ANEXE

ANEXA I.1

Funcții și roluri manageriale – foaie de lucru

Lucrând în grupuri mici, identificați aptitudinile manageriale pe care le folosiți atunci când vreți să reorganizați serviciile oferite în spitalul pe care îl conduceți.

ANEXA I.2

Planificare strategică - Foaie de lucru

I. Analiza mediului extern al îngrijirilor de sănătate

Mediu general

Mediu medical

II. Probleme cheie sau forțe subterane din mediul extern care pot afecta ceea ce poate face spitalul dvs. (pentru motive de planificare gândiți-vă în detaliu la factorii ce pot afecta capacitatea unei organizații de a realiza un plan strategic). (Analiza structurală a Industriei Porter)

Cumpărători

Furnizori

Înlocuitori

Spitale sau clinici existente

Noi intrați

III. Lucrând individual, listați patru sau cinci probleme pe care le identificați ca fiind strategice, în raport cu cele operaționale.

ANEXA I.3

Studiu de caz: Analiza SWOT a sistemului de sănătate din România

Gândiți-vă câteva minute la sistemul național de îngrijiri de sănătate, la diferitele sale componente, cum este influențat de politicile şi de cultura națională etc. Din acest punct de vedere, faceți o analiză SWOT ca şi când ați fi ministrul sănătății.

Evaluare internă

Puncte tari	**Pucte slabe**

Evaluare externă

Oportunități	**Amenințări**

Anexa III.1

AUSTRALIA - Sistemul de sănătate

Dr. Casandra Butu

Australia este o federaţie de 6 State şi 2 Teritorii, cu un guvern central. Australia are un sistem de asigurări de sănătate universal – **Medicare,** din februarie **1984**. Acesta este bazat pe principiile de universalitate, echitate, simplitate şi accesibilitate. Întreaga populaţie este asigurată pentru servicii medicale şi are dreptul de acces la servicii spitaliceşti publice. Sistemul Medicare este administrat prin intermediul unor Acorduri de finanţare a serviciilor de sănătate semnate între guvernul central şi 6 State şi 2 Teritorii. Guvernul central are responsabilitatea finanţării Medicare (din taxe pe venituri), iar celelalte state şi teritorii responsabilitatea furnizării serviciilor medicale. Statele primesc fonduri de la guvernul federal, respectând condiţia ca spitalele publice să furnizeze servicii ambulatorii şi spitaliceşti fără plată suplimentară tuturor cetăţenilor.

Există, de asemenea, o finanţare privată substanţială prin sistemul de asigurări private, care este sprijinit şi reglementat de către guvernul central. Aproximativ 31% din populaţie beneficiază de asigurări private. Motivul principal pentru procentul mare de persoane cu asigurări private este dorinţa de a evita listele de aşteptare la spitalele publice, care sunt adesea destul de lungi. Spitalele private deţin 25% din totalul paturilor pentru îngrijiri ale afecţiunilor acute. Pe ansamblu, se estimează că Medicare este al treilea angajator la nivel naţional, cheltuielile sale reprezentând 8% din PIB, iar costurile sale de operare se ridică la 30 miliarde USD.

Cadrul legal de guvernare al Medicare

Există două acte legislative importante care reglementează activitatea Medicare şi care asigură protecţia integrităţii sistemului de sănătate: *Legea naţională de sănătate* (1953) şi *Legea asigurărilor de sănătate* (1973). Ambele acte au fost modificate în 1983 în vederea stabilirii sistemului naţional de asigurări de sănătate (Medicare), şi a introducerii unui pachet de servicii medicale standardizat şi universal.

În plus, statele au propria legislaţie a serviciilor medicale, iar sistemele de sănătate sunt administrate de către un ministru al sănătăţii.

Reglementarea sistemului Medicare este realizată de către Comisia de Asigurări de Sănătate (CAS) şi de Departamentul Guvernamental al Sănătăţii şi Îngrijirii Vârstnicilor. Departamentul Guvernamental este responsabil pentru finanţarea majorităţii serviciilor de sănătate şi spitaliceşti, iar CAS are rolul de a veghea, din partea guvernului, la prevenirea fraudei şi a serviciilor ne-necesare. Prin urmare, CAS are rol în monitorizarea activităţilor şi raportarea modificărilor în timp.

Costul serviciilor medicare

Deşi populaţia Australiei contribuie cu 1,4% din totalul veniturilor la costurile Medicare, aceste fonduri acoperă doar 1/10 din totalul costurilor de operare. Diferenţa provine din taxele şi impozitele generale ale guvernului central.

Cheltuiala Medicare este, în medie, de 330 USD pe persoană, respectiv 8 servicii medicale pe an.

Pachetul de beneficii Medicare (PBM), publicat anual, conţine lista tuturor tipurilor de servicii şi proceduri medicale acoperite de Medicare. Pachetul de beneficii farmaceutice (PBF), definit de guvernul central, include doar medicamentele care sunt necesare din punct de vedere clinic şi cost-eficiente. Costul medicamentelor incluse în PBF este acoperit parţial de pacient (co-plată), iar diferenţa este asigurată de guvernul central. În 1997-98 au fost prescrise 124 milioane reţete, cu un cost total 2,7 miliarde USD. Contribuţia guvernului central a fost de 82%. Ca procent din PIB, cheltuielile farmaceutice reprezintă

0,51%. Pacientul este obligat la o co-plată de 20 USD pe rețetă, cu o limită de 612 USD a cheltuielilor farmaceutice, după care pacientul nu mai este obligat la co-plată.

Sisteme casemix

Faptul că statele constituente ale federației sunt responsabile pentru propriul sector de sănătate este reflectat în modul de utilizare a DRG-urilor, care variază mult de la un stat la altul. În unele state, managementul și finanțarea spitalelor sunt mai centralizate, în altele destul de descentralizate.

Sistemul de casemix australian a fost adaptat condițiilor locale. În plus, prioritățile și obiectivele politice ale fiecărui stat influențează modul în care casemix-ul este utilizat.

În sistemul DRG spitalele sunt finanțate pe baza *pacienților internați* - un stimulent pentru spitale, de a interna cât mai mulți pacienți posibil. Acest lucru are efect pozitiv asupra reducerii listelor de așteptare, dar creează și probleme. Una din probleme este legată de faptul că spitalele sunt tentate să interneze pacienți, în detrimentul unor forme de tratament mai eficiente (ambulatorii).

O soluție pentru această problemă este extinderea sistemului de rambursare pe baza casemix-ului la alte forme de tratament mai eficiente. Din acest motiv, dezvoltarea și implementarea sistemului casemix pentru îngrijirile ambulatorii reprezintă o prioritate în Australia. O altă soluție mai directă de control al creșterii internărilor este stabilirea unui plafon de finanțare pentru spitale.

Pentru sprijinirea dezvoltării și implementării sistemului DRG Australian, Ministerul Sănătății și Locuinței a înființat în 1991 Comitetul Clinic pentru Casemix Australian (CCCA). Rezultatul activității acestui Comitet a fost dezvoltarea, împreună cu Compania 3M, a sistemului DRG Național Australian (AN-DRG), pornind de la sistemul APR-DRG al SUA.

Sisteme de codificare și clasificare

În prezent, spitalele din Australia utilizează **ICD-10-AM** (*International Classification of Diseases, 10th Revision, Australian Modification*), pentru codificarea diagnosticelor, **ICPM** – *International Clasification of Procedures în Medicine, pentru proceduri*, și *Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs),* pentru clasificarea pacienților.

Australian Național Diagnosis Related Groups (AN-DRG), 1992-1996

Sistemul de clasificare *DRG Național Australian (AN-DRG)* a fost dezvoltat de către Comitetul Clinic pentru Casemix Australian (CCCA), creat cu rolul de a evalua din punct de vedere clinic sistemele de clasificare a pacienților și a elabora recomandări pentru dezvoltarea unui sistem de clasificare australian.

Versiunea 3.0 a clasificării AN-DRG diferă față de cele anterioare, prin faptul că ia în considerare mai mult factorii clinici care determină complicații ale bolilor, de exemplu vârsta, gradul de malignitate, comorbiditate, complicații, ca și aproximări ale severității bolii.

Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG), 1997- prezent

Sistemul AR-DRGs a fost dezvoltat de Departamentul Guvernamental al Sănătății și Îngrijirii Vârstnicilor, în colaborare cu Comitetul Clinic pentru Casemix Australian (CCCA), Grupurile Clinice pentru codificare și clasificare, Centrul Național pentru clasificare în sănătate, autoritățile de sănătate din state și teritorii și alte organizații. Asigură clasificarea episoadelor de boală acută ale pacienților internați în spitale publice și private.

Dezvoltarea clasificării AR-DRG este un proces continuu:

- *AR-DRG versiunea 4.0* utilizează ICD-9-CM pentru codificarea diagnosticelor și procedurilor.; a fost utilizat între 1991 și 1998.
- *AR-DRG versiunea 4.1* utilizează codurile ICD-10-AM (I ediție), și a fost introdus din decembrie 1998, încorporând numeroase îmbunătățiri în clasificare.

- *AR-DRG versiunea 4.2* utilizează codurile ICD-10-AM (a II-a ediţie) şi s-a introdus din 2001. Include modificări minore în clasificare.

Procesul de grupare include următoarele activităţi, în ordinea efectuării lor:

1. introducerea datelor demografice şi clinice,
2. atribuirea către o Categorie Majoră de Diagnostic (CMD),
3. procesare Pre-CMD,
4. atribuirea unui DRG adiacent (ADRG),
5. atribuirea unui nivel al complicaţiilor şi comorbidităţii (NCC) şi a unui nivel al complexităţii clinice a pacientului (NCCP)
6. atribuirea către un DRG.

Baza de date naţională a morbidităţii (Casemix) spitaliceşti

Baza de date naţională a morbidităţii (casemix) spitaliceşti este gestionată de Departamentul Guvernamental pentru Sănătate şi Îngrijiri ale Vârstnicilor, în scopul încheierii Acordurilor de finanţare a îngrijirilor de sănătate (cu Statele şi Teritoriile) şi pentru dezvoltarea sistemelor casemix. Ea include activitatea spitalelor publice şi private începând cu 1991-1992, şi în 2000 conţinea aproximativ 39 milioane înregistrări. Fiecare înregistrare conţine date demografice ale pacientului (ex. vârsta, gen), informaţii administrative (ex. status asigurat, tipul externării) şi date clinice (ex. diagnostice şi proceduri).

1996-97 Baza de date a morbidităţii spitaliceşti bazată pe AR-DRG v4.0 sau AN-DRG v3.1

1997-98 Baza de date a morbidităţii spitaliceşti bazată pe AR-DRG v4.0

1998-99 Baza de date a morbidităţii spitaliceşti bazată pe AR-DRG v4.0 şi v4.1

Colectarea datelor de cost la nivel naţional

Activităţile de calculare a costurilor în cadrul Programului de Dezvoltare a casemix-ului au început în 1992-93, denumit atunci "Studiul Naţional de Calculare a Costurilor". Studiul a finalizat valori relative pentru *Australian National Diagnosis Related Groups (AN-DRGs)* versiunea 2.0 în aprilie 1994. În 1997, AN-DRG a fost în continuare adaptat şi redenumit Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs).

În 1995, Consiliul Consultativ al Ministerului Sănătăţii din Australia a recunoscut importanţa activităţilor de calculare a costurilor şi a decis ca guvernul central să realizeze anual un studiu la nivelul spitalelor, denumit "Colectarea datelor de cost la nivel naţional" (CDCNN). Statele şi teritoriile au fost de acord să furnizeze date Guvernului central în acest scop.

CDCNN a produs următoarele seturi de valori relative:

Runda 1	AN-DRG Versiunea 3.1 (August 1997) pentru anul financiar 1996-1997.
Runda 2	AN-DRG Versiunea 3.1 and AR-DRG Version 4.0 (August 1998) pentru anul financiar 1997-1998.
Runda 3	AR-DRG Versiunea 4.1 (August 1999) pentru anul financiar 1998-1999.
Runda 4	AR-DRG Versiunea 4.1 (September 2000) pentru anul financiar 1999-2000.

În timp, procesul de calculare a valorilor relative a fost perfecţionat în mod substanţial. De exemplu, în prezent, rezultatele pentru fiecare stat sau teritoriu sunt raportate separat, şi rapoartele includ şi informaţii suplimentare privind cauzele diferenţelor între state. Coordonatorii activităţilor de CDCNN în fiecare stat sau teritoriu sunt actori principali în dezvoltarea şi implementarea strategiilor de implementare a calităţii datelor.

Rolul Secțiunii de Costuri și Clasificare Ambulatorie

Secțiunea de Costuri și Clasificare Ambulatorie este responsabilă pentru managementul activităților de colectare a datelor referitoare la costuri și colaborează cu statele, teritoriile și spitalele publice și private pentru centralizarea datelor necesare.

Valorile relative naționale și la nivel de stat sau teritoriu sunt generate de Secțiune și raportate anual în "Raportul de Costuri". Spitalele sunt grupate în spitale publice, private, universitare sau ne-universitare, majore, non-majore, urbane și rurale.

Protocolul casemix cu spitalele

Protocolul casemix încheiat cu spitalele în scopul colectării de date a fost stabilit în 1995 ca parte a legislației legate de reforma asigurărilor private de sănătate. Scopul inițial a fost de a furniza instrumente prin care activitatea și performanțele industriei asigurărilor private să poată fi monitorizate pentru a măsura efectele sale. Producția de informații pentru *benchmarking* (comparații la nivelul pieței) a fost de asemenea avută în vedere, iar în ultimii ani acesta a devenit scopul principal al colectării acestor date.

Anexa III.2

STATELE UNITE ALE AMERICII - Implementarea sistemului DRG

Dr. Casandra Butu

Creşterile incontrolabile ale cheltuielilor Medicare au determinat politicienii americani să treacă, în anii '80, de la un sistem de rambursare bazat pe cost la un sistem de finanţare bazat pe caz. Grupurile de Diagnostice (DRG) au fost definite pentru a clasifica tipurile de pacienţi, iar tarife naţionale au fost stabilite pentru a crea stimulente economice de eficientizare a spitalelor. Astăzi, spitalele din Statele Unite tratează doar bolnavi cu severitate crescută. Procedurile mai simple sunt efectuate în afara spitalului. Îngrijirile acordate de cadrele medii sunt transferate către unităţile intermediare sau sunt furnizate la domiciliu, iar serviciile de recuperare sunt efectuate în afara spitalului, pacienţii şi familiile având mai multă responsabilitate în procesul de recuperare.

Introducere

Implementarea Sistemului de Plată Prospectiv (SPP) pentru finanţarea spitalelor la mijlocul anilor '80 a reprezentat cea mai importantă schimbare în sistemul de sănătate de la introducerea sistemelor Medicare şi Medicaid. SPP a schimbat sistemul de plată pentru cazurile acute de spitalizare finanţate prin programul Medicare de la un sistem de rambursare bazat pe cost, la un sistem de finanţare bazat pe caz, utilizând Grupurile de Diagnostice (DRG). Multe ţări evaluează sau implementează sisteme de finanţare a spitalelor bazate pe DRG, ca parte a efortului de control al costurilor. Există lecţii de învăţat din experienţa Statelor Unite? A reuşit SPP să controleze costurile? Informaţiile legate de cazurile tratate au îmbunătăţit managementul serviciilor în spitale, calitatea serviciilor?

Contextul reformei în spitale

După cel de-al doilea război mondial, Statele Unite au cunoscut o creştere a gradului de acoperire cu asigurări de sănătate. În, 1940 doar 9% din populaţie avea asigurare privată. Până în 1950, 50% din populaţie avea asigurare de sănătate, cea mai mare parte sub forma unui beneficiu la drepturile salariale (suportat de angajator). În 1965, guvernul SUA a promulgat o lege care garantează asigurare de sănătate pentru două categorii de populaţie, neacoperite prin drepturile de muncă. Programul federal Medicare asigură cea mai mare parte a populaţiei peste 65 de ani, persoane cu handicap şi, printr-o reglementare ulterioară, persoane cu insuficienţă renală cronică. Programul Medicaid asigură anumite categorii de persoane cu venituri foarte mici sau fără venit. În prezent, aproximativ 85% din populaţia SUA este asigurată cel puţin parţial pentru serviciile de sănătate.

Costurile pentru sănătate în Statele Unite au avut o evoluţie explozivă după cel de-al doilea război mondial. În 1940 SUA cheltuia 4 milioane USD pentru sănătate. În 1996 au fost cheltuite 1.035 de miliarde USD. Aceasta creştere cu 26.000 % a depăşit cu 25/1 rata generală a inflaţiei. Creşterea a fost datorată în special spitalelor. Din 1946 până în 1982 numărul spitalelor a crescut cu 32%, cel al paturilor cu 115% şi numărul internărilor cu aprox. 170%. În aceeaşi perioadă, populaţia SUA a crescut cu mai puţin de 70%. În prezent, Statele Unite cheltuiesc pentru sănătate mai mult decât orice altă ţară din lume – 15% din PIB.

Până în 1983 spitalele au stabilit preţuri pentru serviciile furnizate pentru a acoperi costurile realizate, plus un beneficiu. Asigurătorii, inclusiv programele Medicare şi Medicaid, au plătit de regulă aceste preţuri. An de an preţurile au crescut şi serviciile spitaliceşti s-au extins. La începutul anilor '80 costurile Medicare au îngrijorat Congresul SUA. Deoarece cheltuielile spitaliceşti reprezentau cea mai mare parte a costurilor acoperite de Medicare pentru populaţia vârstnică, guvernul s-a concentrat pe reforma spitalelor.

Sistemul de plată prospectivă

Octombrie 1983 a marcat începutul unei noi metodologii de finanțare, concepută ca tarif unic pentru spitalizarea pentru o anumită patologie. Pentru prima dată a fost fixat un tarif național de către o instituție din afara spitalului. Administrația pentru Finanțarea Serviciilor de Sănătate (HCFA), aparținând Departamentului pentru Sănătate și Servicii Umane (DHHS), a impus primul set de tarife naționale pentru programul public Medicare.

HCFA a selectat sistemul de clasificare bazat pe grupe de diagnostic (DRG) ca bază a sistemului de plată. O echipă de cercetători de la Yale, condusă de Robert Fetter și John Thompson, a dezvoltat inițial Grupurile de Diagnostic în scopul îmbunătățirii managementului și eficientei spitalicești, ulterior servind ca bază pentru plata prospectivă a spitalelor. Sistemul a inclus toate serviciile spitalicești – mii de diagnostice și proceduri, costuri mari și mici, dezvoltând categorii semnificative din punct de vedere clinic, cu un număr rezonabil de grupe.

În timp ce realizarea lor a fost remarcabilă, criticii au arătat deficiențele utilizării DRG-urilor ca bază de finanțare:

a) DRG-urile nu erau semnificative din punct de vedere clinic: unele DRG-uri chirurgicale erau bazate pe proceduri regionale (ex. craniotomie), în timp ce altele, pe proceduri specifice de organ (ex. apendicectomie). DRG-urile medicale includeau alături de diagnostice și probleme medicale (ex. septicemia), semne sau simptome;
b) DRG-urile nu reflectau în mod adecvat severitatea bolii la mulți pacienți, determinând spitalele să evite pacienții cu grad crescut de severitate.
c) DRG-urile utilizau proceduri (anumite intervenții chirurgicale sau tratamente medicale) pentru încadrarea într-un anumit grup, creând astfel stimulente pentru utilizarea tratamentelor mai profitabile, în locul celor mai eficiente sau adecvate.
d) valorile relative ale DRG-urilor erau calculate pe baza unor date lipsite de încredere, punând în pericol îngrijirile acordate pacienților.
e) DRG-urile nu puteau ține pasul cu schimbările și progresul în tratamentele și tehnologiile medicale, calitatea îngrijirilor fiind posibil afectată.

În ciuda acestor obiecții și avertizări, sistemul de plată prospectiv Medicare a fost instituit. Unele din aceste deficiențe mai există și în prezent, altele au fost rezolvate prin ajustarea sistemului de clasificare, îmbunătățirea calității datelor și a sistemului de finanțare.

Este important de menționat că sistemul de clasificare a reprezentat doar fundamentul sistemului de plată. Înțelegerea DRG-urilor înseamnă înțelegerea efectelor combinate ale sistemului de clasificare și a celui de finanțare.

Sistemul de plată

Sistemul de plată prospectiv Medicare a acoperit inițial doar costurile directe legate de îngrijirea pacienților. Tarifele naționale au fost ajustate pentru costurile suplimentare specifice cazurilor extreme (foarte costisitoare), educația medicală și îngrijirea cazurilor sociale. Aceste ajustări au fost extrem de importante pentru spitalele care le primeau – adesea spitale universitare. Pentru majoritatea spitalelor universitare, plata bazată pe DRG reprezenta mai puțin de 2/3 din totalul finanțării prospective, diferența fiind în principal reprezentată de ajustarea pentru educație (incluzând atât costurile directe legate de salariile rezidenților, cât și costurile indirecte – tratamentul unor pacienți mai gravi, personal suplimentar și costuri de infrastructură asociate cu procesele de educație și cercetare). Spitalele au primit, de asemenea, diferențe pentru locația urban-rural și pentru diferențele locale de salarizare.

Pentru a ușura tranziția către o plată prospectivă a spitalelor, s-a utilizat inițial un

amestec între rata națională și cea specifică spitalului. Din 1987 au fost utilizate exclusiv noile rate naționale. Din 1992 tariful pe caz a inclus și cheltuielile capitale (amortizarea și dobânzile). În prezent este utilizat un tarif unic național, ajustat în funcție de elementele menționate anterior.

Luând în considerare potențialele stimulente de creștere a internărilor inerente SPP, Organizațiile profesionale de evaluare (PRO) au primit autoritatea de a evalua necesitatea internărilor efectuate, acuratețea codificării diagnosticelor și eventuale probleme de calitate. PRO sunt organizații private, cu finanțare guvernamentală. Ele au avut un rol important în monitorizarea implementării sistemului. Inițial ele și-au concentrat activitatea pe certificarea necesității internărilor și acuratețea codificării. Pe măsura maturizării sistemului, s-a pus accentul pe activitatea de îmbunătățire a calității.

O altă componentă importantă a plății prospective a fost mecanismul pentru ajustarea finanțării. Simultan cu legiferarea sistemului de plată Medicare, Congresul SUA a constituit, independent de HCFA, Comisia de evaluare a plății prospective (ProPAC). Obiectivul acestei Comisii este de a evalua anual starea spitalelor și a sistemului Medicare, și de a recomanda schimbări în ratele de finanțare pentru anul următor. ProPAC a avut rolul de control asupra puternicelor puteri de reglementare ale HCFA. De regulă, recomandările au inclus ajustări:

- în sus pentru inflație (salarii, consumabile, servicii);
- în sus pentru noi tehnologii;
- în jos pentru jumătate din câștigurile realizate de economia de scală;
- în jos pentru creșterea casemix determinată de codificare;
- în jos/ sus pentru corectarea erorilor din anul precedent.

Recomandările ProPAC nu au fost întotdeauna urmate de secretarul de stat al DHHS, care este responsabil pentru administrarea programului Medicare. Uneori au fost necesare legi suplimentare din partea congresului pentru a modifica politica DHHS.

Definițiile DRG au reprezentat o preocupare continuă pentru ProPAC și HCFA. Tehnologii și afecțiuni noi, schimbări semnificative în practica medicală au fost evaluate pentru a ajusta adecvat sistemul de clasificare. Dorința guvernului de a modifica și de a crea categorii pentru condiții extrem de costisitoare (ex. arși) a reprezentat un semn pentru furnizorii de servicii de sănătate că sistemul va fi echitabil. De asemenea, furnizorii au avut ocazia, prin întâlnirile organizate de ProPAC, să influențeze sistemul de clasificare, dacă au constatat efecte nedorite asupra pacienților.

O importantă caracteristică a sistemului de finanțare a fost că spitalele au putut păstra sumele rămase necheltuite. Structura de prețuri, bazată pe tipul de pacienți tratați, a revoluționat modul de gândire asupra spitalelor. Nu numai că a fixat tarife unice pentru Medicare, dar, mai important, a schimbat concepțiile medicilor și administratorilor referitoare la furnizarea serviciilor de sănătate. DRG-urile au concentrat managementul de spital pe liniile clinice legate de boala și tratamentul unui pacient.

Care a fost impactul sistemului de plată prospectivă?

Cum a influențat sistemul de finanțare bazat pe caz managementul spitalelor în SUA? Cum au reacționat medicii? Care a fost impactul asupra costurilor Medicare și asupra costurilor din sănătate în general?

Reacțiile spitalelor

Noua schema de finanțare a schimbat modul de gândire al administratorilor de spitale, activitatea spitalelor fiind considerată mai mult ca o afacere.

Spitalele au îmbunătățit departamentele de codificare medicală. Aceste departamente au devenit sursa cheie de informație pentru activitatea spitalului – definirea rezultatelor (DRG-uri) și colectarea informațiilor clinice cheie necesare rambursării. Coordonatorii responsabili de codificare au scăzut rata erorilor de completare a fiselor

medicale, prin utilizarea unor „sisteme de reamintire" şi presiunea colegilor.

Unele departamente de înregistrare şi codificare medicala au desfăşurat activităţi extinse în spitale, în coordonare cu serviciile clinice, de evaluare a utilizării şi finanţare, în scopul îmbunătăţirii înregistrărilor medicale şi a produsului final al spitalului. Aceste eforturi au fost reflectate în statisticile naţionale. Studiile au arătat ca aproximativ jumătate din creşterea anuală de 4-6 % a ICM din primii 2 ani s-a datorat unei codificări mai bune, restul fiind determinat de creşterea severităţii cazurilor tratate în spital.

Spitalele şi-au îmbunătăţit sistemul de management al informaţiei. La sfârşitul anului 1993, jumătate din spitalele din Statele Unite realizaseră integrarea sistemelor de informaţii clinice şi financiare şi o treime integrarea sistemelor de informaţii intre departamentele clinice. Investiţiile spitalelor în sistemele de management al informaţiilor continuă şi în prezent.

Administratorii de spital s-au concentrat pe reducerea costurilor în departamentele cu cheltuieli mari, şi pe creşterea veniturilor; au redus personalul şi au crescut gradul de automatizare; au eliminat testele de rutina, efectuate tuturor pacienţilor internaţi; au instituit urmărire automată a testelor pentru DRG-uri, unde s-a considerat necesar. Toate acestea au scăzut costurile, au redus testele ne-necesare şi timpul de aşteptare pentru rezultatele testelor.

Administratorii de spital au redus, de asemenea, costurile prin introducerea unor noi contracte de muncă; au reorganizat structura de personal şi au trecut multe asistente pe contracte intermitente (solicitare la nevoie). Unele departamente au fost separate contractual de spital, din punct de vedere organizaţional şi fizic: departamentele de urgenţă, radiologie şi medicină nucleară, laboratoare, întreţinere, spălătorie, catering, servicii de îngrijire.

În plus, spitalele au stabilit contracte cu instituţii învecinate, pentru furnizarea în comun a serviciilor pentru care există capacitate în exces (radiologie, laborator, spălătorie, etc.). Au efectuat achiziţii în comun (de exemplu Voluntary Hospitals of America), pentru a creşte puterea de cumpărare şi a realiza economii de scală în cumpărarea echipamentelor şi consumabilelor.

Unele spitale au căutat organizaţii "părinte" şi s-au vândut, ori s-au afiliat la reţele spitaliceşti. În 1985, 27% din spitalele comunitare erau parte a reţelelor de spitale, în 1995 ponderea ajungând la 45%.

Managerii de spitale au luat decizii strategice referitoare la rambursarea DRG. Simultan cu reducerea costurilor şi creşterea eficientei, ei s-au concentrat asupra strategiilor de furnizare a serviciilor în afara spitalelor, deoarece acestea au continuat să fie finanţate pe baza costurilor realizate.

Spitalele au continuat, de asemenea, să facă lobby în Congres pentru creşterea fondurilor, le-au obţinut şi au continuat investiţiile în noi tehnologii. Aceste strategii sunt evidenţiate în statisticile naţionale.

În timp ce intervenţiile chirurgicale în spital au scăzut cu 7% în perioada 1980–1993, numărul intervenţiilor chirurgicale ambulatorii a crescut cu 211%. În 1980, în ambulatoriu se realizau 16% din intervenţiile chirurgicale. Până în 1966 proporţia intervenţiilor efectuate în ambulatoriu a ajuns la 60%.

În 1979, 17% din spitalele comunitare aveau tomograf computerizat; în 1992, 75% din spitale aveau TC. Alte două tehnologii care au precedat SPP – chirurgia pe cord deschis şi cateterizarea cardiacă – au avut rate de creştere continuă, cu o dublare pe perioada respectivă, aparent nelegat de plata prospectivă.

Rezonanţa magnetică nucleară, un echipament de diagnosticare valorând între 1 şi 2 milioane USD a crescut de la o răspândire de 9% în 1986 la 24% în 1992. În 1991, Minnesota (cu o populaţie de 4,4 mil. locuitori) avea mai multe RMN-uri decât întreaga

Canada.

O mare parte din expansiunea tehnologică s-a datorat recomandărilor ProPAC, care a susţinut anual creşterea ratelor de plată pentru a sprijini adoptarea noilor tehnologii.

Datorită acestor schimbări dramatice, şi datorită stimulentelor pe care spitalele le aveau de a reduce costurile pe pacient, DRG-urile au ridicat semne de întrebare asupra calităţii serviciilor spitaliceşti. Deteriorarea calităţii serviciilor a fost singura grijă serioasă a celor care au creat sistemul de plată prospectivă. Deşi au existat de timpuriu dovezi anecdotice ale efectelor negative ale sistemului DRG asupra calităţii, studiile generalizate au dovedit că nu există efecte negative ale plăţii prospective asupra calităţii îngrijirilor de sănătate în ansamblu. Utilizând orice instrument de măsurare a calităţii – mortalitatea la 30 de zile sau la 1 an de la spitalizare, reinternările pe perioade diferite de timp, transferul către alte instituţii, schimbări legate de rata internărilor de urgenţă – nu au existat nici un fel de modificări, sau schimbările au fost minore.

Singurul semn negativ a fost o instabilitate crescută a pacienţilor la externare. Acest lucru a fost observat pentru toate tipurile de pacienţi şi toate tipurile de spitale. S-a constatat o schimbare generală în modelul de practică, legată de scurtarea duratei de spitalizare şi creşterea intervenţiilor chirurgicale ambulatorii. Oricum, nu au fost observate în statisticile de sănătate efecte negative ale externării mai rapide.

În timp ce, în ansamblu, calitatea serviciilor de sănătate nu pare să fi fost afectată în Statele Unite, trebuie menţionat că instrumentele de măsurare a calităţii au fost destul de rudimentare.

În prezent, îngrijirile coordonate ("managed care"), creditate cu reducerea costurilor în sănătate, au ridicat din nou semne de întrebare şi au stimulat evaluarea calităţii. (Termenul "îngrijiri coordonate" include un ansamblu de metode utilizate de terţul plătitor pentru a controla costurile în sănătate. Acestea includ: utilizarea medicilor de familie pentru a controla accesul la specialist, evaluarea utilizării, preţuri cu discount, comunicare către medici referitor la utilizarea de teste şi proceduri chirurgicale, utilizarea celei de-a doua opinii pentru aprobarea intervenţiilor chirurgicale, capitaţie, plăţi stimulative pentru medici legate de modul în care îşi "administrează" pacienţii, utilizarea informaţiilor de casemix)

Reacţia medicilor

Diferit de modul de implementare a sistemului de finanţare bazat pe DRG în alte ţări, plata prospectivă în SUA nu a fost concepută să afecteze în mod direct veniturile medicilor. În ciuda acestui fapt, medicii şi-au schimbat şi ei comportamentul, şi chiar în mod radical.

În prezent, medicii utilizează spitalele mult diferit de perioada dinaintea introducerii plăţii bazate pe DRG, un pacient tipic fiind:

a) mai puţin probabil să fie spitalizat;
b) mai bolnav atunci când este internat;
c) petrece mai puţin timp în spital chiar dacă este serios bolnav, şi primeşte mai multe servicii înaintea spitalizării şi la domiciliu.

De ce şi-au schimbat medicii comportamentul este mai puţin înţeles. Unele schimbări se datorează modificărilor tehnologice (instrumente endoscopice, o anestezie mai în siguranţă), care au făcut posibilă efectuarea în siguranţă a chirurgiei în afara spitalului. Unele schimbări se pot datora faptului că medicii au înţeles, alături de administratori, că DRG-urile au revelat o stare de criză a spitalelor din SUA, şi că împreună aveau datoria să conserve resursele spitaliceşti.

Cultura evaluării utilizării, combinată cu teama neplăţii din partea Medicare şi a asigurătorilor privaţi, au fost probabil factorii determinanţi pentru scăderea ratei internărilor care a început în 1982, chiar înainte de introducerea plăţii prospective. Medicii

au susținut că evaluarea utilizării și procedurile de evaluare înaintea internării au schimbat practica medicală. În continuare, prin introducerea îngrijirilor coordonate, durata medie de spitalizare a scăzut până la 5,1 zile în 1996.

Creșterea indicelui casemix în cadrul Medicare – o măsură a complexității pacienților tratați în spitale – confirmă că managementul clinic al pacienților s-a modificat dramatic. Chiar și pentru vârstnici, cea mai bolnavă subpopulație, condițiile care erau diagnosticate și tratate în spital sunt, în prezent, rezolvate fără spitalizare, iar pacienții tratați în spital sunt externați mai repede.

Unul din rezultatele constrângerilor sistemului DRG a fost expansiunea substanțială a serviciilor de îngrijiri post acute, pe termen lung și a îngrijirilor la domiciliu. Statisticile din perioada 1990-1995 arată :

- numărul beneficiarilor Medicare de îngrijiri la domiciliu a crescut de la 1,9 la 3,4 milioane;
- numărul vizitelor la domiciliu, pe pacient, pe an, a crescut de la 34 la 69.
- numărul organizațiilor furnizoare de îngrijiri la domiciliu a crescut de la 5718 la 9147;
- cheltuielile legate de îngrijirile la domiciliu sub Medicare s-au extins mai rapid decât orice altă categorie de cheltuieli de personal, inclusiv cele spitalicești; rata de creștere a atins o valoare incredibilă de 20-25% pe an.

În ultimii ani, cheltuielile legate de îngrijirile la domiciliu și-au încetinit creșterea, pe măsură ce HCFA a instituit investigații legate de fraudă și abuz, și alte constrângeri asupra acestor servicii.

Costurile serviciilor de sănătate

Plata bazată pe DRG a avut efect asupra costurilor spitalicești ale Medicare. În ultimii 15 ani s-a observat o diminuare a ratei de creștere a costurilor spitalicești pentru pacienții Medicare (subpopulație în creștere, numeric). În 1980 cheltuielile spitalicești reprezentau 73% din totalul plăților Medicare, în 1997 ajungând la 59%. Este puțin probabil ca o asemenea scădere să se fi produs fără stimulentele financiare ale DRG-urilor.

A fost sistemul de management bazat pe DRG eficient în reducerea cheltuielilor totale în sănătate, în SUA ? Răspunsul este – nu. În timp ce creșterea cheltuielilor în sănătate a încetinit, acest fapt este atribuit mai mult activităților de îngrijiri coordonate ale plătitorilor privați, decât introducerii plății bazate pe DRG.

În continuare există exces de facilități în spitalele din SUA – paturi și echipamente medicale. Rata de ocupare a paturilor a fost de 75-80% înaintea introducerii plății prospective. În 1996 gradul mediu de ocupare în spitale a fost de 61 %, iar în unele spitale mult mai mic. În plus, spitalele au fost refractare față de reducerea cheltuielilor pentru tehnologia de vârf. Doar în ultimul timp s-a observat o reducere a acestor cheltuieli, ca urmare a constrângerilor impuse de asiguratorii privați. Dar tratamentele cu tehnologii înalte proliferează în îngrijirile la domiciliu.

Deloc surprinzător, DRG-urile și plata prospectivă nu au rezolvat problema creșterii costurilor din sănătate în SUA. Un sistem de plată destinat doar serviciilor spitalicești și un singur plătitor nu pot rezolva problema creșterii explozive a costurilor în întreg sistemul de sănătate. De fapt, cel puțin un economist în sănătate a afirmat că eforturile de a reduce utilizarea spitalelor a crescut de fapt costurile totale pentru sănătate în SUA.

Ca rezultat al impunerilor congresului, HCFA implementează plăți prospective și pentru alte tipuri de furnizori de sănătate: servicii în "nursing homes" (începând cu 1998), reabilitare (iulie 2000) și în ambulatoriu (începând cu 2001).

Concluzii

Există multe pericole în utilizarea experienței Statelor Unite legate de sistemul de

plată prospectivă şi a DRG-urilor ca lecţii pentru alte ţări. Statele Unite au o mixtură unică de programe de asigurări guvernamentale şi private. Majoritatea spitalelor sunt în proprietate privată. Există o mixtură de instituţii private non-profit, un număr în creştere de instituţii private pentru-profit, şi un număr mic de spitale deţinute de guvern. Diferenţele în abordarea finanţării, proprietatea asupra spitalelor şi rolul guvernului în sistemul de sănătate sunt factori importanţi care trebuie luaţi în considerare în design-ul şi implementarea sistemelor de plată prospectivă în alte ţări.

În SUA, în timp ce Medicare utilizează plata prospectivă bazată pe DRG pentru finanţarea spitalelor, alţi asigurători nu au adoptat acest sistem. Spitalele sunt astfel confruntate cu o mixtură de mecanisme de finanţare: plata prospectivă bazată pe DRG, plata pe zi de spitalizare pentru cele mai multe asociaţii de îngrijiri coordonate, plata per serviciu şi capitaţie. Fiecare din aceste mecanisme furnizează diferite stimulente spitalelor şi medicilor. În timp ce medicii controlează în cea mai mare parte utilizarea şi costurile spitalului, este de amintit faptul că plata serviciilor efectuate de medici nu este inclusă în plata bazată pe DRG în SUA. Chirurgul cardiac, cardiologul, internistul şi anestezistul care tratează un pacient internat pentru by-pass cardiac trimit fiecare facturi către programul Medicare pentru serviciile furnizate şi sunt plătiţi separat de finanţarea bazată pe DRG. Aceste plăţi nu sunt legate de DRG-uri sau plata prospectivă.

Ajustările legate de educaţia medicală, diferenţele geografice, plata cazurilor extreme au fost factori importanţi în negocierile politice şi tehnice legate de implementarea DRG-urilor şi a plăţii prospective în SUA. Aceştia rămân în continuare o parte importantă a ecuaţiei financiare a spitalelor, în confruntarea acestora cu eforturile de control a costurilor. Pe măsură ce alte ţări evaluează posibilitatea de implementare a DRG-urilor, acestea vor trebui să ia în considerare dacă şi cum să introducă astfel de aranjamente, care va fi impactul asupra unor spitale, cum ar fi cele rurale sau universitare, şi ce mecanisme instituţionale sunt necesare pentru implementare şi evaluare.

Orice sistem de plată bazată pe caz, în care episodul coincide în general cu o internare, furnizează stimulente pentru creşterea numărului de internări, pentru a depăşi eventualele pierderi de venituri pe internare. În esenţă, spitalul are riscuri legate de durata de spitalizare şi costurile în cursul internării, iar plătitorul (ex. Medicare) are riscuri legate de numărul internărilor. Nu este clar care ar fi fost impactul plăţii prospective fără implementarea concomitentă a programelor de evaluare (PRO) şi autoritatea acestora de a evalua necesitatea internărilor. Deşi cu un scop unic, activităţile de evaluare a utilizării au avut un lung istoric în SUA şi, chiar dacă nu sunt apreciate de spitale şi medici, ele fac parte din cultura americană. Oricare ar fi mecanismul de control, este imperios necesar ca acest element să fie inclus în design-ul sistemului, altfel orice economii realizate prin reducerea costurilor pe internare vor fi depăşite de creşterea ratelor de internare.

Datorită modului de organizare şi finanţare a sistemului de sănătate în SUA, spitalele au avut de timpuriu bine organizate sisteme de înregistrare a pacienţilor, sisteme de management al informaţiei, de contabilitate şi facturare. După introducerea plăţilor prospective au fost realizate îmbunătăţiri substanţiale în aceste domenii. Este probabil să fie necesare investiţii mai mari în ţări care nu au avut o istorie în colectarea şi utilizarea acestor tipuri de date, înainte de implementarea finanţării bazate pe case-mix.

Oricum, experienţa Statelor Unite arată că aceste sisteme nu trebuie să fie perfecte înaintea introducerii unui astfel de sistem de finanţare. Calitatea datelor a fost slabă în SUA înainte de 1983, în multe spitale fiind înregistrat un singur diagnostic pe pacient. Primii ani au evidenţiat eforturile spitalelor de a face sistemele de codificare să reflecte diagnosticele pacienţilor. Gradul de anxietate legat de incapacitatea sistemelor de date de a susţine un astfel de sistem a fost unul din motivele care au dus la crearea unei comisii de supraveghere, care să protejeze solvabilitatea spitalelor şi agenţiei Medicare.

Alte țări care intenționează să introducă un sistem de rambursare bazat pe DRG ar putea fi interesate să studieze în detaliu experiența Statelor Unite. Aceasta a fost înregistrată de Comisia de Evaluare a Plății Prospective (ProPAC), în rapoartele sale anuale asupra spitalelor și a sistemului de sănătate din SUA.

În cele din urmă, problema fraudelor în sistemul de plată este un aspect care trebuie luat în considerare de țările care introduc un astfel de sistem, deși facturarea frauduloasă nu este specifică sistemelor casemix. Sistemul Medicare a urmărit astfel de probleme în mod continuu, ele fiind legate atât de înregistrarea eronată a diagnosticelor, cât și de facturarea necorespunzătoare. Inițial, Organizațiile de Evaluare (PROs) au funcționat ca o importantă frână, prin faptul că, pe baza unor eșantioane, au evaluat continuu corectitudinea codificării și adecvarea internării. Mai recent, HCFA a început să evalueze baze de date largi raportate către Medicare de furnizori de servicii medicale, pentru a identifica tratamente costisitoare efectuate unei proporții mari din pacienții internați. Aceste dovezi au fost baza pentru investigații mai detaliate și acțiuni juridice împotriva practicilor ilegale ale spitalelor.

Remarci finale

Nu există nici un dubiu că introducerea sistemului de plată prospectivă și a DRG-urilor a avut un impact profund asupra sistemului de sănătate din Statele Unite. În prezent spitalele tratează doar pacienții cu adevărat bolnavi. Îngrijirile medicale (nursing care) au fost transferate către instituțiile intermediare sau se efectuează la domiciliu. Intervențiile chirurgicale simple se realizează în afara spitalelor. Serviciile de recuperare se furnizează în afara spitalului, în timp ce pacienții și familiile acestora au o responsabilitate crescută în procesul de recuperare.

Anexa III.3

Model de raport de evaluare clinică a serviciilor furnizate într-un spital

A) Indicatori de activitate clinică

Tip indicator	Indicatori	Valoare
Indicatori generali de volum şi intensitate	Număr de cazuri	9.478
	Număr de zile de spitalizare	70.614
	Durata medie de spitalizare	7,5
	Număr cazuri ponderate	7.186
	Indice de complexitate a cazurilor	0,7581
Indicatori ai activităţii chirurgicale	%Cazuri chirurgicale	26,9%
	%Cazuri chirurgicale în secţiile chirurgicale	63,0%
	Durata medie de spitalizare preoperatorie	1,46
	Durata medie de spitalizare preoperatorie la cazurile internate în urgenţă	1,36
	Durata medie de spitalizare postoperatorie	5,14
	Durata medie de spitalizare postoperatorie la cazurile internate în urgenţă	4,98
Indicatori ai comorbidităţii	%Cazuri cu diagnostice secundare	82,0%
	Rata diagnosticelor secundare	2,8
Indicatori socio-demografici	%Cazuri asiguraţi	99,5%
	%Cazuri din acelaşi judeţ	98,4%
	%Cazuri din rural	46,2%
	%Cazuri cu vârsta de 0-4 ani	9,5%
	%Cazuri cu vârsta de 5-17 ani	6,2%
	%Cazuri cu vârsta de 18-44 ani	26,3%
	%Cazuri cu vârsta de 45-65 ani	36,0%
	%Cazuri cu vârsta peste 65 ani	22,0%
	%Cazuri de sex feminin	52,8%
Indicatori ai circumstanţelor spitalizării - internare	%Internări în urgenţă	51,6%
	%Internări prin transfer interspitalicesc	0,4%
	%Internări cu trimitere de la medicul specialist	37,1%
	%Internări cu trimitere de la medicul de familie	10,4%
	%Internări la cerere	0,0%
	%Internări prin alte modalităţi	0,5%
Indicatori ai circumstanţelor spitalizării - externare	%Cazuri decedaţi	1,5%
	%Cazuri decedaţi la 24h de la internare	0,285%
	%Cazuri decedaţi la 48h de la internare	0,148%
	%Cazuri decedaţi intraoperator	0,000%
	%Cazuri decedaţi la 24h de la intervenţia chirurgicală principală	0,000%
	%Cazuri decedaţi la 48h de la intervenţia chirurgicală principală	0,118%
	%Cazuri cu stare la externare "agravat"	0,3%
	%Cazuri cu stare la externare "vindecat"	29,2%
	%Cazuri cu stare la externare "ameliorat"	63,4%
	%Cazuri cu stare la externare "staţionar"	5,7%
	%Externări prin transfer interspitalicesc	0,1%
	%Externări la cerere	2,7%
	Indice concordanţă Dg Externare - Dg Internare	81,0%
Indicatori ai varietăţii activităţii	Nr categorii majore de diagnostice (CMD)	26
	Număr grupe de diagnostice (DRG)	387
	Număr diagnostice principale	1.262

Indicatori ai tipului de furnizor – tip secții	%Internări în secții chirurgicale	41,6%
	%Internări în secții medicale	58,4%
	%Internări în secții chirurgicale generale	7,6%
	%Internări în secții chirurgicale de specialitate	18,0%
	%Internări în secții medicale generale	7,6%
	%Internări în secții medicale de specialitate	40,4%
	%Internări în secții de nou-născuți	4,1%
	%Internări în secții de obstetrică-ginecologie	11,6%
	%Internări în secții de ortopedie	4,3%
	%Internări în secții de pediatrie generală	6,3%
	%Internări în secții de pediatrie de specialitate	0,0%
	%Internări în secții de recuperare	0,0%

B) Morbiditatea spitalizată

Nr. Crt.	Grupe de diagnostic (DRG)	Cod DRG	Tip DRG	Nr. Cazuri	%Cazuri	%Cazuri cumulat
1	Insuficienta cardiaca şi socul	127	M	483	9,27%	9,27%
2	Boala interstiţiala pulmonară fără complicaţii şi comorbidităţi	093	M	271	5,20%	14,48%
3	Infecţii resp. sup. şi otita medie vârsta 0-17 ani	070	M	218	4,19%	18,66%
4	Nou-născutul cu alte probleme semnificative	390	M	174	3,34%	22,00%
5	Naştere vaginală cu sterilizare şi/sau dilatare şi chiuretaj	374	C	174	3,34%	25,35%
6	Boala interstiţiala pulmonara cu complicaţii şi comorbidităţi	092	M	149	2,86%	28,21%
7	Aritmia cardiacă şi tulburări de conducere cu complicaţii şi comorbidităţi	138	M	114	2,19%	30,40%
8	Esofagita, gastroenterita şi alte tulburări digestive, >17 ani, fără complicaţii şi comorbidităţi	183	M	108	2,07%	32,47%
9	Fracturi, luxaţii, entorse, dislocări partea de sus a braţului, partea de jos membru inf. cu excepţia piciorului, >17 ani, fără complicaţii şi comorbidităţi	254	M	101	1,94%	34,41%
10	Esofagită, gastroenterită şi alte tulburări digestive, >17 ani, cu complicaţii şi comorbidităţi	182	M	100	1,92%	36,33%
Alte DRG				3316	63,67%	100,00%
Total				5208	100,00%	

Anexa III.4

INSTRUCŢIUNI (*)

privind completarea formularului Foaie de Observaţie Clinică Generală (F.O.C.G.)

1. Completarea următoarelor rubrici se face cu litere majuscule: judeţul, localitatea, spitalul, secţia, numele, prenumele şi toate diagnosticele de pe prima pagină.

2. Completarea F.O.C.G. se face pe baza următoarelor acte oficiale:

- buletin de identitate
- carnet de asigurat
- talon de pensie
- certificat de naştere pentru copiii sub 15 ani (care nu au încă buletin de identitate).

3. Rubricile se completează şi se codifică astfel:

- judeţul şi localitatea se referă la spital; codul judeţului se va face alfabetic pe judeţele ţării, codificându-se conform listei din Anexă cu 01 (judeţul Alba) şi în continuare până la 42 (Municipiul Bucureşti);
- spitalul şi secţia se trec şi se codifică după nomenclatorul unităţilor sanitare aprobate de Ministerul Sănătăţii şi Familiei (Ordinul MSF nr. 457/2001 – Anexă);
- numărul de înregistrare al F.O.C.G. se face după codul unic al spitalului din Registrul de intrări-ieşiri; numerotarea începe cu 00001 la 1 ianuarie al fiecărui an;
- "întocmit de" se trece numele medicului care a întocmit F.O.C.G. şi se aplică parafa acestuia;
- CNP se completează pe baza buletinului de identitate sau a certificatului de naştere pentru cei ce nu au buletin de identitate;
- sexul se subliniază litera M (masculin) sau F (feminin);
- data naşterii se codifică în căsuţele respective cu 01-31 (zi), 01-12 (lună), 2002 şi în continuare pentru anul calendaristic respectiv;
- domiciliul legal (judeţul, localitatea, sectorul – pentru Municipiul Bucureşti, Urban/Rural, strada şi numărul etc. se completează pe baza buletinului de identitate;
- reşedinţa corespunde cu judeţul, localitatea, sectorul etc. unde locuieşte în prezent persoana spitalizată şi se completează, de asemenea, pe baza buletinului de identitate;
- greutatea la naştere se completează la nou-născuţi şi copii până la vârsta de 1 an;
- ocupaţia şi locul de muncă se completează după dovada eliberată de unitatea unde este angajată persoana respectivă;
- statut pacient se completează din carnetul de asigurat.

4. Grupul sangvin, Rh şi alergic la se completează pe baza actelor medicale ale pacientului, fie pe baza investigaţiilor ce se efectuează la internarea în spital.

5. Tipul internării: se trece în căsuţa alăturată codul felului de trimitere (de la 1 la 9, vezi lista din Anexă).

6. Data internării şi externării şi numărul zilelor de spitalizare şi ale concediilor

---

* Anexă la Ordinul ministrului sănătăţii şi familiei nr. 798/15.10.2002, elaborată de Centrul de Calcul şi Statistică Sanitară

medicale acordate la externare se completează fiecare în căsuțele corespunzătoare.

7. Diagnosticul de trimitere este cel al medicului care a trimis pacientul pentru a fi spitalizat. Se completează de medicul camerei de gardă pe baza Biletului de trimitere (internare); nu se codifică.

8. Diagnosticul de internare este cel al medicului de gardă, al spitalului şi e semnat şi parafat de dânsul, se codifică conform CIM-10 cu 4 caractere.

9. Diagnosticul la 72 ore este cel al medicului curant, nu se codifică.

10. Diagnosticul la externare se completează şi codifică conform CIM-10 cu 4 caractere de medicul curant:

10.1 Diagnosticul principal are două rânduri, al doilea pentru situațiile de codificare duală:

a) în caz de traumatisme şi otrăviri:
   - în primul rând se trece natura acestora (capitolele S,T din CIM-10 cu 4 caractere)
   - în rândul al doilea se trece cauza externă (capitolele V, W, X,Y din CIM-10 cu patru caractere)

b) în cazul afecțiunilor notate cu dagger (+) şi asterix (*):
   - în primul rând se trece diagnosticul cu (+)
   - în rândul al doilea se trece cel cu (*)

10.2 Diagnosticele secundare (complicații/comorbidități) are loc pentru maximum 8 afecțiuni, concomitente cu diagnosticul principal, trecându-se exclusiv complicațiile/ comorbiditățile pentru care pacientul a fost investigat şi tratat în timpul episodului respective de boala; se codifică conform CIM-10 cu 4 caractere.

Notă: La codificare se va ține seama de Reglementările OMS de clasificare şi codificare.

11. Intervenția chirurgicală principală şi cele concomitente (secundare), data intervenției se completează pe baza Registrului protocol operator, trecându-se şi echipa operatorie şi data intervenției, precum şi codurile respective din "Nomenclatorul intervențiilor chirurgicale".

12.Examen citologic, extemporaneu, histopatologic – se trec elementele mai importante ale examenelor respective efectuate în spital.

13. Transfer între secțiile spitalului – se completează de fiecare secție în care a fost internat şi transferat pacientul.

14. Starea la externare, tipul externării şi decesul intra-operator se completează şi codifică de medicul curant în căsuțele respective.

15. Diagnosticul în caz de deces se completează şi se codifică tot de medicul curant, concomitent cu Certificatul constatator de deces, în conformitate cu regulile de codificare, cuprinse în Reglementările CIM-10.

16. Diagnosticul anatomo-patologic se completează pe baza buletinului de examinări histopatologice ale anatomo-patologului care, în caz de tumori maligne, trece şi codul morfologic după regulile de codificare cuprinse în broşura de clasificație a tumorilor.

17. Explorări funcționale şi investigații radiologice se completează de medicul curant pe baza buletinelor respective ale compartimentelor de explorări funcționale şi radiologie, preluând codurile puse de aceste compartimente şi separat numărul de explorări şi investigații.

18. Motivele internării - se trec rezumativ agravările, complicațiile bolilor care au motivat spitalizarea pacientului.

19. Anamneza şi istoricul bolii va cuprinde pe subcapitole (a, b, c, d, e) tot ce cunoaşte pacientul despre antecedentele familiale, personale şi boala care a necesitat spitalizarea.

20. Examenul clinic general, examenul oncologic, alte examene speciale, cele radiologice, anatomo-patologice, ecografice etc. Examenul clinic general este cel al medicului curant, iar celelalte sunt ale altor secţii sau laboratoare şi trecut în buletinele de investigaţii, din care medicul curant va trece în F.O.C.G. ceea ce este mai important pentru cazul tratat, anexând şi buletinele.

21. Susţinerea diagnosticului şi tratamentului, epicriza şi recomandările la externare sunt obligatoriu de completat de medicul curant şi revăzut de şeful secţiei respective. Cuprinde rezumativ principalele etape ale spitalizării şi ale tratamentului acordat pe parcurs, recomandările date celui externat, medicamentele prescrise, comportamentul indicat acestuia în perioada următoare externării.

22. Semnătura şi parafa medicului – se completează de medicul care a avut în îngrijire pacientul.

Anexa IV.1

BILANȚ
la data de.....

lei

	DENUMIREA INDICATORILOR	Cod rând	Sold la începutul anului	Sold la sfârşitul perioadei
A	B	C	1	2
A	**ACTIVE**			
I	**ACTIVE NECURENTE**			
1	**Active fixe necorporale** (ct.203+205+206+208+233-280-290-293*)	01		
2	**Instalaţii tehnice, mijloace de transport, animale, plantaţii, mobilier, aparatura birotica şi alte active corporale** (ct.213+214+231-281-291-293*)	02		
3	**Terenuri şi clădiri** (ct.211+212+231-281-291-293*)	03		
4	**Alte active nefinanciare** (ct.215)	04		
5	**Active financiare necurente (investiţii pe termen lung) peste un an** (ct.260+265+267-296)	05		
6	**Creanţe necurente – sume ce urmează a fi încasate după o perioada mai mare de un an** (ct.4112+4612 – 4912 - 4962	06		
7	**TOTAL ACTIVE NECURENTE (rd.01+02+03+04+05+06)**	07		
	ACTIVE CURENTE			
1	**Stocuri** (ct.301+302+303+304+305+307+309+331+332+341+ 345+346+347+349+351+354+356+357+358+359+361+ 371+381+/-348+/-378-391-392-393-394-395-396-397-398	08		
2	**Creanţe curente – sume ce urmează a fi încasate intr-o *perioada mai mică de un an -Total (rd.10+11+12),* din care:**	09		
	Creanţe din operaţiuni comerciale şi avansuri (ct.232+234+409+4111+4118+413+418+425+4282+ 4611 +473**+481+482+483 - 4911- 4961+5187)	10		
	Creanţe bugetare (ct.431**+437**+4424+4428**+444**+446**+4482+ 463+464+465+4664+4665+4681+4682+4684+4687+469 - 497)	11		
	Creanţe din operaţiuni cu Comunitatea Europeana (ct.4501+4511+4531+4541+4551+456+457+458)	12		
3	**Investiţii pe termen scurt** (ct.505-595)	13		
4	**Conturi la trezorerie şi bănci (rd.15+17) din care:**	14		
	Conturi la trezorerie, casa, alte valori, avansuri de trezorerie (ct.510+5121+5125+5131+5141+5151+5153+5161+5171+ 520+5211+5212+5221+5222+523+524+5251+5252+5253+ 526+527+528+5291+5292+5299+531+532+542+550+551 +552+553+554+555+556+557+558+5601+5602+561+562 +5711+5712+5713+5714 +5741+5742+5743+5744)	15		
	din care: depozite (ct. 5153+5222+5602+5714+5744)	16		
	Conturi la bănci comerciale (ct.5112+5121+5124+5125+5131+5132+5141+5142+ 5151+5152+5153+5161+5162+5172+5314+5411+5412+ *550+558+560*)	17		

	din care: depozite (ct. 5153)	18		
5	**Cheltuieli în avans (ct. 471)**	19		
	TOTAL ACTIVE CURENTE (rd.08+09+13+14+19)	20		
	TOTAL ACTIVE (rd.07+20)	21		
B	**DATORII**	22		
	DATORII NECURENTE- sume ce trebuie plătite intr-o perioada mai mare de un an	23		
1	**Sume necurente de plata** (ct.4042+269+4622+509)	24		
2	**Împrumuturi pe termen lung**	25		
3	**Provizioane** (cont 151)	26		
	TOTAL DATORII NECURENTE (rd.24+25+26)	27		
1	**DATORII CURENTE - sume ce trebuie plătite intr-o perioada de pana la un an - Total (rd.29+30+31), din care:**	28		
	Datorii comerciale şi avansuri (ct.401+403+4041+405+408+419+4621+473+481+482+ 483+269)	29		
	Datorii către bugete (ct.440+441+4423+4428+444+446+ 4481+4671+4672+4673+4674+4675)	30		
	Datorii către Comunitatea Europeana (ct.4502+4512+452+4532+4542+4552)	31		
2	**Împrumuturi pe termen scurt - sume ce trebuie plătite intr-o perioada de pana la un an** (ct.5186+5191+5192+5194+5195+5196+ 5197+5198)	32		
3	**Împrumuturi pe termen lung – sume ce trebuie plătite în cursul exercițiului curent** (ct.1611+1621+1631+1641+1651+1671 +168-169)	33		
4	**Salariile angajaților şi contribuțiile aferente** (ct.421+423+426+427+4281+431+437+438)	34		
5	**Alte drepturi cuvenite altor categorii de persoane (pensii, îndemnizații de şomaj, burse)** (ct.422+424+429)	35		
6	**Venituri în avans** (ct.472)	36		
7	**Provizioane** (ct. 151)	37		
	TOTAL DATORII CURENTE (rd.28+32+33+34+35+36+37)	38		
	TOTAL DATORII (rd.27+38)	39		
	ACTIVE NETE = TOTAL ACTIVE – TOTAL DATORII = CAPITALURI PROPRII (rd.40 = rd.21-39 = rd.47)	40		
1	**Rezerve, fonduri** (ct.100+101+102+103+104+105+106+131+ 132+133+134+135+136+137+139)	42		
2	**Rezultatul reportat** (ct.117- sold creditor)	43		
3	**Rezultatul reportat** (ct.117- sold debitor)	44		
4	**Rezultatul patrimonial al exercițiului** (ct.121- sold creditor)	45		
5	**Rezultatul patrimonial al exercițiului** (ct.121- sold debitor)	46		
	TOTAL CAPITALURI PROPRII (rd.42+43–44+ 45- 46)	47		

Conducătorul instituției

Conducătorul compartimentului financiar-contabil

Anexa IV.2

Contul de rezultat patrimonial
la data de ....

lei

	DENUMIREA INDICATORULUI	Cod rând	An precedent	An curent
A	B	C	1	2
I	**VENITURI OPERAȚIONALE**	1		
1	**Venituri din impozite, taxe, contribuții de asigurări și alte venituri ale bugetelor** (ct.730+731+732+733+734+735+736+ +739+745+746+750+751)	2		
2	**Venituri din activități economice** (ct.701+702+703+704+705+706+707+708 +/- 709)	3		
3	**Finanțări, subvenții, transferuri, alocații bugetare cu destinație speciala** (ct.770+771+772+773+774+776+778+779)	4		
4	**Alte venituri operaționale** (ct.714+719+721+722+781)	5		
	TOTAL VENITURI OPERAȚIONALE (rd.02+03+04+05)	6		
II	**CHELTUIELI OPERAȚIONALE**	7		
1	**Salariile și contribuțiile sociale aferente angajaților** (ct.641+642+645+646+647)	8		
2	**Subvenții și transferuri** (ct.670+671+672+673+674+676+677+679)	9		
3	**Stocuri, consumabile, lucrări și servicii executate de terți** (ct.601+602+603+606+607+608+609+610+611+612+613+614 +622+623+624+626+627+628+629)	10		
4	**Cheltuieli de capital, amortizări și provizioane** (ct.681+682+689)	11		
5	**Alte cheltuieli operaționale** (ct.635+654+658)	12		
	TOTAL CHELTUIELI OPERAȚIONALE (rd.08+09+10+11+12)	13		
III	**REZULTATUL DIN ACTIVITATEA OPERATIONALA**	14		
	- EXCEDENT (rd.06- rd.13)	15		
	- DEFICIT (rd.13- rd.06)	16		
IV	**VENITURI FINANCIARE** (ct.763+764+765+766+767+768+769+786)	17		
V	**CHELTUIELI FINANCIARE** (ct.663+664+665+666+667+668+669+686)	18		
VI	**REZULTATUL DIN ACTIVITATEA FINANCIARA**	19		
	- EXCEDENT (rd.17- rd.18)	20		
	- DEFICIT (rd.18- rd.17)	21		
VII	**REZULTATUL DIN ACTIVITATEA CURENTA**	22		
	- EXCEDENT (rd.15+20-16-21)	23		
	- DEFICIT (rd.16+21-15-20)	24		
VIII	**VENITURI EXTRAORDINARE (ct.790+791)**	25		

IX	**CHELTUIELI EXTRAORDINARE (ct.690+691)**	26		
X	**REZULTATUL DIN ACTIVITATEA EXTRAORDINARA**	27		
	- EXCEDENT (rd.25-rd.26)	28		
	- DEFICIT (rd.26-rd.25)	29		
XI	**REZULTATUL PATRIMONIAL AL EXERCIȚIULUI**	30		
	- EXCEDENT (rd. 23+28-24-29)	31		
	- DEFICIT (rd. 24+29-23-28)	32		

Conducătorul instituției

Conducătorul compartimentului financiar-contabil

Anexa IV.3

SITUATIA FLUXURILOR DE TREZORERIE
la data de.....

lei

DENUMIREA INDICATORULUI	COD RAND			
A	B	1	2	3
I. NUMERAR DIN ACTIVITATEA OPERAȚIONALĂ	01			
1. Încasări	02			
2. Plăți	03			
3. Numerar net din activitatea operațională (rd. 02- rd.03)	04			
II. NUMERAR DIN ACTIVITATEA DE INVESTIȚII	05			
1. Încasări	06			
2. Plăți	07			
3. Numerar net din activitatea de investiții (rd.06-07)	08			
III. NUMERAR DIN ACTIVITATEA DE FINANȚARE	09			
1. Încasări	10			
2. Plăți	11			
3. Numerar net din activitatea de finanțare (rd.10-rd.11)	12			
IV. CRESTEREA (DESCRESTEREA) NETA DE NUMERAR ŞI ECHIVALENT DE NUMERAR (rd.04+rd.08+rd.12)	13			
V. NUMERAR ŞI ECHIVALENT DE NUMERAR LA INCEPUTUL PERIOADEI	14			
VI. NUMERAR ŞI ECHIVALENT DE NUMERAR LA SFARSITUL ANULUI (rd.13+rd.14), din care:	15			
1.Depozite	16			
2.Disponibilitati la bănci în străinătate	17			
3.Diferente din reevaluare	18			

Conducătorul instituției | Conducătorul compartimentului Financiar - contabil | Viza trezoreriei

Anexa IV.4

CONTUL DE EXECUȚIE A BUGETULUI INSTITUȚIEI PUBLICE - VENITURI

la data de.....

lei

Denumirea indicatorilor *)	**Cod**	**Prevederi bugetare inițiale**	**Prevederi bugetare trimestriale /definitive**	**Drepturi constatate**			**Încasări realizate**	**Stingeri pe alte cai decât încasări**	**Drepturi constatate de încasat**
				Total din care:	din anii precedenti	din anul curent			
A	B	1	2	3= 4+5	4	5	6	7	**8=3-6-7**

*) Se înscriu denumirea şi simbolul capitolelor şi subcapitolelor din bugetul aprobat pe structura clasificației funcționale - bugetul de stat, bugetul
asigurărilor sociale de stat, bugetul asigurărilor pentru şomaj, bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, fonduri externe
nerambursabile şi instituții publice finanțate integral sau parțial din venituri proprii / activități finanțate integral din venituri proprii (altele decât cele de subordonare locala).

Conducătorul instituției

Conducătorul compartimentului financiar-contabil

Anexa IV.5

CONTUL DE EXECUȚIE A BUGETULUI INSITUȚIEI PUBLICE - CHELTUIELI

lei

Denumirea indicatorilor *)	Cod	Credite bugetare		Angajamente bugetare	Angajamente legale	Plăți efectuate	Angajamente legale de plătit	Cheltuieli efective
		inițiale	trimestriale/ definitive					
A	B	1	2	3	4	5	6=4-5	7

*Se înscriu denumirea şi simbolul capitolelor şi subcapitolelor din bugetul aprobat pe structura clasificației funcționale - buget de stat, buget local,bugetul asigurărilor sociale de stat, bugetul asigurărilor pentru şomaj, bugetul fondului național unic pentru asigurările sociale de sănătate, credite externe, credite interne, fonduri externe ne-rambursabile şi venituri proprii/ venituri proprii şi subvenții(altele decât cele de subordonare locala)

NOTĂ: Se detaliază pe clasificația economică (Anexa 6) .

Conducătorul instituției

Conducătorul compartimentului financiar - contabil

Anexa IV.6

Contul de execuție al instituțiilor publice – cheltuieli
la data de.....

Capitol.....Subcapitol.....

lei

Denumire indicatori *)	**Cod indicator**	**Credite bugetare**		**Angajamente bugetare**	**Angajamente legale**	**Plăți efectuate**	**Angajamente legale de plătit**	**Cheltuieli efective**
		inițiale	trimestriale/ definitive					
A	B	1	2	3	4	5	6	7

*) Se înscriu denumirea şi simbolul capitolelor din bugetul aprobat, detaliate pe titluri, articole, alineate, pe structura clasificației economice (bugetul de stat, bugetele locale, bugetul asigurărilor sociale de stat, bugetul asigurărilor pentru şomaj, bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, credite externe, credite interne, fonduri externe nerambursabile, venituri proprii, venituri proprii şi subvenții).

Conducătorul instituției

Conducătorul compartimentului financiar-contabil

Anexa IV.7

PLĂȚI RESTANTE
la data de.....

lei

DENUMIREA INDICATORILOR	Nr. rând	TOTAL	Din care:	
			pentru activitatea curenta	pentru investiții
A	B	1=2+3	2	3
PLĂȚI RESTANTE-TOTAL 01 (rd.02+06+07+08+12+13+14+18), din care:	**01**			
Plăți restante către furnizori - Total (rd.03 la 05), din care:	**02**			
- peste 30 de zile	**03**			
- peste 90 de zile	**04**			
- peste 1 an	**05**			
Plăți restante fata de bugetul de stat	**06**			
Plăți restante fata de bugetul asigurărilor sociale de sănătate	**07**			
Plăți restante fata de asig. sociale - Total (rd.09 la 11), din care:	**08**			
- contribuția pentru bugetul asigurărilor sociale de stat	**09**			
- contribuția pentru bugetul asigurărilor pentru şomaj	**10**			
- alte datorii sociale	**11**			
Plăți restante față de bugetele locale	**12**			
Plăți restante față de alți creditori	**13**			
Împrumuturi nerambursate la scadenta - Total (rd.15 la 17), din care:	**14**			
- restanțe după 30 de zile	**15**			
- restanțe după 90 de zile	**16**			
- restanțe după 1 an	**17**			
Dobânzi restante	**18**			

*) Se completează cu următoarele coduri:
40 - pentru total plăți restante;
41 - pentru plăți restante din bugetul de stat;
42 - pentru plăți restante din bugetele locale;
43 - pentru plăți restante din bugetul asigurărilor sociale de stat;
44 - pentru plăți restante din bugetul asigurărilor pentru şomaj;
45 - pentru plăți restante din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;
46 - pentru plăți restante din credite externe;
47 pentru plăți restante din credite interne;
48- pentru plăți restante din fonduri externe nerambursabile;
49- pentru plăți restante ale instituțiilor publice finanțate integral sau parțial din venituri proprii / activități
finanțate integral din venituri proprii;

Conducătorul instituției

Conducătorul compartimentului financiar-contabil

ANEXA V.1

HOTĂRÂRE nr. 150 din 5 martie 1999 privind aprobarea Metodologiei pentru stabilirea normelor de evaluare a performanţelor profesionale individuale şi de aplicare a criteriilor de stabilire a salariilor de bază între limite pentru personalul de specialitate medico-sanitar şi personalul auxiliar sanitar, încadrat în unităţi sanitare şi de asistenţă socială.

ANEXA nr. 1: CRITERII de evaluare a posturilor

1. Pregătirea profesională impusă ocupantului postului	1.1. Pregătirea de bază (corespunzătoare studiilor absolvite, potrivit prevederilor legale): 1.1.1. şcoala generală 1.1.2. medie-liceală 1.1.3. medie-postliceală 1.1.4. superioară de scurtă durată 1.1.5. superioară de lungă durată 1.2. Pregătire de specialitate: 1.2.1. calificare medicală sau de altă specialitate, necesară postului (medie, superioară) 1.2.2. perfecţionări (specializări) periodice necesare pentru menţinerea competenţei cerute de post
2. Experienţa necesară pentru executarea operaţiunilor specifice postului	2.1. Experienţa în muncă 2.2. Experienţa în specialitatea cerută de post 2.3. Perioada necesară iniţierii în vederea executării operaţiunilor specifice postului
3. Dificultatea operaţiunilor specifice postului	3.1. Complexitatea postului, în sensul diversităţii operaţiunilor de efectuat 3.2. Gradul de autonomie în acţiune 3.3. Efortul intelectual caracteristic efectuării operaţiunilor specifice postului 3.4. Necesitatea unor aptitudini deosebite 3.5. Tehnologii speciale care trebuie cunoscute
4. Responsabilitatea implicată de post	4.1. Responsabilitatea de conducere şi coordonare a structurilor, echipelor, proiectelor 4.2. Responsabilitatea pregătirii luării unor decizii, păstrarea confidenţialităţii
5. Sfera de relaţii	5.1. Gradul de solicitare din partea structurilor interne ale instituţiei publice 5.2. Gradul de solicitare din partea structurilor externe ale instituţiei publice 5.3. Gradul de solicitare din partea cetăţenilor şi/sau subiecţilor serviciilor oferite de instituţia publică

ANEXA V.2

HOTĂRÂRE nr. 150 din 5 martie 1999 privind aprobarea Metodologiei pentru stabilirea normelor de evaluare a performanţelor profesionale individuale şi de aplicare a criteriilor de stabilire a salariilor de bază între limite pentru personalul de specialitate medico-sanitar şi personalul auxiliar sanitar, încadrat în unităţi sanitare şi de asistenţă socială

ANEXA nr. 2: FIŞA POSTULUI

Unitatea sanitară:	
Compartimentul:	
Denumirea postului:	
Gradul profesional al ocupantului postului:	
Nivelul postului:	a) de execuţie
Punctajul postului:	b) de conducere
(calculat conform	a) minim =
prezentei anexe)	b) maxim =

Descrierea postului*):

*) Se vor avea în vedere criteriile de evaluare a postului, prevăzute în anexa nr. 1, şi alte criterii şi elemente stabilite de conducătorul compartimentului

Descrierea activităţilor corespunzătoare postului

Criterii de evaluare a postului	Ponderea (%)	Calificativul (de la 1 la 5)		Punctajul rezultat	
		minim	maxim	minim	maxim
1	2	3	4	5=2x3	6=2x4
1. Pregătirea profesională impusă ocupantului postului					
2. Experienţa necesară pentru executarea operaţiunilor specifice postului					
3. Dificultatea operaţiunilor specifice postului					
4. Responsabilitatea implicată de post					
5. Sfera de relaţii					
TOTAL:	100	-	-		

ANEXA V.3

HOTĂRÂRE nr. 150 din 5 martie 1999 privind aprobarea Metodologiei pentru stabilirea normelor de evaluare a performanţelor profesionale individuale şi de aplicare a criteriilor de stabilire a salariilor de bază între limite pentru personalul de specialitate medico-sanitar şi personalul auxiliar sanitar, încadrat în unităţi sanitare şi de asistenţă socială

ANEXA nr. 3: FIŞA DE APRECIERE

UNITATEA.....denumirea)
Numele ..... Prenumele .....
Funcţia .....
Nivelul performanţei profesionale realizate

Nr. crt.	Denumirea criteriului de evaluare şi ponderea acestuia	Componentele de bază ale criteriului de evaluare	Punctajul acordat pentru fiecare criteriu de evaluare*)	Valoarea ponderată a criteriului de evaluare**)
0	1	2	3	4
1.	Rezultatele obţinute (55%)	a) gradul de realizare a atribuţiilor de serviciu prevăzute în fişa postului		
		b) promptitudine şi operativitate		
		c) calitatea lucrărilor executate şi a activităţilor desfăşurate		
	TOTAL 1:			
2.	Asumarea responsabilităţilor (20%)	a) receptivitate, disponibilitate la efort suplimentar, perseverenţă, obiectivitate, disciplină		
		b) intensitatea implicării în realizarea atribuţiilor de serviciu, utilizarea echipamentelor şi a materialelor, încadrarea în normativele de consum, utilizarea cunoştinţelor de limbi străine, utilizarea calculatorului.		
	TOTAL 2:			
3.	Adaptarea la complexitatea muncii (15%)	a) executarea de lucrări complexe		
		b) activitate de rutină.		
	TOTAL 3:			
4.	Iniţiativă şi creativitate (10%)	a) propuneri de soluţii noi, motivarea acestora şi evaluarea consecinţelor		
		b) propuneri de schimbări, motivarea acestora şi evaluarea consecinţelor.		
	TOTAL 4:			
	VALOAREA PONDERATA TOTALA A CRITERIILOR DE EVALUARE:			

1.Numele, prenumele, funcţia şi semnătura persoanei care a făcut aprecierea:
.....

2.Am luat cunoştinţă de aprecierea activităţii profesionale desfăşurate.
.....
(semnătura salariatului apreciat şi data la care acesta semnează)

3.Contestaţia celui apreciat:
.....
motivaţia, semnătura acestuia şi data)

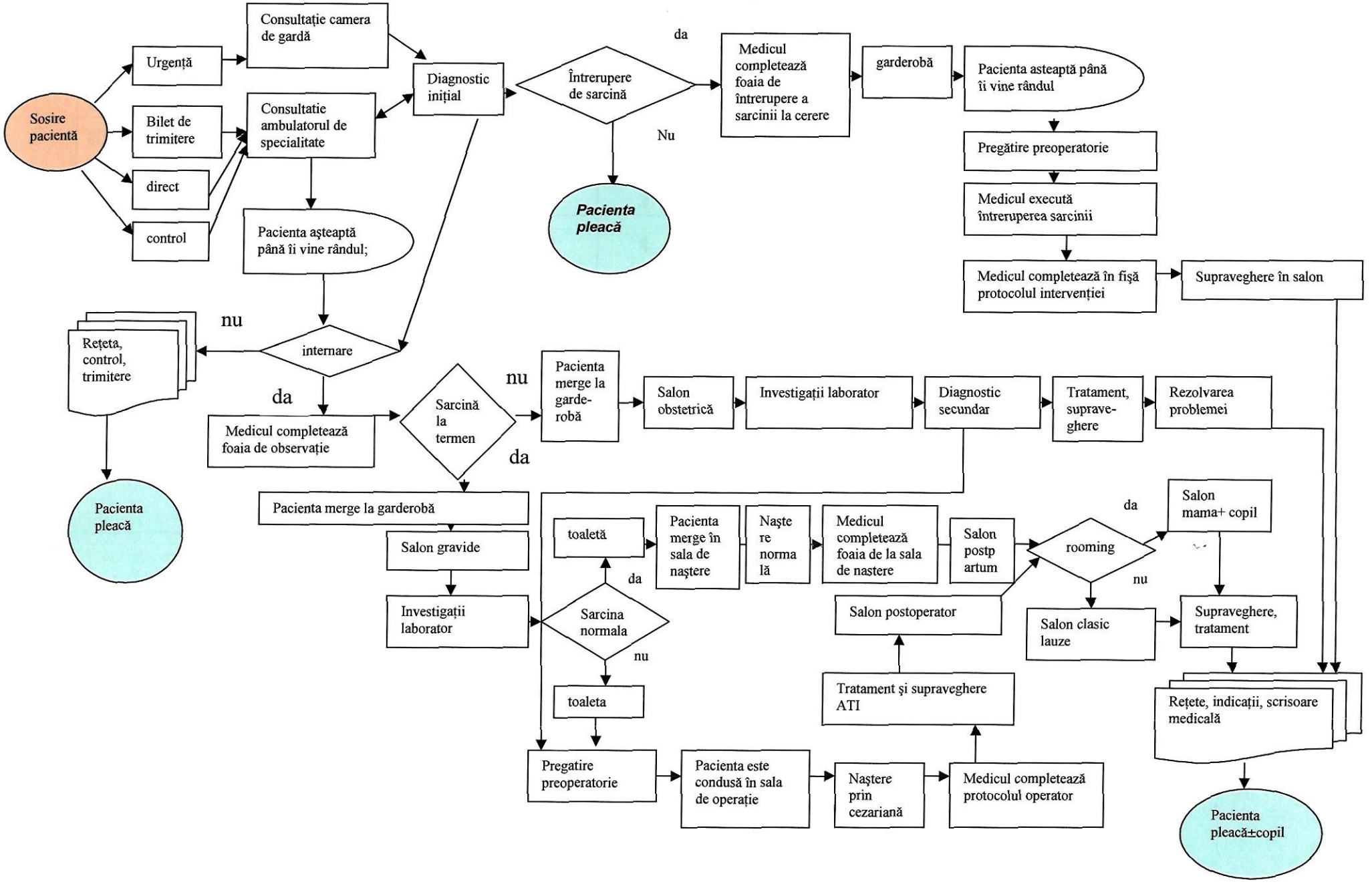
4.Modificarea aprecierii (DA, NU):
- numele şi prenumele persoanei care a modificat aprecierea:
- funcţia acesteia:
- modificarea adusa aprecierii:
- semnătura şi data

Am luat cunoştinţă de modificarea, menţinerea aprecierii
.....
semnătura celui apreciat şi data la care acesta a luat cunoştinţă)

5.Avizul consultativ al organizaţiei sindicale:
.....
NOTA:
*) Punctajul pentru fiecare criteriu de evaluare, corespunzător calificativelor:
(1 = nesatisfăcător, 2 = satisfăcător, 3 = la nivelul standardului de performanţă, 4 = bun, 5 = foarte bun), se obţine prin însumarea punctelor acordate pentru fiecare criteriu din coloana 2 (numărul de puncte/numărul de componente) pe rândul TOTAL.
**) Valoarea ponderată a fiecărui criteriu de evaluare se obţine prin înmulţirea punctajului total acordat (coloana 3, rândul TOTAL) cu valoarea procentuala a criteriului de evaluare, iar rezultatul se împarte la 100.
Valoarea ponderată totală a criteriilor de evaluare se calculează prin însumarea valorilor ponderate ale celor patru criterii de evaluare (coloana 4, TOTAL 1 + TOTAL 2 + TOTAL 3 + TOTAL 4).
A) Activitatea de evaluare este coordonată de o comisie numită de conducătorul unităţii din care fac parte şefii de secţie, de laborator şi al compartimentului de resurse umane.
B) Contestaţiile în legătură cu evaluarea performanţei profesionale individuale se fac în termen de 5 zile de la comunicarea rezultatului evaluării şi se depun la compartimentul de resurse umane.
C) Conducătorul imediat superior, împreună cu liderul sindicatului reprezentativ sau, după caz, cu reprezentantul salariaţilor, din unitate, potrivit Legii nr. 130/1996, republicată, vor lua măsurile necesare pentru analizarea contestaţiilor şi vor comunica rezultatul acesteia în termen de 5 zile de la depunerea contestaţiei.

Diagrama de flux a pacientei într-o secție de obstetrică

Anexa VI.1.



Matricea multicriterială

Anexa VI.2

Infecții nozocomiale	Articol I. CRITERII									
Arii de îmbunătățit	Organizația deține controlul asupra schimbării	Procesul este important pentru pacienți	Procesul este important pentru echipa medicală	Schimbarea este fezabilă	Procesul are un ciclu scurt	Date disponibile	Resurse disponibile	Vizibilitate crescută asupra procesului	Schimbarea este recomandată	*Scor total*
Respectarea masurilor de asepsie/antisepsie	**4**	**4**	**4**	**4**	**2**	**3**	**4**	**3**	**4**	**32**
Nerespectarea orelor de vizită	**2**	**3**	**3**	**2**	**1**	**2**	**2**	**3**	**3**	**21**
Nerespectarea circuitelor în spital	**4**	**3**	**4**	**4**	**2**	**4**	**2**	**1**	**4**	**28**
Management defectuos	**2**	**3**	**3**	**3**	**2**	**2**	**1**	**2**	**4**	**22**

Diagrama afinităților **Anexa VI.3**

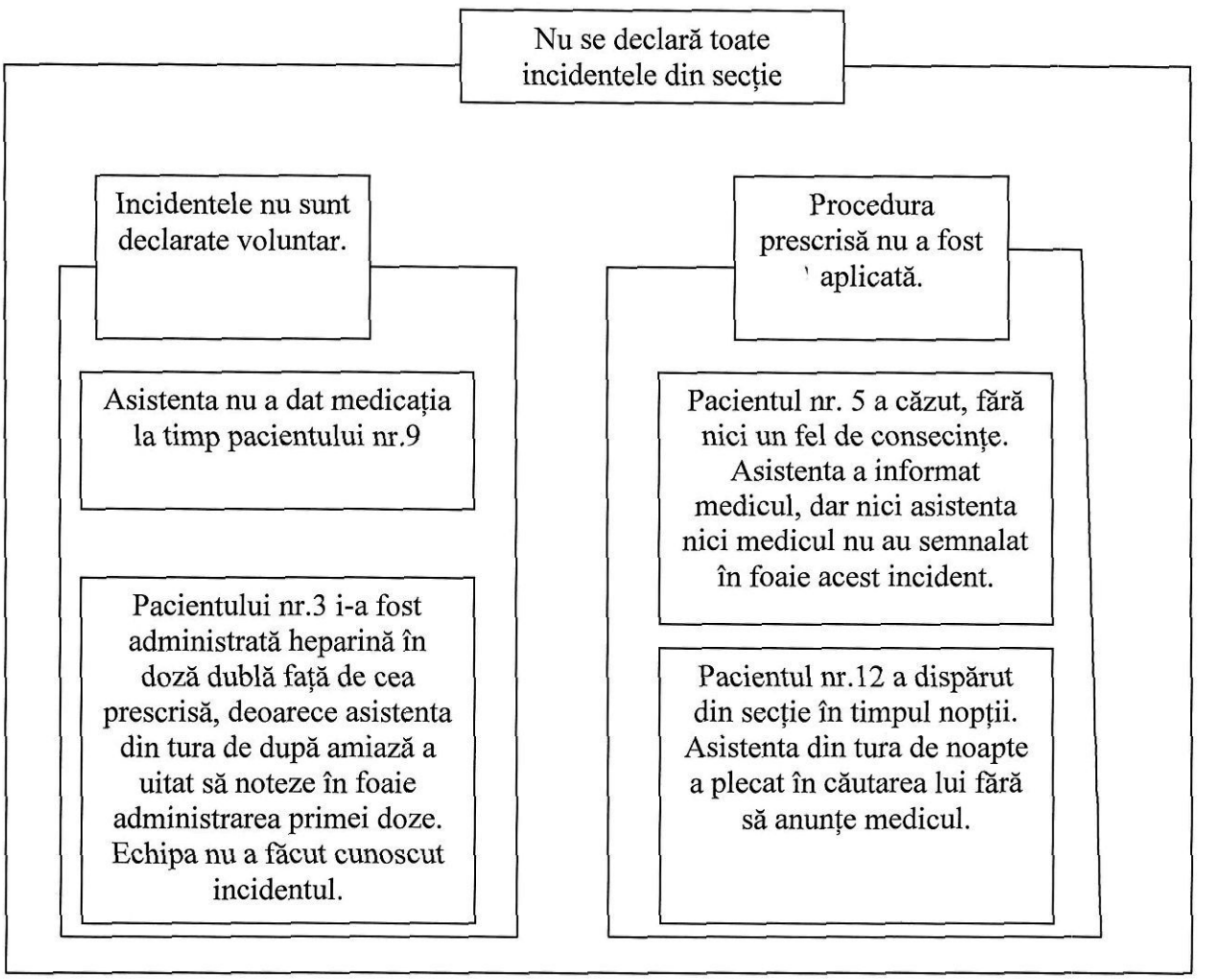


Diagrama arbore **Anexa VI.4.**

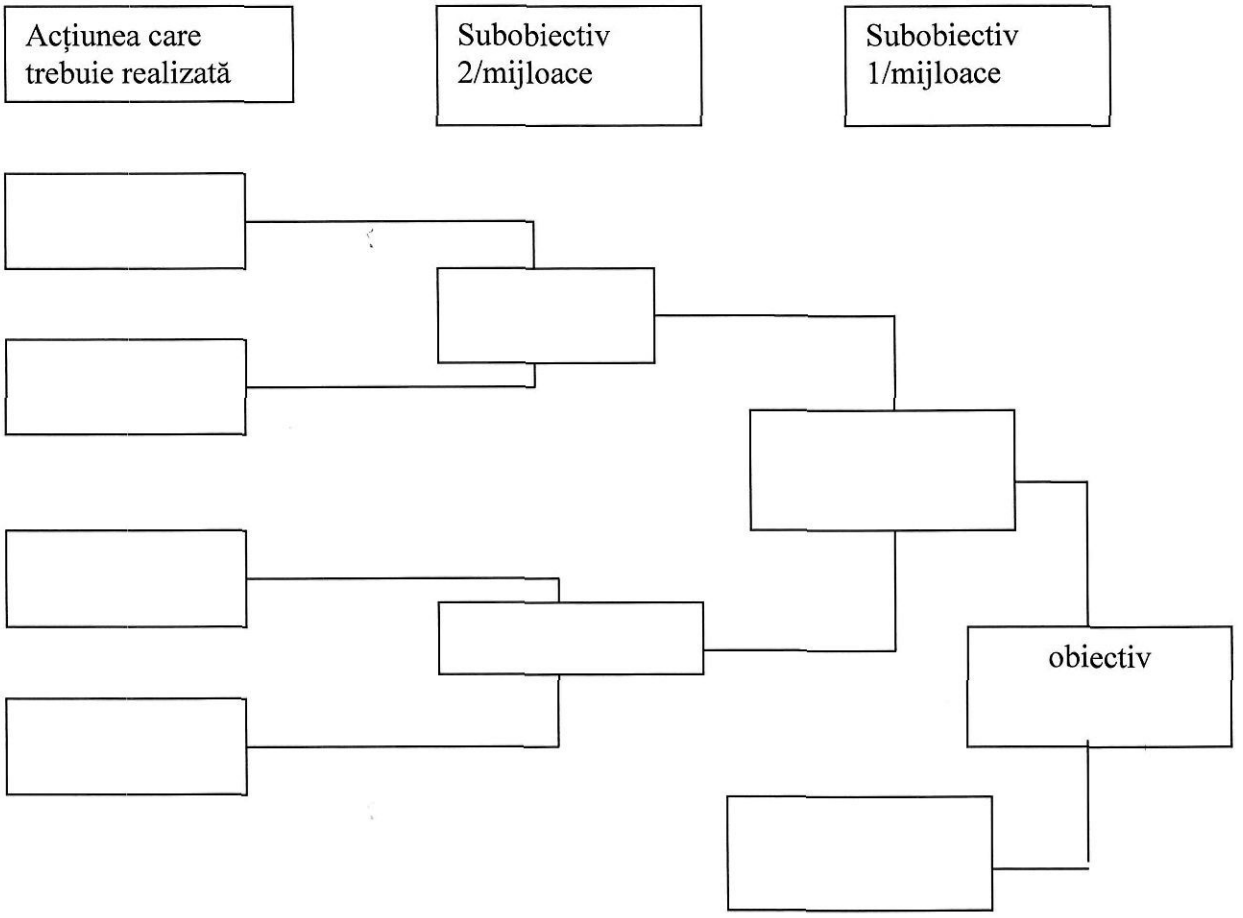
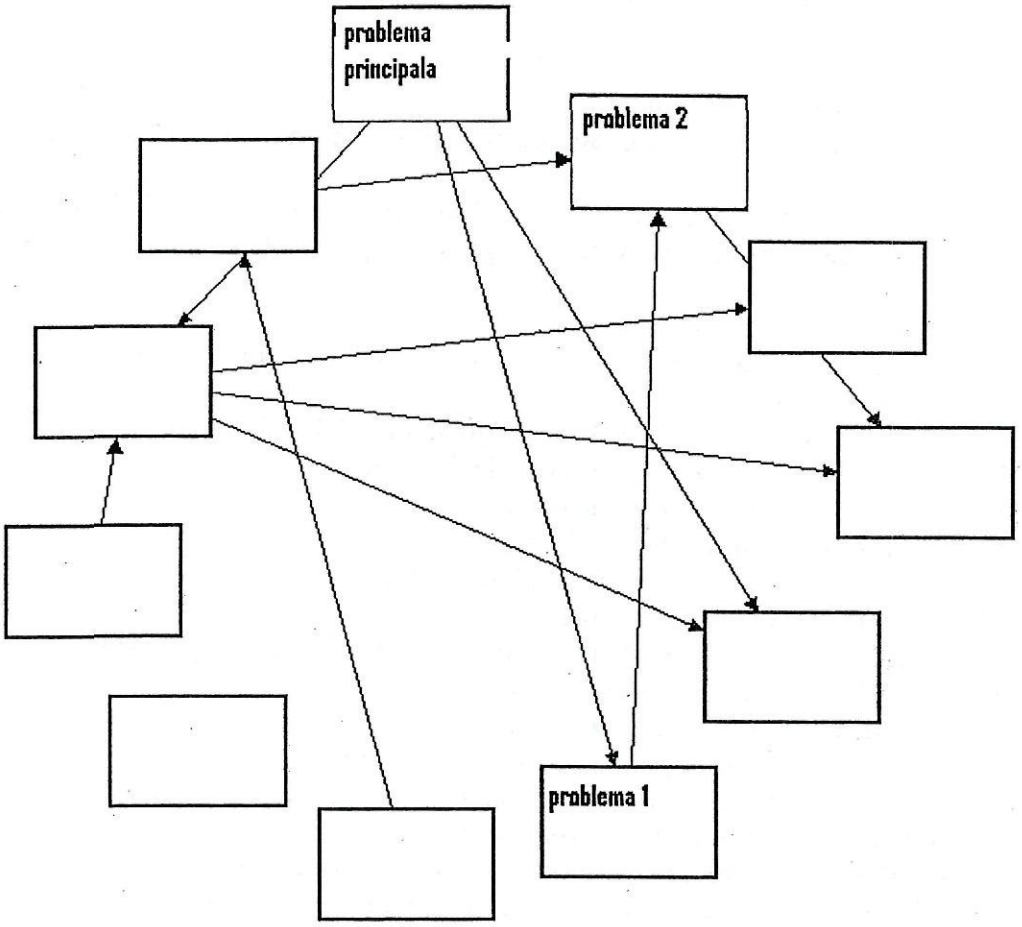


Diagrama de relații **Anexa VI.5**



ANEXA VI.6

STANDARDE PENTRU EVALUAREA SPITALELOR

STANDARD REFERITOR LA ORGANIZARE

Criterii:

1. Spitalul are act de înfiinţare
2. Spitalul are autorizaţie sanitară de funcţionare în vigoare conform legii, valabilă până la.....
3. Secţiile spitalului sunt organizate conform reglementărilor legale în vigoare
4. Spitalul respectă normativele în vigoare cu privire la numărul de paturi pe secţii şi compartimente.
5. Spitalul are un Regulament de Organizare Interna (ROI) şi un Regulament de Organizare şi Funcţionare (ROF) aprobate de Consiliul de Administraţie şi însuşite de întregul personal.
6. Spitalul deţine dovada achitării contribuţiei la FNUASS.
7. Există şi funcţionează Comisia de Medicamente.
8. Există şi funcţionează Comisia de Disciplină şi de Securitate a Muncii.
9. Există şi funcţionează Nucleul de Calitate.
10. În Nucleul de Calitate există încadrat un epidemiolog.
11. Spitalul are întocmite ghiduri de practică.
12. Spitalul are întocmite ghiduri de explorare paraclinică preoperatorie.
13. Spitalul are întocmite ghiduri de laborator.
14. Spitalul are întocmite ghiduri terapeutice.
15. Spitalul are întocmite ghiduri de antibiotico-profilaxie.
16. Spitalul are întocmite criteriile de internare pentru fiecare secţie.
17. Spitalul are un sistem de externare dirijată.
18. Spitalul are o colaborare cu o organizaţie de îngrijiri la domiciliu.
19. Spitalul îşi întocmeşte criterii de prioritizare pentru accesul la serviciile oferite în cazul listelor de aşteptare.

STANDARD REFERITOR LA STRUCTURA DE PERSONAL

Criterii:

1. Spitalul respectă normativele în vigoare cu privire la personalul angajat.
2. Medicii şi asistenţii medicali care lucrează în spital au autorizaţie de liberă practică valabilă până la..., sau certificat de membru al CMR, CMDR, OAMMR.
3. Medicii, asistenţii medicali şi celalalt personal care lucrează în spital au contractele de muncă înregistrate la Camera de Muncă.
4. Spitalul are o asigurare de răspundere civilă în vigoare.
5. Medicii care lucrează în spital au asigurare de răspundere civilă (pentru malpraxis) în vigoare.
6. Asistenţii medicali şi moaşele care lucrează în spital au asigurare de răspundere civilă (pentru malpraxis) în vigoare.
7. Întreg personalul are întocmite fişele de post cu atribuţiile specifice, cu semnătura fiecărui angajat, a şefului direct şi a reprezentantului legal.
8. Structura de personal este în corelaţie cu structura specifică secţiilor.
9. Personalul care asigură garda poate oferi serviciile corespunzătoare tuturor secţiilor din structura spitalului.

STANDARD REFERITOR LA INFORMAREA ASIGURAȚILOR

Criterii:

1. Spitalul este semnalizat corespunzător în zona.
2. Spitalul are o firmă luminoasă vizibilă.
3. Accesul pacienților către secții și compartimente este semnalizat vizibil; toate secțiile, compartimentele, cabinetele și saloanele au vizibil inscripționată denumirea.
4. Există afișată în fiecare secție, la loc vizibil, drepturilor pacienților din Legea drepturilor pacienților.
5. Există afișate în fiecare secție, la loc vizibil, drepturile și obligațiile asiguraților referitor la asistența spitalicească.
6. Întreg personalul care lucrează în spital poartă în permanență un ecuson cu numele și funcția angajatului. Ecusonul va prezenta aceleași informații atât pe o parte cât și pe cealaltă parte.
7. Ecusonul va fi colorat diferit pentru fiecare secție.
8. Ecusonul pentru vizitatori va avea o culoare distinctă față de cele din secțiile spitalului.
9. În cazul manevrelor chirurgicale și al investigațiilor invazive pacienții vor lua la cunoștință și vor semna formulare de consimțământ care vor rămâne atașate la foile de observații.
10. Formularele de consimțământ vor conține incidentele, riscurile și accidentele manevrelor ce urmează a fi efectuate.
11. Fiecare spital va avea site internet cu prezentarea următoarelor informații minime:
    - structura secțiilor,
    - serviciile oferite,
    - pachetul de servicii asigurat din FNUASS,
    - tarifele practicate,
    - condițiile de internare,
    - adresa și telefonul biroului de programări,
    - adresa de mail unde se pot face sesizări,
    - chestionarele de satisfacție puse la dispoziție odată cu oferirea serviciilor.

STANDARD REFERITOR LA DOTĂRI

Criterii:

1. Spitalul are în dotare echipamente, aparatură, în conformitate cu structura secțiilor și a camerelor de gardă.
2. La nivelul farmaciei spitalelor este organizată evidența cantitativ-valorică a medicamentelor și materialelor sanitare.
3. Spitalul are achiziționat un program de evidență cantitativ-valorică.
4. Spitalul are o rețea informatică funcțională.
5. Spitalul are implementat un sistem de urmărire a materialelor sanitare utilizate pentru fiecare pacient.
6. Medicamentele și materialele sanitare utilizate în cadrul activității medicale sunt înregistrate și depozitate în mod adecvat (conform recomandărilor din prospectul de utilizare):
    - în farmacie,
    - în fiecare secție.

7. Aparatul de urgență:
   - există la nivelul fiecărei secții,
   - este dotat cel puțin cu baremul minimal de medicamente şi materiale sanitare aflate în termenul de valabilitate.
8. Atât la intrarea cât şi în interiorul spitalului nu există pericol de accidentare sau de vătămare corporală atât pentru pacienți cât şi pentru personal.
9. Spitalul are contract de verificare metrologică pentru aparatura din dotare.
10. Spitalul are contract de service/întreținere pentru aparatura din dotare.
11. Spitalul are certificat de omologare emis de Ministerul Sănătății pentru aparatele din dotare.
12. Spitalul are contractul de cumpărare / închiriere / leasing, factura pentru aparatura din dotare.
13. Spitalul are contract pentru colectarea şi distrugerea (neutralizarea) deşeurilor cu risc biologic.
14. Spitalul are în proprietate un post/terminal telefonic (fix) funcțional.
15. Spitalul facilitează accesul pacienților la servicii prin dotări specifice (rampe, cărucioare, tărgi, lifturi).
16. Structurile de primiri urgențe sunt de următoarele tipuri:
   - unitate mobilă,
   - unitate de primire urgențe,
   - compartiment de primire urgențe,
   - modul de urgență,
   - cameră de gardă pentru fiecare linie de gardă asigurată.

STANDARD REFERITOR LA ASIGURAREA SERVICIILOR

Criterii:

1. Spitalul ia toate măsurile pentru prevenirea infecțiilor nosocomiale.
2. Spitalul ține evidența bolnavilor internați, precum şi a consultațiilor, tratamentelor şi a serviciilor medicale oferite, (foi de observație, registre de consultații, tratamente, registru de internări, condică de operații), astfel încât să fie identificabil pacientul şi persoanele care au furnizat serviciul, precum şi data şi ora când acesta a fost furnizat.
3. Spitalul are organizată evidența foilor de observație ale bolnavilor în format electronic.
4. Pe parcursul activității, în spital se completează următoarele documente: bilete de trimitere, scrisori medicale, bilete de ieşire, prescripții medicale, concedii medicale, fişe de solicitare.
5. Spitalul asigură o alimentație adecvată pentru pacienții internați, în concordanță cu afecțiunea şi recomandările medicale.
6. Spitalul asigură întregul tratament al pacienților pe toată durata internării.
7. În ROF vor fi menționate în mod expres următoarele:
   - definirea manevrelor care implică soluții de continuitate, a materialelor utilizate şi a condițiilor de sterilizare pentru fiecare secție în parte;
   - obligativitatea păstrării confidențialității asupra tuturor informațiilor decurse din serviciile medicale acordate pacienților;
   - obligativitatea acordării serviciilor medicale în mod nediscriminatoriu pacienților;
   - obligativitatea respectării dreptului la libera alegere a furnizorului de servicii medicale în situațiile de trimitere la consulturi interdisciplinare;
   - neutilizarea materialelor şi a instrumentelor a căror condiție de sterilizare nu este

sigură;
- obligativitatea completării prescripţiilor medicale conexe serviciului medical atunci când este cazul pentru afecţiuni acute, subacute, cronice (iniţiere).

8. Spitalul are un serviciu de gardă permanent.
   - Serviciul de gardă are dotarea specifică pentru furnizarea serviciilor de urgenţă.
   - Permanent se află în tură un medic şi un asistent.

AMBULATORIUL DIN CADRUL SPITALULUI

STANDARD REFERITOR LA ORGANIZARE

Criterii:
1. Ambulatoriul spitalului are autorizaţie sanitară de funcţionare.
2. Ambulatoriul spitalului este în structura aprobată a spitalului.
3. Ambulatoriul spitalului se află într-un spaţiu pe care spitalul îl deţine în mod legal.
4. Ambulatoriul spitalului este menţionat aparte în ROF-ul şi ROI-ul spitalului sau are ROF şi ROI separat.

STANDARD REFERITOR LA STRUCTURA DE PERSONAL

Criterii:
1.Structura de personal este în corelaţie cu structura cabinetelor din ambulatoriu pentru care se face contractare cu Casa de Asigurări de Sănătate.

STANDARD REFERITOR LA INFORMAREA ASIGURAŢILOR

Criterii:
1.În cazul în care spitalul are ambulatoriu de specialitate la nivelul fiecărui cabinet:
- se va afişa programul de lucru stabilit conform reglementărilor în vigoare;
- programul de lucru este identic cu cel transmis la Casa de Asigurări de Sănătate;
- programul de lucru specific personalului medical;
- programul afişat conţine orele pentru fiecare medic şi asistentă care lucrează în acel cabinet;
- personalul care lucrează în cabinetul medical poartă în permanenţă un ecuson pe care se află inscripţionat numele şi calificarea angajatului respectiv;

2.La nivelul ambulatoriului spitalului:
- se află expus la loc vizibil un afiş care conţine numele casei de asigurări cu care se află în contract, adresa şi numărul de telefon al acesteia (telverde);
- se află afişat numărul de telefon al direcţiei spitalului/ambulatoriului la care se poate face plângere;
- se află afişat numărul de telefon la care se pot face programările
- se află un birou la nivelul căruia se pot face programările pentru consultaţie sau pentru internare;
- drepturile şi obligaţiile asiguraţilor sunt afişate la loc vizibil;
- asiguraţii au acces neîngrădit la un registru de reclamaţii şi sesizări, cu paginile numerotate şi vizate de casa de asigurări cu care se află în relaţii contractuale;
- afişarea contravalorii serviciilor nedecontate de casa de asigurări de sănătate;
- afişarea pachetului de servicii acordat;
- punerea la dispoziţia pacienţilor a listei furnizorilor cu care Casa de Asigurări de

Sănătate se află în relații contractuale în vederea respectării dreptului la liberă alegere a furnizorului.

STANDARD REFERITOR LA DOTĂRI

Criterii:

1. Sala de aşteptare a ambulatoriului este dotată cu scaune şi/sau canapea, masă, materiale informative pentru promovarea sănătății.
2. Medicamentele şi materialele sanitare utilizate în cadrul activității medicale sunt înregistrate în condici pentru fiecare cabinet.
3. Medicamentele şi materialele utilizate în cadrul serviciilor din ambulatoriu sunt depozitate în mod adecvat (conform recomandărilor din prospectul de utilizare).
4. Aparatul de urgență:
   - este dotat cel puțin cu baremul minimal de medicamente şi materiale sanitare;
   - medicamentele se află în termenul de valabilitate;
   - este accesibil în timpul programului de activitate al tuturor cabinetelor din structură.
5. Atât la intrarea cât şi în interiorul ambulatoriului nu există pericol de accidentare sau de vătămare corporală atât pentru pacienți cât şi pentru personal.
6. Ambulatoriul are contract de verificare metrologică pentru aparatura din dotare.
7. Ambulatoriul are contract de service/întreținere pentru aparatura din dotare sau acesta este asigurat de personalul specializat angajat al spitalului/ambulatoriului.
8. Ambulatoriul are certificat de omologare emis de Ministerul Sănătății pentru aparatele din dotare.
9. Ambulatoriul beneficiază de contractul spitalului pentru colectarea şi distrugerea (neutralizarea) deşeurilor cu risc biologic.
10. Ambulatoriul beneficiază de sterilizarea spitalului sau are sterilizare proprie.

STANDARD REFERITOR LA ASIGURAREA SERVICIILOR

Criterii:

1. La fiecare cabinet din structura ambulatoriului se ține evidența consultațiilor, a tratamentelor şi a serviciilor medicale oferite prin înregistrarea în următoarele documente primare:
   - fişele de consultații,
   - registre de consultații,
   - registre de tratamente,
   - fişele şi registrele specifice activității de recuperare-balneo-fizioterapie,
   - evidența actualizată a bolnavilor cronici, precum şi alte documente primare stabilite prin reglementări speciale, astfel încât să fie identificabil pacientul şi persoana care a oferit serviciul, diagnosticul, tratamentul precum şi data şi ora când acesta a fost furnizat.
2. Serviciile medicale furnizate se înregistrează pentru pacienții cu afecțiuni cronice obligatoriu atât în fişele de consultații cât şi în registrul de consultații.
3. La fiecare cabinet medical se află şi se utilizează următoarele tipizate: formulare de prescripții medicale, bilete de trimitere, scrisori medicale, concedii medicale, adeverințe/certificate medicale, referate de justificare, tipizatele pentru raportările către instituțiile specificate în lege.
4. În ROF vor fi menționate în mod expres următoarele:
   - definirea manevrelor care implică soluții de continuitate, a materialelor utilizate şi a condițiilor de sterilizare pentru fiecare specialitate din structura ambulatoriului;

- obligativitatea păstrării confidențialității asupra tuturor informațiilor decurse din serviciile medicale acordate pacienților;
- obligativitatea acordării serviciilor medicale în mod nediscriminatoriu pacienților;
- obligativitatea respectării dreptului la libera alegere a furnizorului de servicii medicale în situațiile de trimitere la consulturi interdisciplinare;
- neutilizarea materialelor şi a instrumentelor a căror condiție de sterilizare nu este sigură;
- obligativitatea completării prescripțiilor medicale conexe serviciului medical, atunci când este cazul, pentru afecțiuni acute, subacute, cronice (inițiere);
- obligativitatea actualizării listei pacienților cronici vizată de coordonatorul județean pentru afecțiunile cronice conform reglementărilor în vigoare.

5. Fiecare cabinet din structura ambulatoriului este deschis în timpul programului stabilit, afişat şi transmis instituțiilor autorizate

STANDARD REFERITOR LA RELAȚIA CONTRACTUALĂ FURNIZOR – CASĂ

Criterii:
Furnizorul nu a săvârşit acte de indisciplină contractuală aşa cum sunt ele definite în Contractul Cadru şi în Normele de aplicare constatate de organele abilitate ale Casei de Asigurări de Sănătate în ultimul an de activitate .

Sursa: Casa Națională de Asigurări de Sănătate

Anexa VI.7.

MODEL CHESTIONAR

Stimata asigurată / Stimat asigurat

În vederea aprecierii îngrijirilor medicale pe care le-ați primit în Spitalul..... şi a creşterii calității acestora, vă rugăm să aveți amabilitatea de a răspunde întrebărilor din chestionarul de mai jos şi de a depune acest chestionar în cutia poştala a asiguratului care se găseşte.....

Răspundeți la întrebări bifând varianta care descrie cel mai bine situația dvs.
Nu trebuie sa semnați, acest chestionar este anonim.
Răspunsurile dvs. sunt importante pentru noi!

1. a) bărbat b) femeie

2. Vârsta dvs. .....ani

3. În ce secție ați fost internat.....

4. La internare ați fost însoțit către secție de:
   a) personal sanitar
   b) aparținători
   c) ați mers singur

5. Vă rugăm să acordați calificative pentru următoarele servicii:
   5.1. cazare a) nesatisfăcător b) bine c) foarte bine
   5.2. curățenie a) nesatisfăcător b) bine c) foarte bine
   5.3. alimentație a) nesatisfăcător b) bine c) foarte bine
   5.4. atitudinea personalului de la Camera de garda
   a) nesatisfăcător b) bine c) foarte bine
   5.5. timpul acordat de medicul de salon pentru consultația dvs.
   a) nesatisfăcător b) bine c) foarte bine
   5.6. calitatea îngrijirilor medicale acordate de:
      5.6.1. medicul de salon
      a) nesatisfăcător b) bine c) foarte bine
      5.6.2. asistente medicale
      a) nesatisfăcător b) bine c) foarte bine
      5.6.3. infirmiere
      a) nesatisfăcător b) bine c) foarte bine

6. L a explorările funcționale din alte secții/altă unitate sanitară ați fost însoțit de:
   a) personal sanitar
   b) aparținători
   c) ați mers singur

7. Ați fost instruit asupra modului în care ar fi trebuit să primiți medicamentele pe cale orală ?
   a) da, întotdeauna
   b) da, uneori
   c) nu, niciodată

8. Administrarea medicamentelor pe cale orală :

8.1. s-a făcut sub supravegherea asistentei

a) da, întotdeauna

b) da, uneori

c) nu, niciodată

8.2. ați primit medicamentele pentru o zi de tratament:

a) da, toate odată

b) împărțite în prize

9. Medicamentele administrate în spital:

a) v-au fost administrate doar din spital

b) v-au fost cumpărate de familie

c) ambele variante

10. În cazul în care medicamentele v-au fost cumpărate de către familie, care a fost procedura?

a) pe bază de rețetă simplă eliberată de medicul de spital

b) pe bază de rețetă eliberată de medicul de familie/specialist la recomandarea medicului de spital

11. Ați fost mulțumit de îngrijirile acordate:

11.1. în timpul zilei	a) da	b) nu
11.2. în timpul nopții	a) da	b) nu
11.3. sâmbătă, duminică şi sărbătorile legale	a) da	b) nu

12. Impresia dvs. generală:

a) nemulțumit

b) mulțumit

c) foarte mulțumit

13. Daca ar fi necesar să vă reinternați, ați opta pentru același spital?

a) da, în mod cert

b) probabil ca da

c) în mod categoric nu

d) nu se va mai întâmpla (de exemplu: pentru ca nu locuiesc în apropierea spitalului)

Observații şi sugestii cu privire la aspectele pozitive şi/sau negative ale îngrijirii medicale din timpul spitalizării.

.....

.....

.....

Vă mulțumim pentru colaborare !

Sursa: Anexa nr. 5 la Ordinul comun al Preşedintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, al Ministrului Sănătății şi Familiei şi al Preşedintelui Colegiului Medicilor din România nr. 604/1109/487/februarie 2002.

Anexa VI.8.

LEGEA Nr. 46 din 21 ianuarie 2003

EMITENT: PARLAMENTUL
PUBLICATĂ ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 51 din 29 ianuarie 2003

Legea drepturilor pacientului

Parlamentul României adoptă prezenta lege.

CAP. 1
Dispoziţii generale

ART. 1 În sensul prezentei legi:
a) prin pacient se înţelege persoana sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate;
b) prin discriminare se înţelege distincţia care se face între persoane aflate în situaţii similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenţei etnice, originii naţionale sau sociale, religiei, opţiunilor politice sau antipatiei personale;
c) prin îngrijiri de sănătate se înţelege serviciile medicale, serviciile comunitare şi serviciile conexe actului medical;
d) prin intervenţie medicală se înţelege orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare;
e) prin îngrijiri terminale se înţelege îngrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci când nu mai este posibilă îmbunătăţirea prognozei fatale a stării de boală, precum şi îngrijirile acordate în apropierea decesului.

ART. 2 Pacienţii au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare şi materiale.

ART. 3 Pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nici o discriminare.

CAP. 2
Dreptul pacientului la informaţia medicală

ART. 4 Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum şi la modul de a le utiliza.

ART. 5
(1) Pacientul are dreptul de a fi informat asupra identităţii şi statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate.
(2) Pacientul internat are dreptul de a fi informat asupra regulilor şi obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării.

ART. 6 Pacientul are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervenţiilor medicale propuse, a riscurilor potenţiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului şi nerespectării

recomandărilor medicale, precum şi cu privire la date despre diagnostic şi prognostic.

ART. 7 Pacientul are dreptul de a decide dacă mai doreşte să fie informat în cazul în care informaţiile prezentate de către medic i-ar cauza suferinţă.

ART. 8 Informaţiile se aduc la cunoştinţă pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate; în cazul în care pacientul nu cunoaşte limba română, informaţiile i se aduc la cunoştinţă în limba maternă ori în limba pe care o cunoaşte sau, după caz, se va căuta o altă formă de comunicare.

ART. 9 Pacientul are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat şi de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.

ART. 10 Rudele şi prietenii pacientului pot fi informaţi despre evoluţia investigaţiilor, diagnostic şi tratament, cu acordul pacientului.

ART. 11 Pacientul are dreptul de a cere şi de a obţine o altă opinie medicală.

ART. 12 Pacientul are dreptul să solicite şi să primească, la externare, un rezumat scris al investigaţiilor, diagnosticului, tratamentului şi îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării.

CAP. 3
Consimţământul pacientului privind intervenţia medicală

ART. 13 Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenţie medicală asumându-şi, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecinţele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului.

ART. 14 Când pacientul nu îşi poate exprima voinţa, dar este necesară o intervenţie medicală de urgenţă, personalul medical are dreptul să deducă acordul pacientului dintr-o exprimare anterioară a voinţei acestuia.

ART. 15 În cazul în care pacientul necesită o intervenţie medicală de urgenţă, consimţământul reprezentantului legal nu mai este necesar.

ART. 16 În cazul în care se cere consimţământul reprezentantului legal, pacientul trebuie să fie implicat în procesul de luare a deciziei atât cât permite capacitatea lui de înţelegere.

ART. 17
(1) În cazul în care furnizorii de servicii medicale consideră că intervenţia este în interesul pacientului, iar reprezentantul legal refuză să îşi dea consimţământul, decizia este declinată unei comisii de arbitraj de specialitate.
(2) Comisia de arbitraj este constituită din 3 medici pentru pacienţii internaţi în spitale şi din 2 medici pentru pacienţii din ambulator.

ART. 18 Consimţământul pacientului este obligatoriu pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul său, în vederea stabilirii diagnosticului sau a tratamentului cu care acesta este de acord.
ART. 19 Consimţământul pacientului este obligatoriu în cazul participării sale în învăţământul medical clinic şi la cercetarea ştiinţifică. Nu pot fi folosite pentru cercetare

ştiinţifică persoanele care nu sunt capabile să îşi exprime voinţa, cu excepţia obţinerii consimţământului de la reprezentantul legal şi dacă cercetarea este făcută şi în interesul pacientului.

ART. 20 Pacientul nu poate fi fotografiat sau filmat într-o unitate medicală fără consimţământul său, cu excepţia cazurilor în care imaginile sunt necesare diagnosticului sau tratamentului şi evitării suspectării unei culpe medicale.

CAP. 4
Dreptul la confidenţialitatea informaţiilor şi viaţa privată a pacientului

ART. 21 Toate informaţiile privind starea pacientului, rezultatele investigaţiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidenţiale chiar şi după decesul acestuia.

ART. 22 Informaţiile cu caracter confidenţial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul îşi dă consimţământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.

ART. 23 În cazul în care informaţiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditaţi, implicaţi în tratamentul pacientului, acordarea consimţământului nu mai este obligatorie.

ART. 24 Pacientul are acces la datele medicale personale.

ART. 25
(1) Orice amestec în viaţa privată, familială a pacientului este interzis, cu excepţia cazurilor în care această imixtiune influenţează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate şi numai cu consimţământul pacientului.
(2) Sunt considerate excepţii cazurile în care pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.

CAP. 5
Drepturile pacientului în domeniul reproducerii

ART. 26 Dreptul femeii la viaţă prevalează în cazul în care sarcina reprezintă un factor de risc major şi imediat pentru viaţa mamei.

ART. 27 Pacientul are dreptul la informaţii, educaţie şi servicii necesare dezvoltării unei vieţi sexuale normale şi sănătăţii reproducerii, fără nici o discriminare.

ART. 28
(1) Dreptul femeii de a hotărî dacă să aibă sau nu copii este garantat, cu excepţia cazului prevăzut la art. 26.
(2) Pacientul, prin serviciile de sănătate, are dreptul să aleagă cele mai sigure metode privind sănătatea reproducerii.
(3) Orice pacient are dreptul la metode de planificare familială eficiente şi lipsite de riscuri.

CAP. 6
Drepturile pacientului la tratament şi îngrijiri medicale

ART. 29
(1) În cazul în care furnizorii sunt obligaţi să recurgă la selectarea pacienţilor pentru anumite tipuri de tratament care sunt disponibile în număr limitat, selectarea se face numai pe baza criteriilor medicale.
(2) Criteriile medicale privind selectarea pacienţilor pentru anumite tipuri de tratament se elaborează de către Ministerul Sănătăţii şi Familiei în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi şi se aduc la cunoştinţa publicului.

ART. 30
(1) Intervenţiile medicale asupra pacientului se pot efectua numai dacă există condiţiile de dotare necesare şi personal acreditat.
(2) Se exceptează de la prevederile alin. (1) cazurile de urgenţă apărute în situaţii extreme.

ART. 31 Pacientul are dreptul la îngrijiri terminale pentru a putea muri în demnitate.

ART. 32 Pacientul poate beneficia de sprijinul familiei, al prietenilor, de suport spiritual, material şi de sfaturi pe tot parcursul îngrijirilor medicale. La solicitarea pacientului, în măsura posibilităţilor, mediul de îngrijire şi tratament va fi creat cât mai aproape de cel familial.

ART. 33 Pacientul internat are dreptul şi la servicii medicale acordate de către un medic acreditat din afara spitalului.

ART. 34
(1) Personalul medical sau nemedical din unităţile sanitare nu are dreptul să supună pacientul nici unei forme de presiune pentru a-l determina pe acesta să îl recompenseze altfel decât prevăd reglementările de plată legale din cadrul unităţii respective.
(2) Pacientul poate oferi angajaţilor sau unităţii unde a fost îngrijit plăţi suplimentare sau donaţii, cu respectarea legii.

ART. 35
(1) Pacientul are dreptul la îngrijiri medicale continue până la ameliorarea stării sale de sănătate sau până la vindecare.
(2) Continuitatea îngrijirilor se asigură prin colaborarea şi parteneriatul dintre diferitele unităţi medicale publice şi nepublice, spitaliceşti şi ambulatorii, de specialitate sau de medicină generală, oferite de medici, cadre medii sau de alt personal calificat. După externare pacienţii au dreptul la serviciile comunitare disponibile.

ART. 36 Pacientul are dreptul să beneficieze de asistenţă medicală de urgenţă, de asistenţă stomatologică de urgenţă şi de servicii farmaceutice, în program continuu.

CAP. 7
Sancţiuni

ART. 37 Nerespectarea de către personalul medico-sanitar a confidenţialităţii datelor despre pacient şi a confidenţialităţii actului medical, precum şi a celorlalte drepturi ale

pacientului prevăzute în prezenta lege atrage, după caz, răspunderea disciplinară, contravenţională sau penală, conform prevederilor legale.

CAP. 8
Dispoziţii tranzitorii şi finale

ART. 38
(1) Autorităţile sanitare dau publicităţii, anual, rapoarte asupra respectării drepturilor pacientului, în care se compară situaţiile din diferite regiuni ale ţării, precum şi situaţia existentă cu una optimă.
(2) Furnizorii de servicii medicale sunt obligaţi să afişeze la loc vizibil standardele proprii în conformitate cu normele de aplicare a legii.
(3) În termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi, Ministerul Sănătăţii şi Familiei elaborează normele de aplicare a acesteia, care se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

ART. 39 Prezenta lege intră în vigoare la 30 de zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I.

ART. 40 La data intrării în vigoare a prezentei legi se abrogă art. 78, 108 şi 124 din Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, publicată în Buletinul Oficial, Partea I, nr. 54 din 10 iulie 1978, precum şi orice alte dispoziţii contrare.

Această lege a fost adoptată de Senat în şedinţa din 19 decembrie 2002, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (2) din Constituţia României.

PREŞEDINTELE SENATULUI
NICOLAE VĂCĂROIU

Această lege a fost adoptată de Camera Deputaţilor în şedinţa din 19 decembrie 2002, cu respectarea prevederilor art. 74 alin. (2) din Constituţia României.

PREŞEDINTELE CAMEREI DEPUTAŢILOR,

VIOREL HREBENCIUC