acestora prin mutarea anumitor servicii către structurile de tip ambulator pentru diferite tipuri de servicii cum ar fi serviciile efectuate prin spitalizarea de zi, îngrijiri cu tehnologie de înaltă performanță. Se recomandă și optimizarea modelelor de eliberare a medicamentelor pentru pacienții din cadrul Programelor Naționale de Sănătate, inclusiv prin transferul, acolo unde este justificat, din farmaciile cu circuit închis către cele cu circuit deschis. Această măsură poate fi aplicată în situațiile în care forma farmaceutică, condițiile de administrare și transport, precum și natura și severitatea afecțiunii o permit.

Argumentație:

- Deși ideea reducerii numărului de spitale sau a reprofilării acestora poate genera reticență la nivel local, realitatea arată că o rețea extinsă, dar ineficientă, generează costuri mari și rezultate modeste. Este preferabil să avem ambulatorii bine dotate și funcționale, care să rezolve rapid cazurile ușoare și să prevină supraaglomerarea, și în același timp, spitale județene/regionale puternice, capabile să gestioneze intervențiile complexe cu echipe medicale complete și aparatură performantă.
- În același timp, multe dintre activitățile ce se desfășoară în regim spitalicesc pot fi transferate către ambulatorii fără pierderea calității serviciului medical, de exemplu administrarea tratamentelor medicamentoase în regim de spitalizare de zi. În prezent, unele medicamentele din Programele Naționale de Sănătate ce necesită administrare în spital sau sub supraveghere medicală pot fi achiziționate doar de către spitale. Modificarea Normelor Contractului Cadru și permiterea eliberării

acestor medicamente prin farmaciile cu circuit deschis ar reduce complexitatea și resursele necesare achiziției și administrării lor, cât și costurile generate de spitalizările de zi, prin administrarea în ambulatoriu.

✓ **Exemple internaționale: Finlanda, Portugalia, Cipru, Germania și Franța**

- În Finlanda, rețeaua de spitale a fost reorganizată regional, cu centre universitare bine dotate și spitale locale transformate în unități de îngrijire cronică, recuperare sau servicii ambulatorii. În Portugalia, spitalele mici din zone rurale au fost reorganizate în **unități satelit**, coordonate de spitale regionale.
- Modelul Finlandei sau cel al Portugaliei arată că reorganizarea inteligentă a rețelei spitalicești — prin transformarea unităților mici în centre de zi, de recuperare sau îngrijire cronică — permite îmbunătățirea calității actului medical și reducerea semnificativă a costurilor fixe. România are nevoie de o abordare similară, centrată pe pacient, dar bazată pe indicatori de performanță și nevoi reale, nu pe criterii istorice sau administrative.
- Cipru a introdus un sistem general de sănătate (GeSY) care a reorganizat complet rețeaua de spitale publice și private. Reforma a inclus integrarea serviciilor într-o rețea unică, finanțare unificată și acces universal, creșterea eficienței prin digitalizare și contractare competitivă a furnizorilor. Rezultatul a fost reprezentat de reducerea costurilor, reducerea timpilor de așteptare și creșterea satisfacției pacienților².
- Germania a implementat un model de regionalizare a spitalelor, în care spitalele mici au fost transformate în centre de îngrijire intermediară. Serviciile complexe au fost concentrate în centre regionale de excelență. Acest model a dus la reducerea costurilor, creșterea calității actului medical dar și optimizarea resurselor umane și tehnologice³.
- Franța a creat Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) – rețele teritoriale care coordonează spitale din aceeași regiune, partajează resurse (echipamente, personal, IT), planifică împreună serviciile și investițiile. Rezultatul a fost evitarea duplicării serviciilor și acces echitabil la îngrijiri specializate⁴.

Pag | 4

2. **Finanțarea spitalelor bazată pe performanță și rezultate reale**

Recomandări de luat în calcul:

- Introducerea unui **sistem de finanțare pe bază de indicatori de performanță** (calitate, eficiență).
- Alocarea fondurilor nu doar pe baza structurii/gradului de clasificare al spitalului (numărului de paturi, personal) ci pe **rezultatele medicale obținute** (model DRG îmbunătățit cu indicatori de management medical).
- **Audit obligatoriu periodic** pe codificarea și raportarea cazurilor spitalizate (DRG), cu penalizarea corespunzătoare a cazurilor dovedite de raportare defectuoasă. Un soft dedicat, cu verificare de la distanță este indicat. Recomandăm recuperarea sumelor nedecontate (prin greșeli de raportare) în

² <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews>

³ https://www.oecd.org/en/publications/improving-healthcare-quality-in-europe_b11a6e8f-en.html

⁴ https://www.oecd.org/en/publications/improving-healthcare-quality-in-europe_b11a6e8f-en.html

timp real de către Casa Națională de Sănătate (un criteriu care trebuie să fie introdus și în evaluarea managerilor de spitale)

- **Evaluarea spitalelor** și publicarea transparentă a rezultatelor acestora prin **benchmarking național**, realizat pe categorii comparabile de spitale (de exemplu, orașenești, județene, universitare), pentru a identifica ineficiențele sistemice, costurile exagerate pe serviciu și a interveni în reducerea acestora. Implementarea completă a programului CaPeSSCOST la nivel național va fi de ajutor.
- **Revizuirea anuală a grilei de tarife pentru serviciile acordate în regim ambulator** (cel puțin indexarea la inflație), astfel încât sumele atrase prin ambulator să fie competitive comparativ cu cele atrase prin serviciile de spital.
- Dezvoltarea Programelor Naționale de Screening care să fie făcute metodic, constant și obligatoriu.
- **Ulterior evaluării rețelei spitalicești și a nevoilor reale de servicii medicale** la nivel regional și local, se impune actualizarea sistemului de finanțare, **inclusiv prin revizuirea tarifelor DRG** pentru a reflecta costurile reale ale anului 2025, în special cele legate de servicii și salarizare.
- Încurajarea finanțării din alte surse private în spitalele publice pentru tipuri specifice de servicii medicale, prin utilizarea eficientă a infrastructurii existente, inclusiv în afara orelor de program, poate diversifica sursele de venit și crește accesul la servicii. Integrarea atragerii de fonduri suplimentare private în evaluarea managerilor spitalelor poate susține o cultură instituțională orientată spre eficiență și autonomie financiară. Într-un context de subfinanțare, valorificarea contribuțiilor individuale deja existente poate sprijini dezvoltarea infrastructurii și îmbunătățirea calității serviciilor, fără a afecta accesul la pachetul de bază sau circuitul actual de finanțare

Argumentație:

- Modelul actual de finanțare a spitalelor, centrat în principal pe numărul de paturi, personal și pe volume de internări/externări raportate, generează distorsiuni structurale și comportamente defensive în sistem. În absența unor controale riguroase și a corelării cu indicatori de procese și rezultate finale la nivelul pacientului modelul actual de finanțare conduce la:
 - a) **Internările nejustificate și un management al pacientului neadecvat:** un număr semnificativ de internări în spitale, în special pentru afecțiuni cronice (precum boli cronice cardiovasculare, multe cazuri cu diabet sau unele boli pulmonare, precum și mulți pacienți veniți în urgență care nu au consulturi de ambulator în antecedent), ar putea fi evitate printr-o mai bună coordonare între nivelurile de îngrijire. Este esențială consolidarea rolului medicilor de familie și al medicilor specialiști din ambulatoriu în gestionarea acestor cazuri, ceea ce ar reduce presiunea asupra spitalelor, ar eficientiza costurile și ar îmbunătăți calitatea îngrijirii oferite pacienților;
 - b) **Existența fenomenului de supracodificare a diagnosticelor sau/și procedurilor ("upcoding"),** prin raportarea unor afecțiuni mai grave decât cele reale, pentru a crește valoarea sumelor rambursate prin DRG;
 - c) **Menținerea artificială a unui număr ridicat de paturi**, deși gradul real de ocupare este scăzut, doar pentru a proteja nivelul de finanțare.

Acest sistem nu doar că încurajează risipa, dar penalizează implicit spitalele care oferă îngrijiri eficiente, rapide și bazate pe prevenție.

AmCham propune introducerea unor criterii obiective și transparente în procesul de reevaluare și eficientizare a spitalelor, pentru a încuraja sustenabilitatea financiară, relevanța medicală și calitatea serviciilor oferite. Mai jos sunt 10 criterii practice:

1. Gradul de ocupare al organigramei – prag minim 70–75%

- **Argumentație:** Spitalele care funcționează cu o rată de ocupare scăzută a posturilor (sub 70%) nu sunt sustenabile, nici din punct de vedere al calității actului medical, nici financiar⁵. Existența de posturi „teoretice” în organigramă, dar neacoperite, nu generează servicii medicale reale. Lipsa personalului esențial (medici specialiști, ATI, imagistică) afectează grav capacitatea de intervenție. Reevaluarea acestui indicator ar trebui să fie un criteriu de existență sau reorganizare a spitalului.
- **Practici internaționale:** În țări ca Germania și Franța, spitalele regionale sunt evaluate periodic pentru acoperirea resurselor umane vs. complexitatea cazurilor tratate. Lipsa resursei umane determină închiderea/integrarea în centre mai mari.

Pag | 6

2. Capacitate minimă de diagnostic și tratament avansat

- **Argumentație:** Unitățile spitalicești care vor trece testul acestei reforme trebuie să asigure un set minim de servicii de diagnostic și tratament avansat: computer tomograf, rezonanță magnetică, secție ATI funcțională, cardiologie și neurologie. În lipsa acestora, spitalele nu răspund nevoilor reale ale populației, nu pot trata patologii acute sau complexe și riscă să devină unități pasive, generatoare de costuri inutile.
- **Comparație:** În Polonia, spitalele care nu pot acoperi serviciile de bază (imagistică, urgențe, ATI) sunt integrate în rețele regionale sau li se restricționează tipurile de cazuri eligibile pentru internare.

3. Procentul cheltuielilor cu salariile – maxim 65% din bugetul total

- **Argument:** Recomandăm ca procentul de cheltuieli salariale în total buget spital să fie sub 65%. Există spitale unde salariile consumă peste 90% din buget, ceea ce indică dezechilibre majore: nu mai rămân fonduri pentru investiții, întreținere, achiziții de echipamente sau medicamente. Acest dezechilibru generează un cerc vicios al ineficienței.
- **Consecințe:** Lipsă de consumabile și materiale esențiale, întârzieri în reparații sau investiții în infrastructură, imposibilitatea de a susține actul medical la standarde decente, mese neadecvate pentru pacienți.
- **Practici europene:** În Țările de Jos, spitalele au o plafonare legală a cheltuielilor de personal în jur de 60%, cu monitorizare trimestrială.

4. Corelarea indicatorului ICM (Indice de complexitate a cazurilor) cu realitatea clinică

- **Argumentație:** Supra-codificarea (upcoding) diagnosticului pentru a obține finanțare mai mare din DRG este o realitate în România, fără a reflecta complexitatea reală a cazurilor. Un spital care are

⁵ OECD, *Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?*, OECD Publishing, Paris, 11 ianuarie 2024, <https://doi.org/10.1787/880f3195-en> [economy-finance.ec.europa.eu+11oecd.org+11oecd.org+11](https://finance.ec.europa.eu+11oecd.org+11oecd.org+11)

30% ICM-ul peste valoarea medie a tipului de spital este considerată supra-codificare, constituind cauza principală a creșterii exponențiale a bugetelor CNAS locale.⁶

- **Propunere:**

- Introducerea unui sistem de audit extern pe codificare, similar modelului NHS England, care utilizează „Clinical Coding Audits”;
- Corelarea ICM cu durata medie de spitalizare, consum de resurse, necesar ATI etc.;

- **Exemplu:** În Germania, spitalele cu abateri sistematice între ICM și complexitatea reală a cazurilor sunt sancționate și reevaluate.

Pag | 7

5. Evaluarea activității medicale pe o platformă națională de tip Health Data Hub cu indicatori dinamici și clinici în timp real. Platforma ar permite monitorizarea eficientă a indicatorilor de rezultat și utilizarea datelor pentru fundamentarea politicilor de sănătate. Propunem o integrare a indicatorilor existenți în DRG (evoluția numărului de servicii în ultimii 5 ani, ratele de re-internare, transferuri între spitale, durata medie de spitalizare ajustată pe patologie, complicații post-internare, etc) cu indicatori suplimentari neacoperiți (număr internări evitabile, satisfacția pacientului, productivitatea personalului medical – cazuri per angajat, etc). Această combinație ar oferi o evaluare complexă și echilibrată a performanței spitalelor.

- **Exemplu:** Sistemul integrat din UK în oncologie (Cancer Outcomes and Services Dataset) – oferă date centralizate despre cazuri, tratamente, costuri și rezultate, permițând management bazat pe date.
- **Sugestie:** Crearea unei platforme naționale integrate (similare cu Health Data Hub în Franța) pentru a permite analiza performanței spitalelor în timp real. Corelarea finanțării cu indicatori de performanță: rate de re-internare, satisfacția pacientului, timp de așteptare, rezultate raportate de pacienți (PRO) etc.; Introducerea unui sistem de finanțare mixtă pe baza activității (cazurile externe) care să aibă în vedere atât volumul cât și performanța/calitatea, pentru a stimula eficiența fără a descuraja accesul.

6. Rol de coordonare pentru spitalele județene asupra rețelei medicale locale

- **Propunere:** Spitalele județene sau regionale ar putea să devină centre cu atribuții extinse de coordonare a rețelei locale, inclusiv în redistribuirea resurselor de personal și a serviciilor. În funcție de caz, acest model ar putea fi cu deosebire relevant pentru gestionarea unor patologii specifice.
- **Argument:** În prezent, spitalele orășenești funcționează adesea izolat, cu un portofoliu de servicii incomplete sau redundante, fără legături funcționale cu spitalele de nivel superior.
- **Exemplu:** În **Franța**, spitalele mici (hôpitaux de proximité) au rol bine definit în lanțul de îngrijire și sunt subordonate rețelei spitalicești coordonate de CHU (centrele universitare/județene).

7. Platformă integrată clinică și administrativă – pentru optimizarea lanțului logistic. Integrarea HISS cu platforme administrative.

- **Propunere:** Crearea unei platforme IT naționale care să integreze:

⁶ EY & Oxford Policy Management, *Evaluarea performanței spitalelor publice în România*, raport elaborat pentru Ministerul Sănătății, mai 2017. Disponibil online: https://ms.ro/media/documents/A0775_-Final-Report_010517_updated-_Rom.pdf

- Datele clinice (volum servicii, tipologie cazuri, scheme tratament);
- Datele logistice (cerere/consum medicamente, echipamente, consumabile);
- Managementul comenzilor și al contractelor de aprovizionare.
- **Argument:** Astăzi, comenzile se bazează pe estimări istorice, necorelate cu volumul real de cazuri tratate. Lipsa integrării duce la **stocuri inutile, deficite cronice** sau **pierderi prin expirare**.
- **Exemplu: Italia (Regiunea Lombardia) și Portugalia** utilizează platforme regionale care conectează fluxurile clinice cu cele logistice, permițând achiziții centralizate și optimizate în funcție de consumul real.

8. Remunerarea medicilor pe bază de performanță

În prezent, în spitalele de stat, medicii pot primi salariu integral fără activitate efectivă (ex: chirurghi fără intervenții sau număr mic de pacienți/medic). Se recomandă implementarea unui sistem de remunerare proporțională cu volumul de activitate – spre exemplu, în funcție de cazuri tratate, operații efectuate, calitatea îngrijirii, indicatori de recuperare.

9. Finanțarea în funcție de performanță, nu de rang administrativ:

Finanțarea de bază și suplimentară ar trebui corelată cu performanța medicală și eficiența economică, nu exclusiv cu statutul administrativ (spital universitar, institut etc.). Sunt cazuri în care spitale cu rang inferior performează mai bine decât institute cu costuri mari și rezultate modeste.

10. Desființarea secțiilor cu grad de ocupare sub 40 și transformarea în departamente a secțiilor cu grad de ocupare sub 50%

Conform raportului Health at a Glance 2023 al OECD,⁷ rata optimă de ocupare a paturilor pentru îngrijire acută nu trebuie să depășească **85%**, pentru a evita blocaje și a garanta flexibilitatea necesară în caz de creștere a cereri. În 2021, rata medie de ocupare în țările OECD – inclusiv România – a fost de **69.8%**. Conform OECD, pragul de 70%, poate fi considerat un reper de referință: orice valoare semnificativ mai scăzută **în mod sistematic** poate indica probleme de utilizare neoptimizată a resurselor.

Pentru România, secțiile care înregistrează constant grad de ocupare sub 50% indică o lipsă de necesitate reală. Acestea consumă resurse fără să aducă valoare pacienților sau sistemului. Închiderea celor care au grad de ocupare sub 40% trebuie să fie însoțită de redistribuirea eficientă a personalului, iar celelalte care se plasează sub 50% pot fi transformate în departamente ale altor secții care ar putea să le ajute să-și îmbunătățească activitatea.

Recomandăm ca în analiza gradului de ocupare a paturilor să se țină cont de specificul unor secții care înregistrează vârfuri neomogene de activitate pe parcursul anului, fără a menține constant o rată ridicată de ocupare. De exemplu, secții precum **Terapie Intensivă, Pediatrie, Infecțioase, Alergologie** sau **Boli Respiratorii** pot avea un caracter sezonier, iar deciziile privind reorganizarea acestora ar trebui fundamentate pe o analiză multianuală și contextuală.

3. Transparență și digitalizare în cheltuieli

⁷ OECD, *Health at a Glance 2023: Hospital beds and occupancy*, OECD Publishing, Paris, 2023. Disponibil online: <https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023/full-report/>

Măsuri de avut în vedere:

- Crearea unui **registru public al cheltuielilor spitalelor**, inclusiv achiziții, costuri per pacient și stocuri, cu setarea unor nivele de acces în funcție de tipul de utilizator. Astfel, aceste informații foarte importante ar putea fi analizate de toți actorii relevanți din sistem, iar dialogul cu furnizorii și autoritățile s-ar putea baza pe date reale. Această **platformă națională de transparență bugetară** ar fi util să se aplice tuturor spitalelor care utilizează fonduri publice și informațiile să fie unde să fie publicate lunar, inclusiv cheltuielile/achizițiile majore, costurile per pacient, indicatorii de performanță, într-un mod accesibil și transparent)
- Susținem digitalizarea completă a traseului pacientului și a circuitului financiar, inclusiv prin **dosarul electronic de sănătate interconectat cu CNAS**, conform proiectului anunțat recent de Președintele CNAS. Interconectarea **dosarului electronic de sănătate** cu sistemul de decontare al CNAS și cu bugetul fiecărui spital este esențială.
- Generalizarea utilizării **platformelor ERP** (Enterprise Resource Planning) pentru management financiar și logistic în toate spitalele publice mari.
- Dacă reorganizarea spitalelor propusă la punctul 1 se produce, trebuie luată în calcul și reorganizarea fluxurilor de urgență de la spitalele mari, cu triere inteligentă/orientare rapidă a pacienților. Implementarea unui sistem informatic integrat ar reduce timpii de așteptare, riscurile de eroare și consumul de hârtie. Costurile inițiale sunt compensate rapid prin eficiență operațională și trasabilitate completă. Aceasta va reduce aglomerația în camerele de gardă și va scădea timpul până la intervenția adecvată/reduce costurile intervențiilor tardive. Adicional, se pot lua în calcul **softuri de dictare vocală și transcriere automată (speech-to-text)**, ceea ce va permite personalului medical (mai ales cel de la urgență și imagistică) să dedice mai mult timp pacienților și mai puțin documentării manuale.
- Pentru spitalele noi care se construiesc: **Implementarea unui sistem digital de management al medicației în spitale**, prin automatizarea proceselor farmaceutice - permite optimizarea logisticii de eliberare a medicamentelor, reducerea semnificativă a volumului de muncă în farmacii și secții, precum și scăderea costurilor operaționale. Soluția contribuie la trasabilitatea completă a tratamentelor și la evitarea pierderilor din stocuri.

Argumentație – context și oportunitate:

- România are în prezent la dispoziție fonduri semnificative din PNRR destinate digitalizării sistemului de sănătate – însă utilizarea lor este întârziată, iar unele proiecte esențiale sunt momentan blocate. Este o oportunitate majoră care nu poate fi ratată, în condițiile în care investițiile în digitalizare pot genera rapid economii structurale și pot îmbunătăți transparența cheltuirii banului public. Implementarea de sisteme integrate (ERP), digitalizarea fluxurilor financiare și conectarea acestora cu serviciile medicale furnizate (prin dosarul electronic al pacientului) sunt deja standarde în sistemele europene performante. În lipsa acestor mecanisme, risipa, fragmentarea bugetară și lipsa de control rămân realități cotidiene în spitalele publice.
- ✓ **Exemplu internațional: Estonia & Danemarca**
- Estonia are un sistem medical complet digitalizat: dosarul electronic al pacientului este interoperabil cu sistemele de raportare financiară ale spitalelor, permițând auditarea în timp real a tratamentelor, medicamentelor prescrise și costurilor asociate.

- În Danemarca, sistemele ERP din spitale sunt integrate cu platformele de achiziții și resurse umane — toate cheltuielile sunt trasabile, centralizate și raportate automat.

4. Reducerea risipei și a achizițiilor ineficiente

Măsurile de avut în vedere:

Pag | 10

- Folosirea experienței acumulate în cadrul achizițiilor centralizate ale ONAC pentru Ministerul Sănătății pentru utilizarea unor contracte centralizate (naționale sau regionale/locale) pentru achiziții de produse standardizate (consumabile, echipamente).
- Transparentizarea unor prețuri prin realizarea unui registru de prețuri pentru echipamente medicale și intervenții comune, bazate pe baze de date europene (Tenders Electronic Daily, OMS, etc.).
- Introducerea **unei metode de consultare a pieței**, cel puțin pentru echipamentele de complexitate ridicată sau soluțiile/ tehnologiile inovatoare, (întrucât informațiile privind configurațiile complexe nu pot fi identificate în baze de date europene, Tenders Electronic Daily, etc.) și nu se poate asigura comparabilitatea.
- Control real asupra achizițiilor directe și limitarea fragmentării bugetare.
- Standardizarea tipurilor de dotări cu echipamente medicale corespunzătoare fiecărei categorii de unități sanitare. Definirea unor standarde tehnice unitare privind tipurile și performanțele echipamentelor pentru fiecare categorie de unitate sanitară, cu scopul de a asigura infrastructura medicală performantă și de a optimiza achizițiile de echipamente medicale. Introducerea conceptului de **„achiziții bazate pe valoare” (value-based procurement)** în criteriile de calitate, facilitând tranziția de la achizițiile centrate pe preț și caracteristici funcționale către cele care se bazează pe impactul și rezultatele așteptate pentru actul medical. În prezent, evaluarea eficienței actului medical nu consideră costurile indirecte, precum zile de spitalizare prelungite, readmiterea pentru intervenții suplimentare, costurile reintervențiilor, transfuzii, consumabile medicale suplimentare etc.
- **Procedurile „parteneriat pentru inovare”, „negociere competitivă” și „dialog competitiv”,** deși prevăzute în legislația achizițiilor publice, sunt puțin utilizate în România. Implementarea acestor proceduri ar conduce la eficientizarea serviciilor în sistemul medical, având beneficii similare cu cele ale parteneriatului public-privat.

Argumentație:

- Achizițiile publice din spitalele românești suferă de o lipsă sistemică de coerență, profesionalizare și standardizare. Deși legislația oferă un cadru general, în practică:
 - a) **Echipele de achiziții din spitale sunt extrem de eterogene**, cu un nivel de pregătire tehnică și economică variabil, iar resursele dedicate acestui proces sunt adesea insuficiente;
 - b) **Prospectarea pieței și compararea ofertelor de pe piață** se face deseori superficial, în lipsa unor instrumente digitale și a unei baze de date. Acest lucru generează **diferențe uneori nejustificate de preț** pentru produse identice sau similare între spitale din același județ sau regiune;
 - c) **Criteriile tehnice de selecție** nu sunt întotdeauna bine calibrate sau standardizate, ceea ce permite fie achiziții supraevaluate, fie echipamente nepotrivite nevoilor reale ale spitalului;
 - d) **Achizițiile directe**, deși permise în anumite condiții, evită adesea concurența și favorizează lipsa de transparență.

- e) Conform legislației, autoritatea are dreptul, dar nu este obligată, să organizeze consultări de piață, acest tip de procedură fiind lipsit adesea de transparență, întrucât autoritățile contractante nu publică întotdeauna rezultatul procesului de consultare. Criteriile de calitate pentru cea mai bună ofertă din punct de vedere economic, stabilite pentru situația în care valoarea estimată a contractului depășește pragurile din art. 7 alin. (1) din Legea 98/2016, sunt adesea redundante, referitoare la caracteristici funcționale sau favorizează aparent o tehnologie, fără un beneficiu real pentru actul medical sau pacienți. În prezent, nu este considerat impactul asupra actului medical sau cheltuielile indirecte nu sunt cuantificate.
- f) Procedurile de achiziție publică precum parteneriatul pentru inovare, negocierea competitivă și dialogul competitiv, care pot influența cheltuielile directe și indirecte ale sistemului medical, sunt reglementate legal, dar sunt puțin operaționale.

Soluții propuse:

- a) **Revizuirea Legii achizițiilor publice nr. 98/2016** în sensul simplificării procedurilor, punerii accentului pe caracteristicile produselor (și nu pe forma de achiziționare) și încurajarea consultărilor de piață și a dialogului între autoritățile contractante și actorii comerciali;
- b) **Implementarea unei baze de date publice cu prețuri** pentru echipamente și consumabile – cu raportare trimestrială din partea spitalelor și cu analize comparative vizibile;
- c) **Formarea profesională continuă a responsabililor de achiziții publice din spitale**, cu certificare standardizată în achiziții sanitare;
- d) **Standardizarea specificațiilor tehnice pentru echipamente medicale de bază**, pentru a preveni fragmentarea pieței și a încuraja concurența onestă.
- e) Deschiderea către parteneriate pentru **servicii suport** (curățenie, catering, IT, chiar și anumite servicii medicale auxiliare).
- f) Posibilitatea unor **contracte de management extern** pentru spitale aflate în colaps administrativ
- g) **Introducerea unei metode de consultare a pieței (prin amendamente la normele de aplicare la legislația achizițiilor publice) pentru echipamente complexe și tehnologii inovatoare de dispozitive medicale, ceea ce ar asigura transparență, proporționalitate și comparabilitatea soluțiilor**, în concordanță cu principiile achizițiilor publice.
- h) Introducerea în legislația achizițiilor publice a unei categorii de **criterii de calitate pentru soluții medicale complexe și inovatoare, bazate pe valoarea adăugată așteptată (conceptul “value based procurement”)** și rezultatul așteptat („the outcome”). De asemenea, introducerea obligativității pentru autorităților contractante să asigure fundamentarea clinică (de exemplu, prin studii și articole specializate) pentru criteriile de calitate.
- i) Implementarea unor **proiecte pilot** pentru promovarea procedurilor de parteneriat pentru inovare, negociere competitivă și dialog competitiv.

✓ Exemple internaționale:

- **Norvegia:** platformă unică de achiziții în sănătate, cu comparator automat de prețuri și audit digitalizat pentru toate procedurile;

- **Italia:** implementarea unui cod unic național pentru echipamente medicale, care permite urmărirea prețurilor și trasabilitate completă pe achiziții
- **Polonia:** în contextul reformei din 2018, a impus **prețuri de referință** la achiziții publice pentru echipamente medicale standard (ex: ecografe, ventilatoare), stabilite pe baza pieței europene. Țări din Europa de Vest, precum Regatul Unit, Danemarca, Olanda, Suedia și Franța, au derulat proiecte de succes folosind conceptul „achiziții bazate pe valoare” (value-based procurement) și parteneriatul public-privat.
- **În România,** un model de succes de parteneriat public-privat a fost implementat pentru tratamentul insuficienței renale cronice prin dializă, care, după peste 20 de ani, a eficientizat costurile și a îmbunătățit calitatea serviciilor, astfel încât în prezent pacienții beneficiază de tratamente la cele mai înalte standarde.

5. Profesionalizarea managementului spitalicesc

Măsurile de luat în calcul:

- Numirea managerilor de spitale **prin concursuri bazate pe criterii clare de competență profesională, integritate, experiență relevantă și rezultate măsurabile**, eliminând practica numirilor politice.
- Contracte de management bazate pe performanță, cu indicatori **(KPIs) clari și cuantificabili**, care să acopere domenii esențiale **(performanță financiară, calitatea serviciilor medicale, managementul resurselor umane, satisfacția pacienților)**, cu raportare trimestrială.
- Introducerea **unor audite financiare periodice de către ordonatorii principali de credite/Curtea de Conturi** (unde se pretează) pentru spitalele mari și medii, ca măsură de creștere a transparenței, eficienței și responsabilității în utilizarea resurselor publice.
- Posibilitatea unor **contracte de management extern** pentru spitale aflate în colaps administrativ
- **Training continuu pentru personalul TESA, auxiliar și mediu, inclusiv în competențe antreprenoriale și de eficiență operațională:** creșterea competenței acestora permite optimizarea resurselor și reducerea risipei. Adaptarea mentalității la performanță și rezultate cuantificabile.

Argumentație:

- **Managementul spitalicesc din România reflectă un peisaj fragmentat, în care performanța nu este omogen distribuită, iar criteriile de numire sunt adesea mai degrabă administrative sau politice** decât meritocratice. Avem exemple de manageri care, în ciuda constrângerilor bugetare, legislative și structurale, au reușit să transforme spitale în modele de bună practică, prin atragerea de fonduri, reorganizarea eficientă a resurselor și asumarea unor decizii curajoase.
- În paralel, există însă spitale mari, cu volum ridicat de pacienți și infrastructură semnificativă, care continuă să funcționeze ineficient, cu servicii medicale slabe și pierderi recurente, în ciuda finanțării crescute. Acest decalaj evidențiază faptul că **managerul face diferența**, iar selecția acestora ar trebui tratată ca un element strategic al reformei.

Probleme structurale:

- a) Lipsa unor **criterii transparente și competitive** de recrutare și evaluare;
- b) **Politizarea excesivă a numirilor**, cu rotație frecventă și lipsă de continuitate;
- c) Lipsa unui **cadru de indicatori de performanță clari și comparabili** între spitale similare.

Soluții recomandate:

- a) **Implicarea autorităților locale/regionale și asumarea responsabilității pentru performanțele** spitalului și a managerilor acestor spitale;
- b) Monitorizarea trimestrială a indicatorilor de management – cu accent pe **KPI financiari pentru manageri**, corelați cu bugetul, calitatea actului medical, nivelul de digitalizare și satisfacția pacientului;

Pag | 13

Exemple internaționale:

- **Suedia:** managerii de spitale publice sunt evaluați anual pe o matrice de performanță financiară și clinică, iar sub-performanța repetată duce automat la înlocuire;
- **Olanda:** consiliile spitalelor publice includ reprezentanți ai pacienților și ai autorităților de reglementare în procesul de recrutare și audit managerial;
- **Germania:** programe executive MBA în sănătate obligatorii pentru toți directorii generali de spitale publice.