

Compendiu de audit

| Sănătate publică

Rapoarte de audit publicate între 2014 și 2019

Decembrie 2019

RO

Contact: www.contactcommittee.eu

© Uniunea Europeană, 2019.

Reproducerea este autorizată cu condiția menționării sursei.

Sursa: Comitetul de contact al instituțiilor supreme de audit din Uniunea Europeană.

Pentru utilizarea sau reproducerea în orice fel a materialelor următoare, trebuie să se solicite acordul direct de la deținătorii drepturilor de autor:

Figurile 1, 6 și 8: © OCDE/Uniunea Europeană, 2018.

Figurile 2, 3, 7, 9, 12, 13 și 14: © OCDE.

Figura 4: © Organizația Mondială a Sănătății (OMS).

Cuvânt introductiv	7
Sinteză	8
PARTEA ÎNTÂI – Sănătatea publică în UE	9
Sănătatea publică – mai mulți ani adăugați vieții și mai multă viață adăugată anilor	10
Politica UE în domeniul sănătății	11
Temeiul juridic și responsabilități	11
Obiectivele de politică	12
Finanțare	13
Sănătatea publică în statele membre ale UE	14
Prevenirea și protejarea	15
Accesul la asistență medicală	21
Calitatea serviciilor de sănătate	24
Noile tehnologii și e-sănătatea	27
Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare	32
PARTEA A DOUA – Prezentare generală a activității desfășurate de instituțiile supreme de audit	36
Introducere	37
Metodologia de audit	37
Perioada auditată	37
Prevenirea și protejarea	40
Obiectivele auditurilor	40
Principalele observații de audit	40
Accesul la servicii medicale	41
Obiectivele auditurilor	41
Principalele observații de audit	42

Calitatea serviciilor de sănătate	43
Obiectivele auditurilor	43
Principalele observații de audit	43
Noile tehnologii și e-sănătatea	44
Obiectivele auditurilor	44
Principalele observații de audit	45
Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare	46
Obiectivele auditurilor	46
Principalele observații de audit	46
Urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor formulate în urma auditurilor	47
PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt	48
Prevenirea și protejarea	49
Belgia – Rekenhof – Cour des comptes – Rechnungshof	50
Politica preventivă în domeniul sănătății în Regiunea Flamandă – evaluarea performanței politicii	50
Franța – Cour des comptes	55
Prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale: pașii următori	55
Polonia – Najwyższa Izba Kontroli (NIK)	60
Prevenirea și tratarea diabetului de tip 2	60
Slovenia – Računsko sodišče Republike Slovenije	65
Combaterea obezității infantile	65
Accesul la servicii medicale	69
Germania – Bundesrechnungshof	70
Cercetarea medicală necesară pentru studierea valorii tratamentului ortodontic	70
Lituania – Valstybės Kontrolė	74
Accesibilitatea serviciilor de asistență medicală și orientarea către pacient	74

Malta – Oficiul Național de Audit	79
Rolul medicului generalist – nucleul asistenței medicale primare	79
Portugalia – Tribunal de Contas	84
Accesul cetățenilor la asistență medicală în cadrul Serviciului național de sănătate al Portugaliei	84
România – Curtea de Conturi a României	89
Dezvoltarea infrastructurii în sănătate la nivel național, regional și local în vederea creșterii accesibilității la serviciile de sănătate	89
Uniunea Europeană – Curtea de Conturi Europeană	93
Acțiunile UE în domeniul asistenței medicale transfrontaliere: ambiții importante, dar este nevoie de o ameliorare a gestionării	93
Calitatea serviciilor de sănătate	97
Austria – Rechnungshof	98
Asigurarea calității în activitatea medicilor	98
Danemarca – Rigsrevisionen	103
Raport privind diferențele între spitalele din Danemarca în ceea ce privește calitatea asistenței medicale	103
Irlanda – Office of the Comptroller and Auditor General	107
Gestionarea chirurgiei elective ambulatorii	107
Noile tehnologii și e-sănătatea	112
Bulgaria – Сметна палата на Република България	113
e-Sănătatea	113
Estonia – Riigikontroll	118
Activitățile statului în ceea ce privește implementarea sistemului de e-sănătate	118
Letonia – Valsts kontrole	123
Este proiectul „e-Sănătatea în Letonia” un pas în direcția bună?	123
Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare	128
Republica Cehă – Nejvyšší kontrolní úřad	147
Fondurile cheltuite de o selecție de spitale pentru rambursarea cheltuielilor	147

Finlanda – Valtiontalouden Tarkastusvirasto	129
Tendențele previzionate în materie de cheltuieli de asigurări sociale	129
Grecia – Ελεγκτικό Συνέδριο	134
Audit tematic orizontal privind arieratele statului în ceea ce privește spitalele, Organizația națională pentru furnizarea serviciilor medicale (EOPYY) și o direcție regională de sănătate	134
Italia – Corte dei conti	138
Implementarea programului extraordinar de renovare a clădirilor și de modernizare tehnologică a proprietăților imobiliare ale instituțiilor de sănătate publică	138
Luxemburg – Cour des comptes	142
Finanțarea publică a investițiilor în spitale	142
Slovacia – Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky	151
Finanțele publice și proprietățile deținute de unitățile medicale	151
Spania – Tribunal de Cuentas	155
Gestionarea și controlul prestațiilor farmaceutice de către compania de asigurări mutuală a funcționarilor publici din Spania (<i>Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado</i> – MUFACE)	155
Ungaria – Állami Számvevőszék	159
Analiză sintetică a experienței dobândite în cadrul auditurilor desfășurate în spitale	159
 Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit din UE participante	 162
 Acronime și abrevieri	 183
 Glosar	 185

Cuvânt introductiv

Stimați cititori,

Comitetul de contact al instituțiilor supreme de audit din Uniunea Europeană asigură un forum pentru discutarea și abordarea chestiunilor de interes comun legate de auditul public în UE și în statele membre. Prin consolidarea dialogului și a cooperării dintre membrii săi, Comitetul de contact contribuie la auditul extern eficace al politicilor și programelor UE. Acest lucru sprijină, de asemenea, consolidarea răspunderii de gestiune în UE și în statele membre și îmbunătățirea gestiunii financiare și a bunei guvernante în beneficiul cetățenilor Uniunii.

În 2017, în cadrul reuniunii sale anuale de la Luxemburg, Curtea a decis să depună eforturi suplimentare pentru a crește gradul general de conștientizare a activității recente de audit întreprinse de instituțiile supreme de audit din UE. Un an mai târziu, în 2018, Curtea a publicat un prim compendiu de audit, care reunește într-un document unic activitatea instituțiilor supreme de audit din UE în materie de ocupare a forței de muncă în rândul tinerilor și de integrare a tineretului pe piața muncii. Având în vedere succesul primei ediții, Comitetul de contact a decis să continue această activitate și să abordeze și alte subiecte de interes general. Astfel, Curtea este mândră să prezinte a doua ediție a compendiului de audit, care se axează pe recente sale audituri în domeniul sănătății publice și al chestiunilor conexe.

În ultimele câteva decenii, sistemele de sănătate din statele membre ale UE s-au confruntat cu numeroase provocări, cum ar fi creșterea constantă a costurilor și îmbătrânirea populației, precum și mobilitatea tot mai mare a pacienților și a cadrelor medicale între diferitele state membre. Prin urmare, sănătatea publică are nevoie de eforturi coordonate din partea UE și a tuturor statelor membre, iar acest subiect va continua să revindice, fără îndoială, un loc prioritar pe agenda politică pentru multe generații de acum înainte.

În Uniunea Europeană, sănătatea publică reprezintă, în mare parte, o responsabilitate a statelor membre. În principal, UE sprijină eforturile întreprinse la nivel național, punând accentul pe completarea sau pe coordonarea acțiunilor statelor membre în domeniul sănătății publice. În consecință, privită din perspectiva de ansamblu a Uniunii Europene, sănătatea publică reprezintă un domeniu de audit complex.

Prezenta ediție a compendiului de audit conține o introducere generală referitoare la problematica sănătății publice și la rolul UE și al statelor membre în acest domeniu de politică și oferă o imagine de ansamblu asupra unor activități de audit selectate care au fost desfășurate de instituțiile supreme de audit din UE începând din 2014, inclusiv un rezumat al activității lor. Pentru mai multe informații privind aceste audituri, puteți contacta instituția supremă de audit în cauză.

Sperăm că veți găsi în acest compendiu de audit o sursă utilă de informații.



Klaus-Leiner Lehne

Președintele Curții de Conturi Europene
Președintele Comitetului de contact și coordonator de proiect

Sinteză

I Sănătatea publică este știința prevenirii bolilor și a prelungirii vieții. Ea afectează viețile oamenilor zi de zi și în toate părțile lumii. Din acest motiv, ea este inclusă în agenda politică a oricărei societăți moderne și va rămâne astfel și pentru generațiile următoare.

II În UE, sănătatea publică reprezintă, în principal, o responsabilitate a statelor membre. De aceea, sistemele de sănătate variază considerabil între statele membre ale UE. Uniunea Europeană sprijină eforturile întreprinse la nivel național, punând accentul pe completarea sau pe coordonarea acțiunilor statelor membre în domeniul sănătății publice.

III În consecință, privită din perspectiva de ansamblu a Uniunii Europene, sănătatea publică reprezintă un domeniu de audit complex. Cu toate acestea, dată fiind importanța sănătății publice, instituțiile supreme de audit din UE au desfășurat multe audituri cu privire la aspecte legate de acest domeniu.

IV Prima parte a prezentului compendiu de audit prezintă o imagine de ansamblu asupra sănătății publice în UE, temeiul juridic al acesteia, obiectivele principale și responsabilitățile aferente. Tot în această parte, sunt prezentate, de asemenea, principalele provocări cu care se confruntă în prezent atât UE, cât și statele membre ale acesteia în domeniul sănătății publice.

V A doua parte a prezentului compendiu de audit sintetizează rezultatele unor audituri selectate desfășurate în ultimii cinci ani de 23 de instituții supreme de audit participante din statele membre (Austria, Belgia, Bulgaria, Republica Cehă, Danemarca, Estonia, Finlanda, Franța, Germania, Grecia, Ungaria, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburg, Malta, Polonia, Portugalia, România, Slovacia, Slovenia și Spania) și de Curtea de Conturi Europeană. Aceste audituri selectate au abordat aspecte importante ale sănătății publice, și anume acțiunea preventivă, accesul la servicii medicale și calitatea acestor servicii, utilizarea noilor tehnologii și sustenabilitatea fiscal-bugetară a serviciilor de sănătate publică.

VI A treia parte a prezentului compendiu de audit conține fișe informative detaliate în care sunt descrise auditurile selectate care au fost desfășurate de 23 de instituții supreme de audit din statele membre și de Curtea de Conturi Europeană.

PARTEA ÎNTÂI – Sănătatea publică în UE

Sănătatea publică – mai mulți ani adăugați vieții și mai multă viață adăugată anilor

01 Sănătatea joacă un rol important nu doar pentru orice societate modernă în ansamblul ei, ci și pentru fiecare dintre noi, la nivel individual. Ea este un factor determinant important – dacă nu cel mai important – al calității vieții.

02 Potrivit definiției date de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), sănătatea publică este „**știința prevenirii bolilor, a prelungirii vieții și a promovării sănătății prin eforturile organizate ale societății**”¹. Aceasta include toate activitățile care urmăresc menținerea sau îmbunătățirea sănătății oamenilor.

03 Pe lângă faptul că reprezintă o valoare în sine, sănătatea este, de asemenea, un factor economic important. În Europa, la fel ca în aproape toate economiile dezvoltate, sănătatea publică este unul dintre domeniile de cheltuieli cele mai ample și cu cea mai accelerată creștere. Lucrătorii din domeniul sănătății și al îngrijirii medicale reprezintă aproximativ 8 % din totalul forței de muncă din UE².

04 În ultimele câteva decenii, sistemele de sănătate din Europa s-au confruntat cu o serie de provocări. Îmbătrânirea populației a dus la o cerere mai mare pentru servicii de sănătate și la un accent mai puternic pe îngrijirea pe termen lung. Asigurarea unor tehnologii și tratamente medicale inovatoare și mai eficiente a contribuit la îmbunătățirea stării de sănătate în multe domenii, dar, în unele cazuri, ea a contribuit, de asemenea, la creșterea costurilor din sectorul medical, în condițiile în care, resursele financiare din acest sector sunt limitate.

05 Prin urmare, sistemele de sănătate publică trebuie să fie nu doar sustenabile din punct de vedere financiar, ci și reziliente: ele trebuie să se adapteze în mod eficient la un mediu aflat într-o schimbare tot mai rapidă, valorificând în același timp posibilitățile oferite de tehnologia modernă.

¹ Acheson, 1988; OMS.

² OCDE/UE (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/UE, Bruxelles, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

06 În UE, sistemele naționale de sănătate interacționează din ce în ce mai mult între ele, iar gradul de mobilitate a pacienților și a cadrelor medicale de la un stat membru la altul crește tot mai mult. În consecință, viitorul sănătății publice va necesita eforturi coordonate din partea UE și a tuturor statelor membre, cu obiectivul comun de a adăuga mai mulți ani vieții și mai multă viață anilor.

Politica UE în domeniul sănătății

Temeiul juridic și responsabilități

07 **Tratatul de la Maastricht** a inclus sănătatea în Agenda europeană, afirmând următoarele: „[c]omunitatea contribuie la asigurarea unui nivel înalt de ocrotire a sănătății umane, încurajând cooperarea dintre statele membre și, dacă este necesar, sprijinind acțiunile lor.”³ Acesta a pregătit drumul pentru un sprijin mai bun oferit statelor membre în materie de sănătate, în domenii precum:

- îmbunătățirea stării de sănătate a cetățenilor Uniunii;
- modernizarea infrastructurii de sănătate;
- creșterea eficienței sistemelor de sănătate.

08 **Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene (TFUE)** a subliniat, la rândul său, importanța politicii în domeniul sănătății, afirmând la articolul 168 că „[î]n definirea și punerea în aplicare a tuturor politicilor și acțiunilor Uniunii se asigură un nivel ridicat de protecție a sănătății umane”.

09 În conformitate cu TFUE, **responsabilitatea principală** pentru protejarea sănătății și, în special, pentru sistemele de sănătate **le revine statelor membre**, iar acțiunea UE „respectă responsabilitățile statelor membre în ceea ce privește definirea politicii lor de sănătate, precum și organizarea și prestarea de servicii de sănătate și de îngrijire medicală”.

³ Tratatul de la Maastricht (1992), articolul 129.

10 Astfel, **rolul principal al UE** este de a sprijini, completa sau coordona acțiunile statelor membre în domeniul sănătății publice. În mod specific, acțiunea Uniunii „are în vedere îmbunătățirea sănătății publice și prevenirea bolilor și afecțiunilor umane, precum și a cauzelor de pericol pentru sănătatea fizică și mentală”⁴.

11 În cadrul Comisiei Europene, **DG SANTE** este direcția generală responsabilă pentru coordonarea și punerea în aplicare la nivel global a strategiei în domeniul sănătății. Aceasta sprijină acțiunile statelor membre prin:

- propuneri legislative;
- furnizarea de sprijin financiar;
- coordonarea și facilitarea schimbului de bune practici între țările din UE și experți din domeniul sănătății;
- activități de promovare a sănătății.

Obiectivele de politică

12 **Obiectivele strategice ale politicii UE în domeniul sănătății**, astfel cum au fost definite în programul în domeniul sănătății pentru perioada 2014-2020⁵, sunt următoarele:

- **promovarea sănătății, prevenirea bolilor și încurajarea unor stiluri de viață sănătoase** prin integrarea „sănătății în toate politicile”;
- protejarea cetățenilor Uniunii împotriva **amenințărilor transfrontaliere grave la adresa sănătății**;
- contribuția la **sisteme de sănătate** inovatoare, eficiente și sustenabile; și
- facilitarea accesului la **asistență medicală de înaltă calitate și sigură** pentru cetățenii Uniunii.

⁴ Articolul 168 alineatul (1) TFUE, Titlul XIV.

⁵ Regulamentul (UE) nr. 282/2014 al Parlamentului European și al Consiliului din 11 martie 2014 privind instituirea celui de al treilea program de acțiune a Uniunii în domeniul sănătății (2014-2020) și de abrogare a Deciziei nr. 1350/2007/CE.

13 **Prioritățile specifice** ale Comisiei în domeniul sănătății publice **pentru perioada 2016-2020** sunt, printre altele, obținerea unui raport cost-eficacitate mai bun, abordarea amenințărilor emergente la nivel mondial, cum ar fi rezistența la antimicrobiene, abordarea factorilor de risc pentru boli netransmisibile și promovarea vaccinării.

14 În **viitorul cadru financiar multianual**, care va acoperi perioada 2021-2027, programul de acțiune a UE în domeniul sănătății va fi finanțat din Fondul social european Plus (FSE+). Actuala propunere sugerează următoarele obiective ample: pregătirea pentru situații de criză, autonomizarea sistemelor de sănătate, sprijinirea legislației UE în domeniul sănătății și a activității integrate în ceea ce privește rețelele europene de referință (RER), evaluarea tehnologiilor medicale și punerea în aplicare a bunelor practici și a inovării în sănătatea publică.

Finanțare

15 Politica UE în domeniul sănătății poate fi finanțată prin diferite instrumente. Principalul instrument dedicat în mod exclusiv sănătății este **programul UE în domeniul sănătății**, care dispune de un buget de aproximativ 450 de milioane de euro pentru perioada 2014-2020. Acesta finanțează inițiative în domeniul promovării sănătății, al securității sanitare și al informării pe teme legate de sănătate.

16 Alte instrumente care pot finanța, la rândul lor, activități legate de sănătate sunt:

- programul de cercetare **Orizont 2020**, care sprijină proiecte în domenii precum biotehnologia și tehnologiile medicale;
- **politica de coeziune a UE**, care sprijină investiții în sănătate în țările și regiunile Uniunii;
- **Fondul european pentru investiții strategice**.

Sănătatea publică în statele membre ale UE

17 Deși se bazează pe valori comune – în special, egalitate, acces universal la îngrijiri medicale de bună calitate și solidaritate⁶ – sistemele de sănătate din statele membre ale UE variază considerabil.

18 Între sistemele de sănătate existe unele diferențe de bază în ceea ce privește modalitatea de finanțare a acestora și funcționarea acestora. Se pot distinge trei modele diferite de finanțare a sistemelor de sănătate în UE⁷:

- „**modelul Beveridge**” este un sistem public finanțat din impozitare, care asigură de obicei o acoperire universală, pe baza locului de reședință sau a cetățeniei;
- în „**sistemul de asigurări sociale de sănătate**” sau „modelul Bismarck”, asistența medicală este finanțată prin contribuții obligatorii la sistemul de securitate socială, plătite de obicei de angajatori și de angajați;
- „**modelul mixt**” se bazează pe finanțare privată, prin sisteme de asigurare voluntare sau prin plăți directe.

19 În 2016, Comisia a lansat, în cooperare cu OCDE, inițiativa „Starea sănătății în UE”, care vizează sprijinirea statelor membre în vederea îmbunătățirii performanței sistemelor lor de sănătate. În cadrul acestei inițiative, Comisia a publicat în 2018 analiza „**Sănătatea pe scurt**” (*Health at a Glance*), care compară date din toate statele membre referitoare la performanța sistemelor de sănătate ale acestora.

20 Analiza este axată pe aspecte precum acțiunea preventivă, accesul la sisteme de sănătate și eficacitatea acestora, precum și sustenabilitatea fiscal-bugetară. Principalele concluzii ale raportului sunt sintetizate în **figura 1**:

⁶ Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (JO C 146, 22.6.2006, p. 1).

⁷ Comitetul European al Regiunilor: *The Management of health systems in the EU Member States*.

Figura 1 – Pledoarie pentru investiții mai inteligente în sănătate



Sursa: Comisia Europeană, *State of Health in the EU, Factsheet on the report Health at a Glance: Europa 2018* (OCDE, Comisia Europeană).

Prevenirea și protejarea

21 Prevenirea bolilor implică intervenții care urmăresc reducerea la minimum a sarcinii reprezentate de boli și de factorii de risc asociați acestora⁸.

22 Prevenirea poate fi împărțită în următoarele categorii:

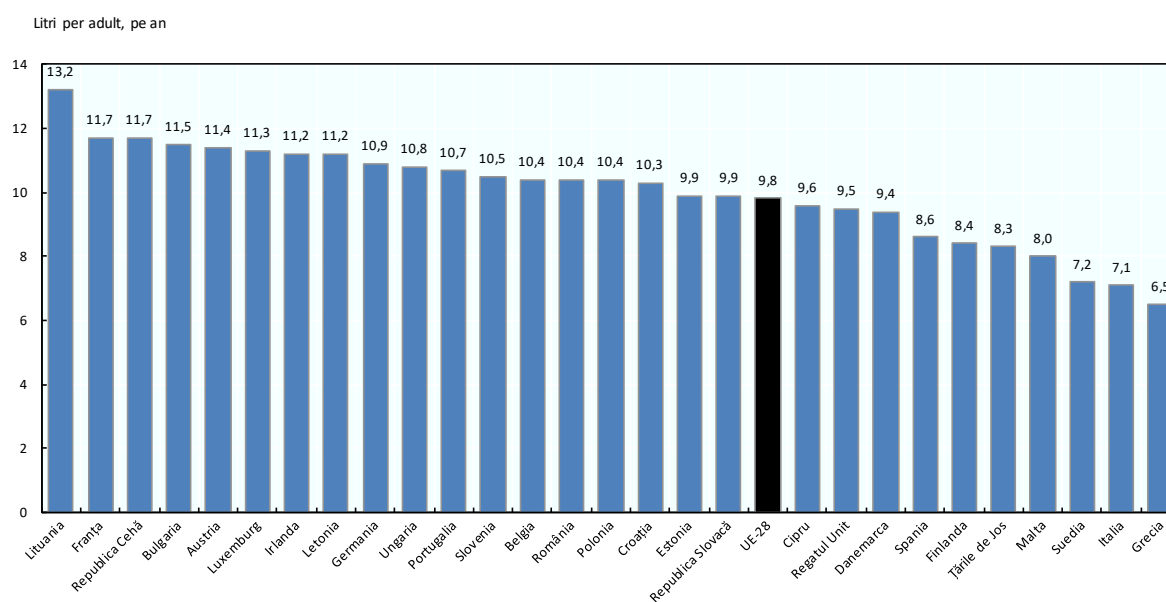
- prevenția primară, care vizează împiedicarea declanșării bolilor;
- prevenția secundară, care se referă la depistarea timpurie a unei boli;
- prevenția terțiară, care vizează reducerea impactului unei boli.

⁸ OMS, 2017.

23 Se estimează că, în 2016, **790 000 de persoane au decedat prematur în UE** din cauza fumatului, a consumului de alcool, a alimentației nesănătoase și a sedentarismului⁹ – vieți care ar fi putut fi salvate dacă accentul ar fi fost pus mai mult pe promovarea sănătății și pe prevenție.

24 În special, bolile netransmisibile (de exemplu, bolile cardiovasculare, cancerul, boala Alzheimer sau diabetul) sunt cauzele unui procent ridicat dintre decesele premature și ale creșterii cheltuielilor din domeniul sănătății. Aceste decese pot fi adesea evitate prin simpla eliminare a principalilor factori de risc care le provoacă (de exemplu, poluarea, fumatul, sedentarismul sau consumul de alcool) (a se vedea **figurile 2, 3 și 4**). Acest lucru este îndeosebi de adevărat pentru UE, care continuă să fie regiunea cu cel mai ridicat consum de alcool din lume. Europeanii consumă aproximativ 10 litri de alcool pe an. În plus, aproximativ 20 % dintre adulții din UE fumează zilnic.

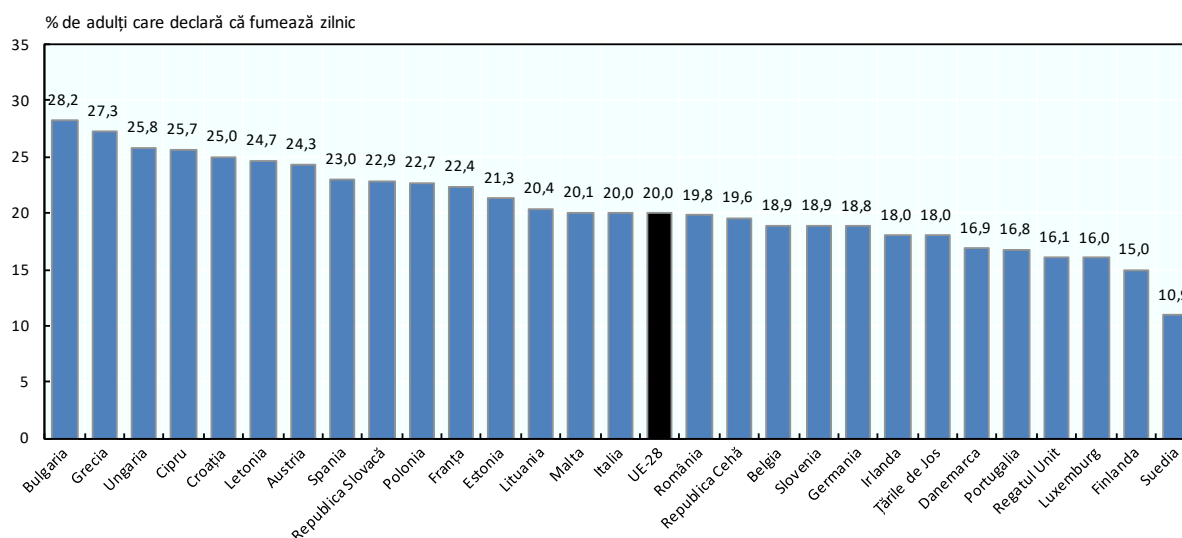
**Figura 2 – Consumul total de alcool în rândul adulților
(2016 sau cel mai recent an pentru care sunt disponibile date)**



Sursa: Statisticile OCDE privind sănătatea.

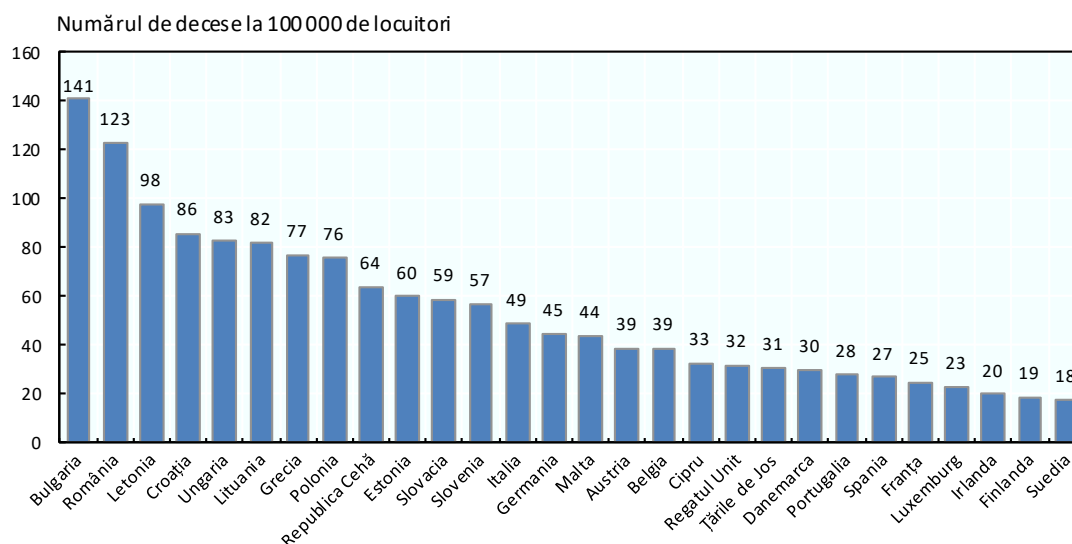
⁹ OCDE/UE (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/UE, Bruxelles, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

**Figura 3 – Procentele de fumători zilnici în rândul adulților
(2016 sau cel mai recent an pentru care sunt disponibile date)**



Sursa: Statisticile OCDE privind sănătatea.

Figura 4 – Mortalitatea care poate fi atribuită efectului combinat al poluării aerului din interior și al poluării atmosferice (la 100 000 de locuitori, 2016)



Sursa: World Health Statistics (OMS).

25 Deși prevenția joacă un rol esențial nu doar în salvarea vieților, ci și în **economisirea banilor**, cel puțin pe termen lung, aceasta **reprezintă în prezent doar aproximativ 3 %** din cheltuielile totale în domeniul sănătății¹⁰.

26 Prevenția este, de asemenea, un domeniu caracterizat de **inegalități semnificative** în majoritatea statelor membre, dacă nu în toate. Probabilitatea ca o persoană să beneficieze de măsuri de prevenire a bolilor este strâns corelată cu educația și/sau cu statutul socioeconomic al persoanei respective; de exemplu:

- 20 % dintre adulții cu nivel mai scăzut de educație sunt obezi, față de 12 % dintre cei cu nivel mai ridicat de educație;
- în cazul adulților cu un venit mai redus, probabilitatea ca aceștia să efectueze cele 150 de minute de activitate fizică pe săptămână recomandate este mai mică, iar probabilitatea ca aceștia să fumeze regulat este mai mare.

27 Pentru a reduce numărul de decese premature și pentru a ajuta oamenii să trăiască mai mult având o stare bună de sănătate, trebuie ca **accentul să fie redirecționat pe prevenirea bolilor, în loc de vindecarea acestora**.

28 Prin urmare, UE a lansat în ultimii ani mai multe inițiative care pun accentul în mod specific pe prevenire (a se vedea **caseta 1**).

¹⁰ OCDE/UE (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/UE, Bruxelles, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

Caseta 1

Inițiative ale UE în domeniul prevenirii bolilor

Prevenirea prin informare

Principalul obiectiv al acțiunii UE în domeniul prevenirii bolilor este de a oferi consumatorilor un volum suficient de informații relevante, astfel încât aceștia să poată lua decizii bine informate.

Pentru a aborda problema **obezității**, Comisia Europeană a adoptat în 2007 „Strategia privind problemele de sănătate legate de alimentație, excesul de greutate și obezitate” și a lansat o serie de inițiative specifice în acest domeniu. Una dintre aceste inițiative a stabilit cadrul juridic pentru mențiunile nutriționale și de sănătate (de exemplu, „conținut redus de grăsimi” sau „calciu pentru oase și dinți sănătoși”). În practică, s-a interzis utilizarea, pe etichetele produselor alimentare sau în reclamele la produse alimentare, a oricăror mențiuni nutriționale sau de sănătate care nu sunt clare, exacte sau bazate pe dovezi științifice [Regulamentul (CE) nr. 1924/2006¹¹].

În plus, Comisia a publicat un Plan de acțiune privind obezitatea infantilă¹², care propune domenii principale de acțiune și un posibil set de instrumente pentru combaterea excesului de greutate și a obezității la copii și tineri până în 2020.

Directiva din 2014 privind produsele din tutun¹³ a prevăzut includerea obligatorie a unui avertisment de sănătate pe produsele din **tutun** și pe produsele conexe și a interzis toate elementele promoționale sau înșelătoare de pe ambalajele acestor produse.

29 La un nivel mai general, Comisia Europeană a înființat în 2018 un Grup de coordonare privind promovarea sănătății, prevenirea bolilor și gestionarea bolilor netransmisibile, pentru a sprijini țările care urmăresc realizarea obiectivelor legate de sănătate din cadrul

¹¹ Regulamentul (CE) nr. 1924/2006 al Parlamentului European și al Consiliului din 20 decembrie 2006 privind mențiunile nutriționale și de sănătate înscrise pe produsele alimentare.

¹² Planul de acțiune al UE privind obezitatea infantilă 2014-2020, 24 februarie 2014 (actualizat la 12 martie și la 28 iulie 2014).

¹³ Directiva 2014/40/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 3 aprilie 2014 privind apropierea actelor cu putere de lege și a actelor administrative ale statelor membre în ceea ce privește fabricarea, prezentarea și vânzarea produselor din tutun și a produselor conexe și de abrogare a Directivei 2001/37/CE.

obiectivelor de dezvoltare durabilă, în special obiectivul 3, și anume „sănătate și bunăstare”. Grupul de coordonare oferă consiliere și expertiză Comisiei în domeniul promovării sănătății și al prevenirii bolilor.

30 Statele membre au întreprins diverse acțiuni pentru a aborda principalii factori de risc pentru sănătate:

- pentru a reduce **fumatul**, aceste măsuri au inclus campanii de sensibilizare, introducerea de accize pentru a crește prețurile, acte legislative pentru un mediu fără fum de tutun și restricții privind publicitatea;
- pentru a reduce riscurile legate de **consumul de alcool**, multe state membre au limitat accesul adolescenților la produse alcoolice, au crescut prețurile și au introdus reglementări mai stricte privind publicitatea. Toate țările din UE au stabilit niveluri maxime ale concentrației de alcool în sânge pentru conducătorii auto;
- **obezitatea** – un număr tot mai mare de state membre au adoptat măsuri de promovare a unui stil de viață sănătos și, prin urmare, de prevenire sau reducere a **obezității** în rândul cetățenilor lor. Una dintre aceste măsuri a constat în furnizarea unor informații mai bune legate de alimentație, care să le permită cetățenilor să facă alegeri sănătoase, de exemplu prin includerea acestor informații în etichetarea produselor alimentare sau prin introducerea de restricții de publicitate în cazul produselor alimentare destinate copiilor;
- majoritatea statelor membre adoptă, de asemenea, măsuri de reducere a **poluării atmosferice**, întrucât numărul deceselor provocate de aerul poluat se ridică în continuare la 400 000 în fiecare an în UE¹⁴.

¹⁴ A se vedea [Raportul special nr. 23/2018](#) al Curții de Conturi Europene: „Poluarea atmosferică: sănătatea noastră nu este încă protejată în mod suficient”.

Accesul la asistență medicală

31 Accesul universal la asistență medicală este definit drept **disponibilitatea serviciilor medicale la momentul oportun, la locul potrivit și la prețul adecvat**. Aceasta este una dintre cele mai importante condiții prealabile pentru egalitatea în materie de sănătate.

32 Dreptul de acces la o asistență medicală de calitate este consacrat în Carta drepturilor fundamentale a UE (la articolul 35) și constituie, prin urmare, unul dintre principiile directoare ale sistemelor de sănătate din UE. În plus, acesta corespunde unuia dintre obiectivele de dezvoltare durabilă ale ONU (obiectivul 3).

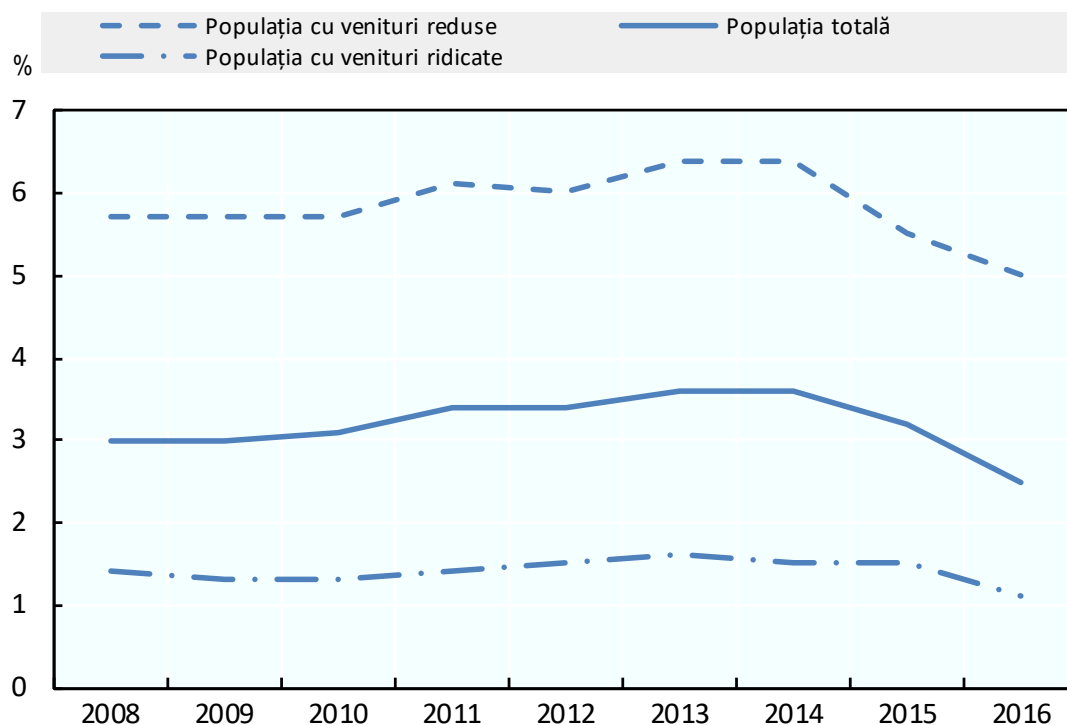
33 Accesul la asistență medicală este măsurat, în general, prin indicatorul „numărul de persoane care declară că nu le sunt satisfăcute nevoi de asistență medicală”. Nevoile de asistență medicală nu sunt satisfăcute dacă serviciile solicitate nu sunt disponibile la timp, în locul adecvat sau – în cazul sistemelor de sănătate finanțate cel puțin parțial în mod privat – la un preț accesibil.

34 În ansamblu, accesul la asistență medicală este asigurat în UE. În cele mai multe state membre, marea majoritate a cetățenilor (cu mult peste 90 %) nu au raportat nevoi nesatisfăcute de asistență medicală, iar procentul de persoane care raportează că nu le-au fost satisfăcute astfel de nevoi a scăzut și mai mult în ultimul deceniu (a se vedea [figurile 5 și 6](#)).

35 Cu toate acestea, accesul la asistență medicală nu este distribuit în mod uniform și **persistă inegalități** între diferite țări, dar și între diferite regiuni și între diferite grupuri de venituri din interiorul aceleiași țări:

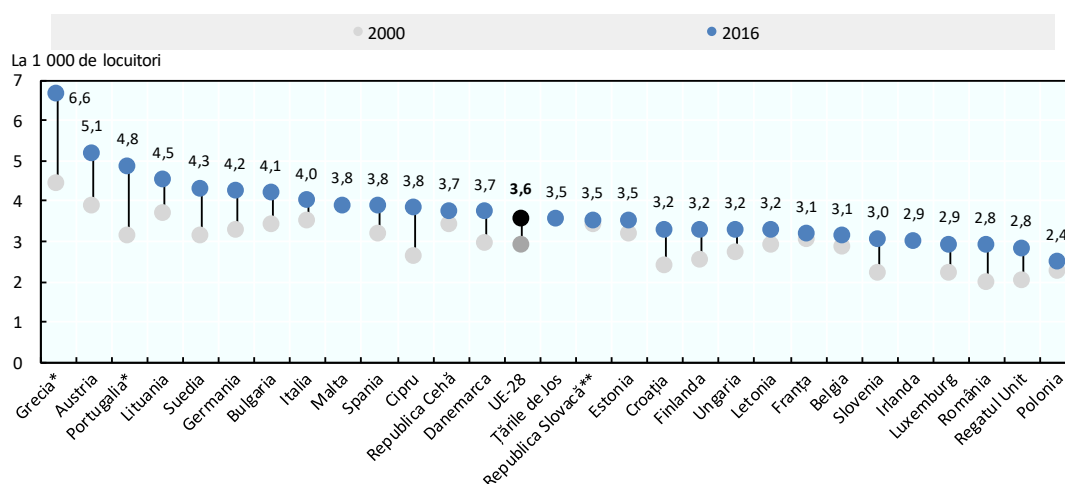
- nevoile de asistență medicală nesatisfăcute rămân o problemă în Estonia și în Grecia, unde peste 10 % dintre cetățeni au raportat o nevoie nesatisfăcută de asistență medicală în 2016;
- probabilitatea ca nevoile de asistență medicală să nu fie satisfăcute este de cinci ori mai mare pentru gospodăriile cu venituri reduse;
- zonele rurale și izolate sunt caracterizate adesea printr-o penurie de medici generaliști, iar timpii de așteptare pentru intervențiile chirurgicale fără caracter de urgență a crescut în multe state membre ale UE în ultimii ani.

Figura 5 – Nevoi nesatisfăcute de asistență medicală în funcție de statutul socioeconomic, toate statele membre ale UE (2008-2016)



Sursa: baza de date a Eurostat.

Figura 6 – Medici în activitate la 1 000 de cetățeni



* Datele se referă la toți medicii autorizați să practice medicina, ceea ce conduce la o supraestimare semnificativă a numărului de medici efectiv în activitate (de exemplu, de circa 30 % în Portugalia).

** Datele nu includ numai medicii care acordă îngrijiri medicale directe pacienților, ci și pe cei care lucrează în sectorul sănătății ca manageri, cadre didactice, cercetători etc. (care reprezintă un procent suplimentar de 5-10 % dintre medici).

Sursa: *Health at a Glance: Europe 2018* (OCDE, Comisia Europeană).

36 La nivelul UE, datele privind accesibilitatea serviciilor medicale sunt monitorizate în mod regulat. În 2016, Comisia a instituit un grup de experți dedicat, pe lângă alte domenii, chestiunii privind accesibilitatea.

37 Cu toate acestea, îmbunătățirea accesului la asistență medicală este, în principal, **responsabilitatea statelor membre**. Acestea au luat o serie de măsuri pentru îmbunătățirea accesului la asistență medicală, precum¹⁵:

- consolidarea asistenței medicale primare, inclusiv coordonarea mai bună între aceasta și asistența medicală specializată;
- extinderea serviciilor medicale acoperite de asigurări de sănătate, pentru a se reduce astfel plățile directe;
- creșterea salariilor angajaților din sectorul medical;
- acordarea unor beneficii financiare medicilor din zonele unde gradul de acoperire al asistenței medicale nu este suficient, și anume zonele izolate și cele rurale.

38 Trebuie luate, de asemenea, măsuri specifice pentru a se asigura accesul la asistență medicală într-un alt stat membru al UE decât țara de afiliere (a se vedea [caseta 2](#)).

¹⁵ Semestrul european – Fișă tematică: sistemele de sănătate.

Caseta 2

Asistența medicală transfrontalieră în UE

Asistența medicală transfrontalieră – care sunt beneficiile pentru cetățenii Uniunii?

Directiva UE privind asistența medicală transfrontalieră, adoptată în 2011, stabilește cadrul juridic pentru cetățenii Uniunii care doresc să beneficieze de asistență medicală într-un alt stat membru decât cel în care își au reședința.

Aceasta acordă cetățenilor Uniunii care doresc să beneficieze de asistență medicală în străinătate accesul la asistență medicală sigură și de calitate ridicată într-un alt stat membru al UE, în condiții de rambursare a costurilor în același quantum pe care l-ar primi dacă ar fi tratați în țara lor de reședință.

În plus, au fost create în întreaga Uniune puncte de contact naționale care oferă informații cu privire la asistența medicală disponibilă în diferitele state membre ale UE și la condițiile în care se rambursează costul serviciilor.

Deși mobilitatea pacienților rămâne influențată într-o măsură semnificativă de proximitatea culturală și geografică, cooperarea în domeniul asistenței medicale transfrontaliere reprezintă un pas important în direcția extinderii cooperării europene în domeniul sănătății.

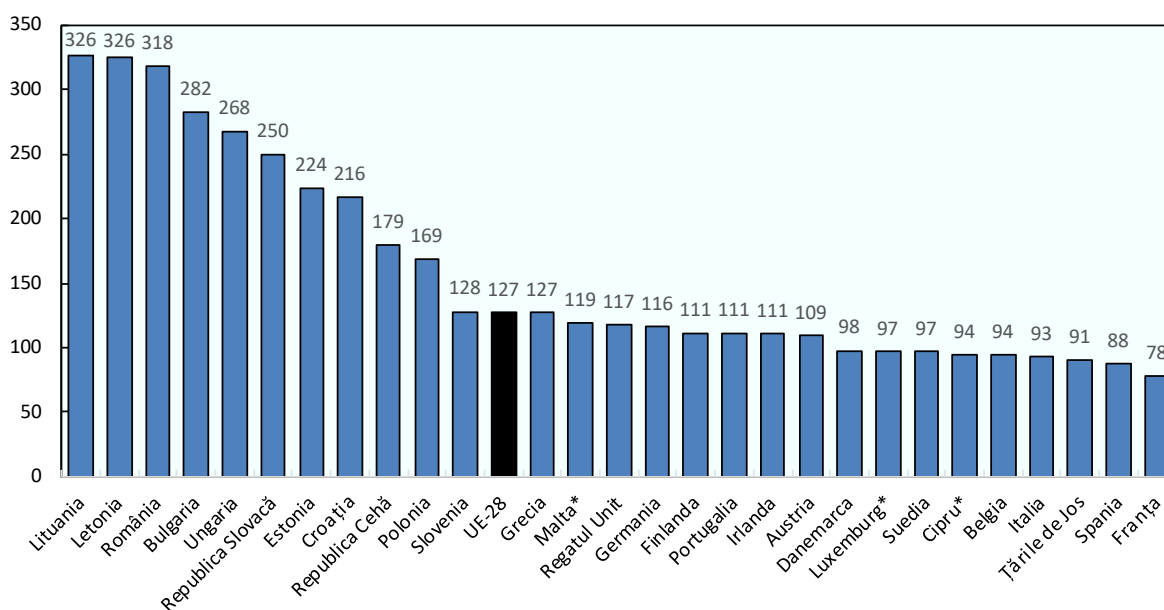
Calitatea serviciilor de sănătate

39 Sistemele de sănătate de calitate sunt cele care își îndeplinesc obiectivul ultim, și anume acela de a menține sau de a îmbunătăți în mod eficace sănătatea cetățenilor. Eficacitatea sistemelor de sănătate este măsurată, adesea, pe baza ratelor mortalității prin cauze tratabile (a deceselor care ar fi putut fi evitate prin intervenții medicale de calitate și realizate la timp). Printre indicatorii alternativi se numără speranța de viață sau „indicatorii mai subiectivi”, precum experiența pacientului sau calitatea vieții după recuperarea în urma unei boli sau a unei leziuni.

40 Conceptul de rată a mortalității prin cauze tratabile este strâns legat de conceptul de mortalitate prin cauze care pot fi prevenite (decesele care ar putea fi evitate prin politici de sănătate publică și prin prevenție). Mortalitatea prin cauze care pot fi prevenite și mortalitatea prin cauze tratabile dau împreună ratele de mortalitate evitabilă. În 2015, peste 1,2 milioane de persoane au decedat prematur (înaintea vârstei de 75 de ani) din cauza ineficienței în ceea ce privește politicile de sănătate publică, măsurile de prevenție și

asistența medicală. Se consideră că peste 570 000 dintre aceste decese aveau cauze tratabile (a se vedea [figura 7](#) pentru ratele de mortalitate din cauze tratabile, pe țări).

Figura 7 – Ratele de mortalitate din cauze tratabile (2015)



* Media pe trei ani (2013-2015).

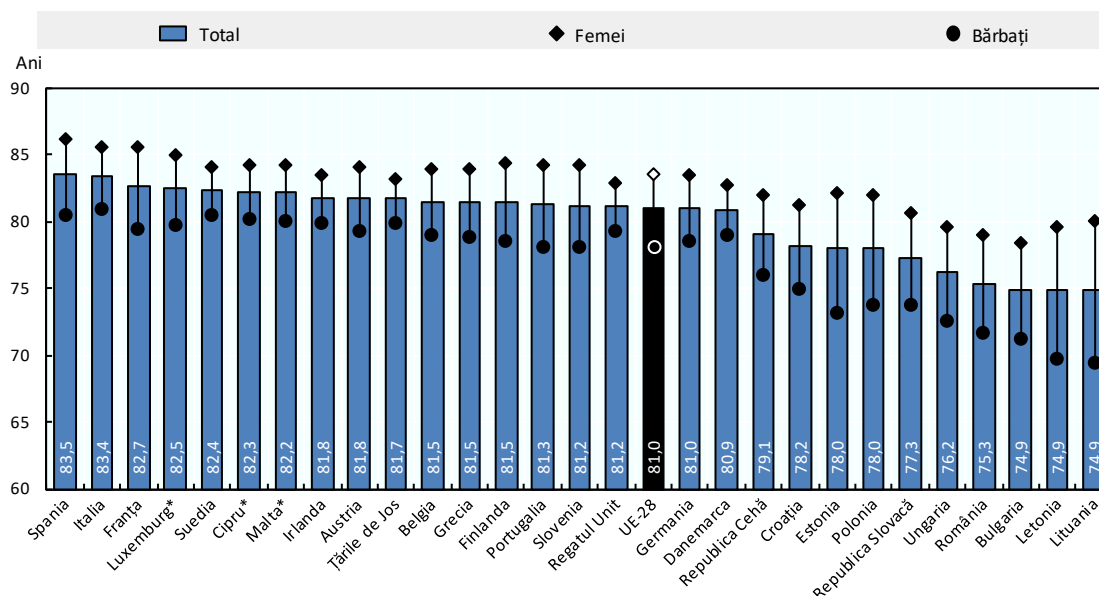
Sursa: Statisticile OCDE privind sănătatea, 2018.

41 În ultimul deceniu, **calitatea terapiei acute** pentru afecțiunile cu risc letal iminent s-a îmbunătățit considerabil în întreaga Uniune. Între 2005 și 2015, numărul de persoane care au decedat în urma spitalizării a scăzut cu 30 % în cazul pacienților cu infarct miocardic acut și cu 20 % în cazul pacienților cu accident vascular cerebral. Cu toate acestea, persistă inegalități între țări, precum și între diferite spitale din aceeași țară.

42 S-au realizat progrese considerabile la nivelul Uniunii și în ceea ce privește **ratele de supraviețuire ale bolnavilor de cancer**, în principal prin implementarea unor programe de depistare în combinație cu o asistență medicală mai eficace și mai promptă.

43 În prezent, **speranța medie de viață** la nivelul UE este de 81 de ani (a se vedea [figura 8](#)). Deși speranța de viață este în continuare în creștere, tendința ascendentă a acesteia a încetinit în ultimii ani, în special în Europa de Vest. Principalele cauze de deces la nivelul Uniunii rămân bolile circulatorii și cancerul, care sunt responsabile împreună pentru 60 % din totalul deceselor.

Figura 8 – Speranța de viață la naștere, după gen (2016)



* Media pe trei ani (2014-2016).

Sursa: *Health at a Glance: Europe 2018* (OCDE, Comisia Europeană).

44 Speranța de viață variază, de asemenea, considerabil nu doar în funcție de gen, ci și de statutul socioeconomic. Speranța de viață a persoanelor cu nivel redus de educație este cu opt ani mai mică la bărbați și cu patru ani mai mică la femei decât în cazul persoanelor cu nivel ridicat de educație.

45 Calitatea asistenței medicale și eficacitatea sistemelor de sănătate sunt **strâns corelate cu alte aspecte ale sănătății publice**, în special cu accesul la serviciile medicale și cu prevenția. Prin urmare, măsurile de îmbunătățire a calității asistenței medicale necesită o abordare globală.

46 Unele dintre măsurile adoptate la nivelul statelor membre pentru creșterea calității asistenței medicale sunt utilizarea noilor tehnologii, schimbările organizaționale în furnizarea serviciilor medicale și, în general, axarea pe îngrijiri mai integrate și personalizate într-o mai mare măsură.

47 Evaluarea rezultatelor acestor măsuri rămâne, însă, complexă. Deși s-au depus eforturi pentru a colecta date cu privire la eficacitatea sistemelor de sănătate, informațiile referitoare la indicatori cu caracter mai calitativ, cum ar fi experiența pacientului sau calitatea vieții, rămân în continuare limitate.

48 Comisia Europeană a sprijinit elaborarea indicatorilor principali privind sănătatea la nivelul Uniunii Europene (ECHI), un set de indicatori prin care se monitorizează starea de sănătate a cetățenilor Uniunii și performanța sistemelor de sănătate din UE. Comisia a lansat, de asemenea, în cooperare cu OCDE, seria de analize „Sănătatea pe scurt” (*Health at a glance*).

49 În plus, Comisia a înființat un Grup de experți privind evaluarea performanței sistemelor de sănătate, a cărui misiune este de a pune la dispoziția țărilor din UE un forum pentru schimbul de experiențe în acest domeniu și de a oferi sprijin responsabililor de politici de la nivel național prin elaborarea unor instrumente și metodologii de evaluare a performanței sistemelor de sănătate în strânsă cooperare cu organizații internaționale precum OMS și OCDE.

Noile tehnologii și e-sănătatea

50 E-sănătatea sau sănătatea digitală poate fi definită drept **ansamblul instrumentelor și serviciilor care utilizează tehnologii ale informației și comunicațiilor** pentru a îmbunătăți prevenția, diagnosticarea, tratamentul, monitorizarea sau gestionarea sănătății.

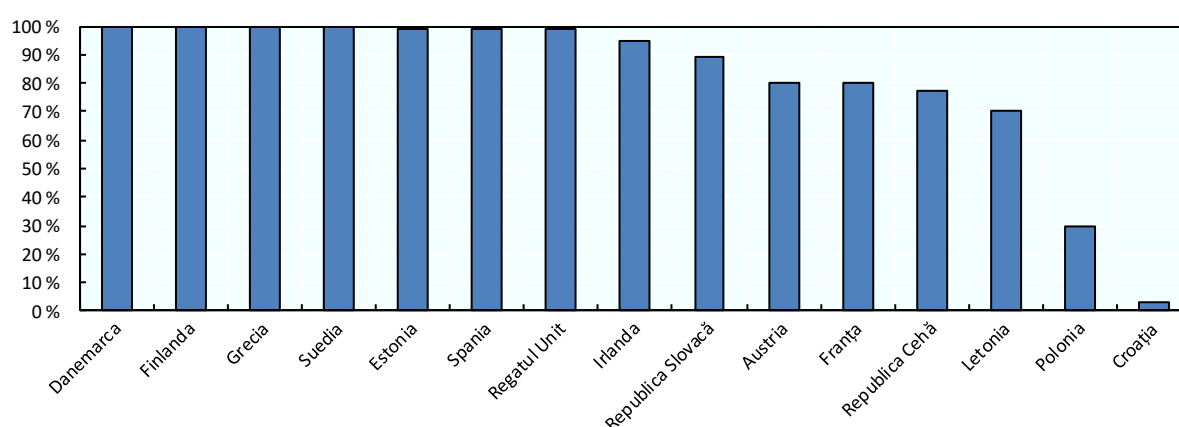
51 Noile tehnologii oferă beneficii potențiale enorme în ceea ce privește eficiența și calitatea serviciilor de prevenție și de asistență medicală. Principalele utilizări ale noilor tehnologii în domeniul medical sunt în prezent următoarele:

- dosarele medicale electronice: dosare medicale digitalizate, create de și – în cazul ideal – partajate între diferiți furnizori de servicii medicale;
- prescripțiile electronice: generarea, transmiterea și arhivarea prescripțiilor medicale într-un sistem informatizat;
- informații medicale online;
- accesul la servicii medicale (de exemplu, stabilirea programărilor la medic) prin internet.

52 Deși utilizarea noilor tehnologii în domeniul sănătății publice este tot mai frecventă în întreaga Uniune, încă există decalaje între diferitele categorii de vârstă și grupuri socioeconomice.

53 Dosarele medicale electronice au fost promovate în multe state membre și utilizarea lor este tot mai frecventă în întreaga Uniune. O anchetă desfășurată în 15 state membre arată că, în medie, 80 % dintre medicii din aceste țări care lucrează în asistența medicală primară au utilizat dosare medicale electronice în 2016 (a se vedea [figura 9](#)). În cele mai multe dintre aceste țări, pacienții au acces la propriul dosar medical și, în unele dintre ele, pacienții pot, de asemenea, să adauge sau să modifice informațiile cuprinse în dosar.

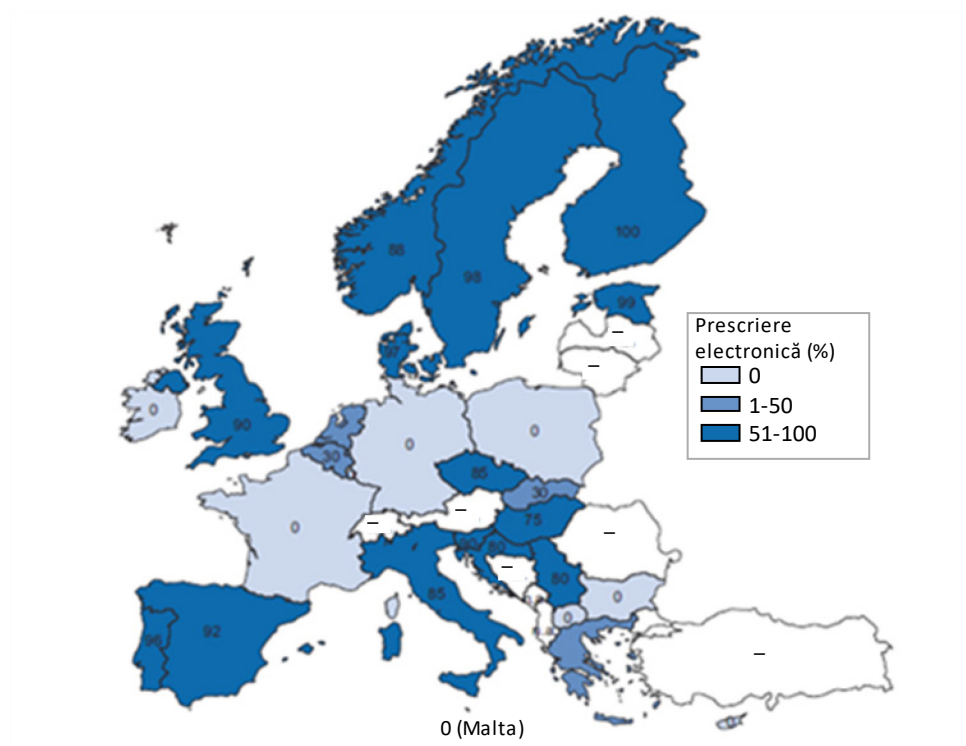
Figura 9 – Procentul de medici care lucrează în asistența medicală primară care utilizează dosare medicale electronice (2016)



Sursa: OECD Study of Electronic Health Record System Development and Use.

54 Situația prescripțiilor electronice este mai diversificată: rata acesteia este de aproape 100 % în unele țări precum Finlanda, Suedia, Danemarca, Portugalia și Spania, în timp ce în țări precum Franța sau Germania acest sistem nu a fost încă implementat (a se vedea [figura 10](#)). Cu toate acestea, prescripția electronică ar trebui să câștige în importanță odată ce 22 de state membre ale UE urmează să facă schimb de fișe medicale ale pacienților și/sau de prescripții electronice până la sfârșitul anului 2021.

Figura 10 – Procentul de prescripții electronice utilizate în farmaciile comunitare (2018)



Sursa: Grupul Farmaceutic al Uniunii Europene (GFUE).

55 Odată cu adoptarea **Strategiei privind piața unică digitală pentru Europa în 2015**, Comisia Europeană a recurs într-o măsură mai mare la tehnologii digitale în toate domeniile, inclusiv în sectorul sănătății, care reprezintă una dintre prioritățile sale principale.

Figura 11 – Sănătatea digitală

Servicii digitale de sănătate și îngrijire

TRANSFORMAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE ȘI DE ASISTENȚĂ ÎN CADRUL PIEȚEI UNICE DIGITALE – Valorificarea potențialului datelor pentru autonomizarea cetățenilor și pentru construirea unei societăți mai sănătoase



Sursa: Comisia Europeană.

56 În aprilie 2018, Comisia a adoptat o **comunicare privind modalitățile de a face posibilă transformarea digitală a serviciilor de sănătate și de asistență**, care identifică trei arii de intervenție diferite (a se vedea **figura 11**):

- **Accesul la date și schimbul de date în condiții de siguranță.** Pentru a facilita un acces mai mare la asistența medicală transfrontalieră, Comisia construiește în prezent o infrastructură de servicii digitale de e-sănătate, care va permite **schimbul de prescripții electronice și de fișe medicale ale pacienților** între furnizorii de servicii medicale. Primele astfel de schimburi transfrontaliere au început în 2019. Pe termen mai lung, Comisia lucrează la un format european de schimb al dosarelor medicale electronice care să fie accesibil tuturor cetățenilor Uniunii.

- **Conectarea și schimbul de date medicale** în scopul cercetării, al diagnosticării mai rapide și al îmbunătățirii sănătății. Se urmărește ca infrastructura digitală europeană descentralizată din domeniul sănătății să faciliteze diagnosticarea și tratamentul personalizate, să contribuie la o mai bună pregătire a serviciilor medicale pentru a răspunde amenințărilor transfrontaliere la adresa sănătății și să îmbunătățească dezvoltarea și supravegherea produselor medicale.
- **Consolidarea autonomizării cetățenilor** și a asistenței medicale individuale prin intermediul serviciilor digitale. Serviciile digitale pot îmbunătăți prevenirea și gestionarea afecțiunilor cronice și le pot permite pacienților să ofere feedback furnizorilor de servicii medicale.

57 În plus, Comisia joacă un rol important în sprijinirea statelor membre în utilizarea tehnologiilor moderne în sectorul sănătății și în coordonarea eforturilor naționale (a se vedea [caseta 3](#)).

Caseta 3

Inițiative în domeniul e-sănătății

În februarie 2019, Comisia a prezentat un set de recomandări pentru crearea unui sistem securizat care să le permită cetățenilor să aibă acces la propriile dosare medicale electronice în întreaga Uniune.

Se preconizează ca acest nou sistem se va sprijini pe inițiativele existente de schimb de dosare medicale, pe care le va extinde prin includerea schimbului de rezultate de laborator, de rapoarte medicale de externare și de rapoarte de imagistică medicală.

Beneficiile pentru cetățenii Uniunii sunt, printre altele:

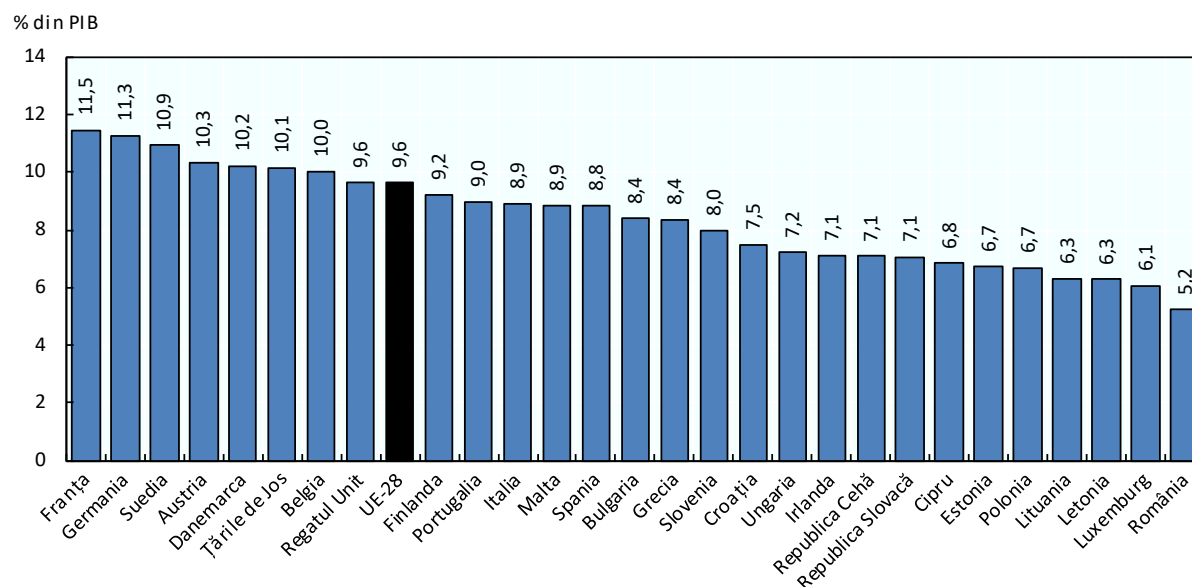
- accesul imediat la propriile dosare medicale atunci când se află în străinătate, inclusiv în situații de urgență;
- o mai bună calitate și continuitatea îngrijirii pentru cetățenii care se mută în altă țară;
- noi oportunități de cercetare datorate schimbului de date medicale (cu consimțământul pacientului);
- eficiență sporită, prin evitarea repetării testelor de laborator sau a examenelor radiologice.

Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare

58 Sustenabilitatea fiscal-bugetară este una dintre principalele provocări din domeniul sănătății publice cu care statele membre se confruntă. Cu ale sale costuri de aproximativ 1,5 mii de miliarde de euro (2016), sănătatea reprezintă unul dintre elementele de cheltuieli publice cu cea mai mare importanță și cu cea mai accelerată creștere la nivelul UE¹⁶.

59 În 2017, cheltuielile cu sănătatea au reprezentat 9,6 % din PIB-ul UE, comparativ cu 8,8 % în 2008, iar cheltuielile cu sănătatea pe cap de locuitor au fost de 2 773 de euro în 2017 (a se vedea *figurile 12 și 13*).

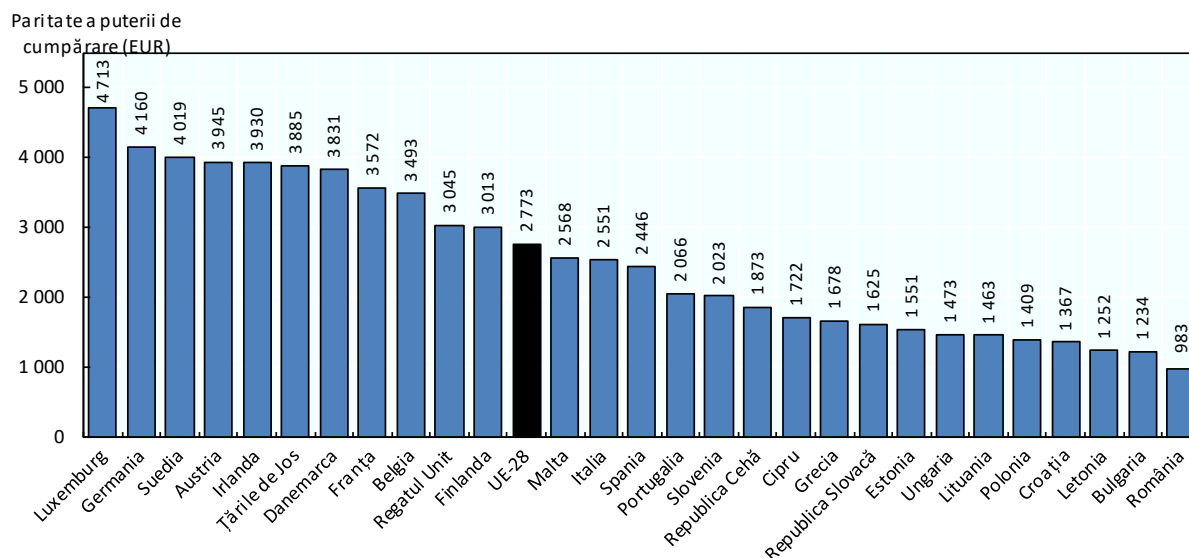
Figura 12 – Cheltuielile cu sănătatea, ca procent din PIB (2017)



Sursa: Statisticile OCDE privind sănătatea, 2018.

¹⁶ Semestrul european – Fișă tematică: sistemele de sănătate.

Figura 13 – Cheltuielile cu sănătatea pe cap de locuitor (2017)



Sursa: Statisticile OCDE privind sănătatea.

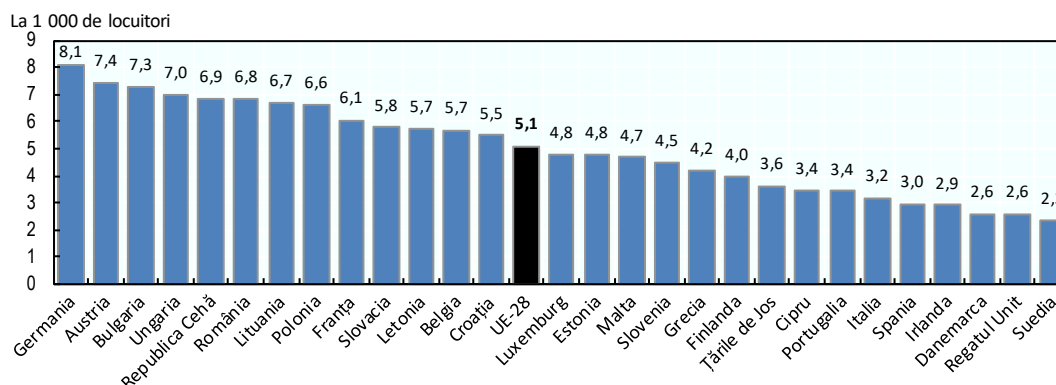
60 Se estimează că cheltuielile cu sănătatea vor crește în continuare, în mare parte din cauza **schimbărilor demografice**, în combinație cu **creșterea costurilor** pentru noile tehnologii utilizate în medicină și în îngrijirea medicală.

61 În același timp, cheltuielile cu sănătatea sunt supuse atenției din ce în ce mai mult dat fiind faptul că acest sector dispune de resurse financiare limitate. Având în vedere că, în două treimi din statele membre, **peste 70 % din cheltuielile cu sănătatea sunt finanțate din bugetul public**, sustenabilitatea unui sistem de sănătate este strâns legată de situația economică a statului membru în cauză și a Uniunii în ansamblu.

62 Menținerea unor sisteme de sănătate sustenabile din punct de vedere financiar necesită, de asemenea, identificarea unor posibilități de economisire. În prezent, **se estimează că până la o cincime din cheltuielile cu sănătatea ar putea fi evitate** și și-ar putea găsi astfel o mai bună utilitate în alte domenii¹⁷. Două dintre domeniile asociate adesea cu economii potențiale sunt spitalele (în special numărul de paturi din spitale – a se vedea **figura 14** – sau internările care ar putea fi evitate) și produsele farmaceutice (de exemplu, caracterul suboptim al selecției, al achiziției și al fixării prețurilor).

¹⁷ OCDE, *Tackling Wasteful Spending on Health*, ianuarie 2017.

Figura 14 – Numărul de paturi de spital la 1 000 de locuitori (2016)



Sursa: Statisticile OCDE privind sănătatea.

63 Strâns legată de sustenabilitatea financiară a sistemelor de sănătate este reziliența acestora, definită drept capacitatea lor de a reacționa în mod adecvat la schimbări. În special, evoluțiile demografice ale societății moderne vor impune nu numai creșterea volumului de servicii medicale oferite, ci și o transformare a acestora, pe măsură ce terapia acută în cadrul spitalelor este înlocuită cu asistența medicală comunitară, pe termen mai lung și axată mai mult pe persoană.

64 Comisia Europeană a subliniat în mod constant **nevoia de reformă a sistemelor de sănătate publică**, astfel încât să se asigure sustenabilitatea și să se mențină totodată accesul universal la asistență medicală de bună calitate. Comisia sprijină statele membre în acest sens prin furnizarea de analize, de orientări și de instrumente de monitorizare sau de evaluare și prin recomandarea introducerii unor reforme, în contextul semestrului european.

65 În plus, Comisia a constituit un grup de experți independenți care are misiunea de a oferi consiliere în ceea ce privește investițiile în sănătate și care a introdus o serie de inițiative menite să consolideze eficacitatea și reziliența sistemelor de sănătate naționale, sporindu-le astfel sustenabilitatea. O astfel de inițiativă este evaluarea tehnologiilor medicale, o abordare științifică de evaluare a eficacității tehnologiilor medicale. Statele membre cooperează în cadrul unei rețele¹⁸ pentru a reduce suprapunerea activităților la nivel național.

¹⁸ Directiva 2011/24/UE a Parlamentului European și a Consiliului din 9 martie 2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere.

66 În special, Comisia sprijină, de asemenea, eforturile statelor membre de a-și coordona inițiativele în domeniul cercetării și al e-sănătății, pentru a crește eficiența și pentru a reduce costurile. Aceste acțiuni sunt sprijinite cu finanțare din partea UE, în principal în cadrul programului Orizont 2020 și al programelor de cercetare ulterioare.

67 În întreaga Uniune, statele membre au depus **eforturi constante de reformă** a sistemelor lor de sănătate, pentru a crește nu numai eficacitatea acestora, ci și reziliența și sustenabilitatea lor financiară.

68 Deși s-au făcut deja progrese în unele aspecte, cum ar fi realizarea de economii privind spitalele, acest proces va rămâne preocuparea prioritară în domeniul sănătății publice pentru mulți ani de acum înainte.

PARTEA A DOUA – Prezentare generală a activității desfășurate de instituțiile supreme de audit

Introducere

69 Această parte a compendiului de audit prezintă o sinteză a rezultatelor unor audituri selectate desfășurate de 23 de instituții supreme de audit participante din statele membre¹⁹ și de Curtea de Conturi Europeană.

Metodologia de audit

70 Instituțiile supreme de audit își desfășoară auditurile în conformitate cu standardele internaționale ale instituțiilor supreme de audit și cu standardele relevante de punere în aplicare elaborate la nivel național pentru a se asigura calitatea activităților și a rapoartelor de audit.

71 Metodologia și procedurile de audit au fost selectate și aplicate astfel încât să se asigure efectuarea sarcinilor de audit într-un mod cât mai eficace posibil.

72 Probele de audit au fost colectate prin analize documentare și analize de date (statistice), precum și prin interviuri realizate cu autorități naționale și regionale sau cu beneficiari. Acolo unde s-a considerat relevant, toate acestea au fost completate de sondaje care au urmărit să obțină punctele de vedere ale unor grupuri mai mari și/sau mai extinse de respondenți. Alte metode utilizate au fost testele directe, studiile de caz și analiza comparativă.

Perioada auditată

73 Efectele măsurilor structurale și impactul programelor sunt adesea dificil de auditat într-un stadiu precoce. Auditurile incluse în prezentul compendiu s-au axat pe programe multianuale puse în aplicare între 2011 și 2019.

74 **Tabelul 1** redă o imagine de ansamblu asupra principalelor domenii vizate de activitatea de audit a instituțiilor supreme de audit.

¹⁹ Austria, Belgia, Bulgaria, Republica Cehă, Danemarca, Estonia, Finlanda, Franța, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburg, Malta, Polonia, Portugalia, România, Slovacia, Slovenia, Spania, Ungaria.

PARTEA A DOUA – Prezentare generală a activității desfășurate de instituțiile supreme de audit

38

Tabelul 1 – Prezentare generală a activității de audit a instituțiilor supreme de audit din UE care este reflectată în prezentul compendiu de audit

Instituția supremă de audit	Titlul auditului	Domeniul principal vizat				
		Prevenirea și protejarea	Accesul la servicii medicale	Calitatea serviciilor medicale	Noile tehnologii și e-sănătatea	Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare
Austria	Asigurarea calității în activitatea medicilor liber-profesioniști			✓		
Belgia	Politica preventivă în domeniul sănătății în Regiunea Flamandă – evaluarea performanței politicii	✓				
Bulgaria	e-Sănătatea				✓	
Danemarca	Diferențe în ceea ce privește calitatea asistenței medicale între spitalele din Danemarca			✓		
Estonia	Activitățile statului în ceea ce privește implementarea sistemului de e-sănătate				✓	
Finlanda	Tendențele previzionate în materie de cheltuieli de asigurări sociale					✓
Franța	Prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale	✓				
Germania	Cercetarea medicală necesară pentru studierea valorii tratamentului ortodontic		✓			
Grecia	Audit privind arieratele statului în ceea ce privește spitalele și Institutul național de sănătate publică					✓
Irlanda	Gestionarea chirurgiei electivă ambulatorii			✓		
Italia	Implementarea programului extraordinar de renovare a clădirilor și de modernizare tehnologică a proprietăților imobiliare ale instituțiilor de sănătate publică					✓
Letonia	Este proiectul „e-Sănătatea în Letonia” un pas în direcția bună?				✓	
Lituania	Accesibilitatea serviciilor de asistență medicală și orientarea către pacient		✓			

PARTEA A DOUA – Prezentare generală a activității desfășurate de instituțiile supreme de audit

39

Instituția supremă de audit	Titlul auditului	Domeniul principal vizat				
		Prevenirea și protejarea	Accesul la servicii medicale	Calitatea serviciilor medicale	Noile tehnologii și e-sănătatea	Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare
Luxemburg	Finanțarea investițiilor în spitale					✓
Malta	Rolul medicului generalist – nucleul asistenței medicale primare		✓			
Polonia	Prevenirea și tratarea diabetului de tip 2	✓				
Portugalia	Accesul cetățenilor la asistență medicală în cadrul Serviciului național de sănătate al Portugaliei		✓			
Republica Cehă	Fondurile cheltuite de o selecție de spitale pentru rambursarea cheltuielilor					✓
România	Auditul performanței privind dezvoltarea infrastructurii în sănătate la nivel național, regional și local în vederea creșterii accesibilității la serviciile de sănătate		✓			
Slovacia	Finanțele publice și proprietățile deținute de unitățile medicale					✓
Slovenia	Combaterea obezității infantile	✓				
Spania	Gestionarea și controlul prestațiilor farmaceutice de către compania de asigurări mutuală a funcționarilor publici din Spania (<i>Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado</i> – MUFACE)					✓
Ungaria	Analiză sintetică a auditurilor realizate în cadrul spitalelor					✓
Curtea de Conturi Europeană	Acțiunile UE în domeniul asistenței medicale transfrontaliere: ambiții importante, dar este nevoie de o ameliorare a gestionării		✓			

Prevenirea și protejarea

Obiectivele auditurilor

75 Patru dintre auditurile incluse în prezentul compendiu s-au axat în principal pe prevenirea bolilor și pe protejarea sănătății. Aceste audituri vizează o gamă largă de teme, de la politica generală de prevenire a bolilor în Belgia la aspecte specifice precum prevenirea diabetului (Polonia), a obezității infantile (Slovenia) și a infecțiilor asociate asistenței medicale (Franța).

76 Obiectivul general al acestor audituri a fost de a evalua dacă diversele politici și măsuri subsecvente au fost bine proiectate și dacă au fost eficace. Unele dintre audituri au acordat o atenție deosebită categoriilor de populație expuse riscului de a fi private de asistență medicală.

Principalele observații de audit

77 Toate auditurile au constatat existența unor deficiențe în ceea ce privește prevenirea bolilor sau protejarea sănătății. De exemplu, auditul din Belgia a concluzionat că actuala punerea efectivă în aplicare a politicii din domeniul sănătății diferea în mod considerabil în raport cu obiectivele în cauză în materie de sănătate. În general, organizațiile responsabile cu punerea în aplicare nu erau axate suficient de mult pe rezultate și raportarea era adesea lipsită de informații relevante pentru evaluarea impactului intervențiilor finanțate. În fine, multe campanii și intervenții nu erau adaptate în mod suficient la nevoile grupurilor de populație defavorizate.

78 Raportul instituției supreme de audit din Polonia a arătat că, în pofida numărului ridicat (și aflat în continuă creștere) de persoane care suferă de diabet în Polonia, nu fusese elaborată încă nicio strategie națională de prevenire sau de tratare a acestei boli.

79 Auditul din Slovenia a concluzionat că ministerele și institutul competent depuneau într-adevăr eforturi în vederea combaterii obezității infantile. Una dintre deficiențele observate, totuși, a fost că nu toți copiii beneficiau întotdeauna de măsurile și activitățile finanțate și, astfel, acestea nu asigurau un tratament egal. În ansamblu, abordarea sistemică privind promovarea unui stil de viață sănătos în general a fost evaluată ca fiind mai eficientă decât implementarea unor proiecte specifice.

80 Instituția supremă de audit din Franța a evaluat punerea în aplicare a politicii de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale din această țară ca fiind în continuare insuficientă. Incidența infecțiilor nu a mai scăzut din 2006 și raportarea externă cu privire la aceste infecții nu este exhaustivă. Cu toate acestea, evoluții recente precum înființarea unor centre de control al infecțiilor asociate asistenței medicale sunt considerate a fi un pas în direcția bună. În prezent, trebuie întreprinse noi inițiative de extindere a acestei politici la toate segmentele activităților de asistență medicală și trebuie luată în considerare pe deplin amenințarea reprezentată de rezistența la antibiotice.

Accesul la servicii medicale

Obiectivele auditurilor

81 Șase audituri incluse în prezentul compendiu au evaluat accesul la serviciile medicale. Trei dintre ele (Lituania, Portugalia și România) au avut în vedere accesul la servicii medicale în general, unul (Germania) s-a axat pe tratamentul ortodontic și unul (Malta) a evaluat rolul medicului generalist în asigurarea accesului la servicii medicale. În fine, Curtea de Conturi Europeană a examinat dacă acțiunile UE în materie de asistență medicală transfrontalieră produc beneficii pentru pacienți.

82 Pe lângă accentul pus pe prevenirea diabetului de tip 2, instituția supremă de audit din Polonia a evaluat dacă pacienții diabetici aveau acces la servicii de specialitate și la medicamente de ultimă generație.

83 Principalele obiective ale auditurilor efectuate au constat în a evalua dacă accesul la servicii medicale și la consultații de specialitate și dacă măsurile implementate pentru îmbunătățirea accesului la servicii medicale fuseseră eficace.

84 Cele două audituri mai specifice au urmărit să obțină o imagine de ansamblu asupra costurilor și procedurilor pentru tratamentele ortodontice (Germania) și, respectiv, să stabilească în ce măsură medicii generaliști au facilitat accesul la serviciile medicale (Malta).

Principalele observații de audit

85 În general, auditurile au concluzionat că serviciile medicale nu erau întotdeauna disponibile la momentul oportun și la locul potrivit sau la costuri accesibile.

86 Auditul din Lituania a identificat deficiențe legate de gestionarea și reducerea listelor de așteptare pentru prestarea serviciilor medicale, precum și de planificarea cererii pentru specialiști din domeniul asistenței medicale.

87 Acest lucru a fost constatat și de auditul efectuat de instituția supremă de audit din Portugalia, care a concluzionat că, în perioada de trei ani din 2014 până în 2016, s-au înregistrat de fapt creșteri ale perioadelor de așteptare pentru consultații de specialitate și ale numărului de pacienți aflați pe listele de așteptare pentru intervenții chirurgicale.

88 Instituția supremă de audit din România a concluzionat că investițiile în infrastructura din sectorul sănătății nu atinseseră decât parțial obiectivul de a crește accesul la serviciile medicale. Principalele deficiențe descrise în raport erau legate de stabilirea priorităților pentru alocarea fondurilor, de coordonare, de urmărirea subsecventă a investițiilor și de procedurile de achiziții.

89 Raportul de audit al instituției supreme de audit din Germania a constatat că beneficiile tratamentelor ortodontice nu erau dovedite științific și că, deseori, pacienții trebuiau să plătească ei înșiși pentru servicii și tratamente ortodontice suplimentare.

90 Raportul de audit din Malta a fost mai favorabil, apreciind că rolul medicului generalist funcționează în conformitate cu măsurile strategice definite în strategia sistemului național de sănătate. Raportul a remarcat, totuși, că extinderea suplimentară a rolului medicilor generaliști, în sensul unei concentrări mai puternice pe pacient, ar necesita o schimbare în distribuirea finanțării.

91 Curtea de Conturi Europeană a constatat, de asemenea, că Comisia sprijinise în mod adecvat statele membre în vederea îmbunătățirii informațiilor privind drepturile pacienților la asistența medicală transfrontalieră, deși existau în continuare unele lacune.

92 Instituția supremă de audit din Polonia a concluzionat că accesul la tratament de specialitate pentru diabet (de tip 2) nu era disponibil la momentul oportun și la locul potrivit.

Perioadele de așteptare pentru consultații de specialitate s-au prelungit și s-au identificat decalaje regionale mari în ceea ce privește accesul la servicii medicale.

Calitatea serviciilor de sănătate

Obiectivele auditurilor

93 Trei dintre auditurile incluse în prezentul compendiu – efectuate de instituțiile supreme de audit din Austria, Danemarca și Irlanda – se referă la calitatea serviciilor medicale.

94 Două dintre aceste audituri s-au concentrat pe aspecte de calitate specifice din cadrul spitalelor: instituția supremă de audit din Danemarca a evaluat calitatea asistenței medicale în spitalele din Danemarca și a analizat eventualele diferențe de calitate dintre spitale. Instituția supremă de audit din Irlanda a analizat modul în care era gestionată chirurgia elective ambulatorie. Aceasta a analizat motivele de la baza diferențelor dintre spitale, pentru a identifica posibilele modalități în care ratele de chirurgie ambulatorie ar putea crește, precum și diversele obstacole în acest sens. De asemenea, instituția supremă de audit a analizat schimbul de informații și măsura în care acesta facilitează promovarea de idei privind bunele practici.

95 Instituția supremă de audit din Austria a evaluat organizarea, transparența și anumite aspecte specifice privind asigurarea calității instituite de guvernul federal pentru medicii liber-profesioniști.

96 În auditul său privind prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale, instituția supremă de audit din Franța a analizat, în plus, amplexarea și costurile implicate de acest tip de infecții, precum și rolul jucat de regulile de igienă și de prescrierea corectă a antibioticelor.

Principalele observații de audit

97 Auditurile au concluzionat că serviciile medicale prezentau o calitate variabilă și că exista loc de îmbunătățiri sub anumite aspecte.

98 Raportul referitor la calitatea asistenței medicale în spitalele daneze a constatat deficiențe în tratarea pacienților și o lipsă de consecvență în calitatea asistenței medicale. Diferențele la nivel de îngrijire aveau un impact asupra riscului de reinternare și de deces la care pacientul era expus. Cu toate acestea, motivele din spatele multora dintre diferențe puteau fi puse pe seama unor factori aflați în afara controlului spitalelor.

99 Raportul irlandez privind chirurgia elective ambulatorie a ajuns la concluzii similare: în pofida efortului general de a crește rata de intervenții chirurgicale în ambulatoriu față de tratamentul în regim de internare, existau diferențe semnificative de la un spital la altul. Printre explicațiile posibile privind această situație se numărau absența protocoalelor și a listelor de verificare în scris pentru selectarea pacienților în vederea unei intervenții chirurgicale în ambulatoriu și lipsa monitorizării sau a supervizării din partea conducerii ierarhice superioare a numărului de pacienți pentru care chirurgia ambulatorie era adecvată.

100 Raportul austriac privind asigurarea calității în activitatea medicilor liber-profesioniști din domeniul sănătății a evidențiat deficiențe în ceea ce privește validitatea orientărilor referitoare la calitate, măsurarea calității rezultatelor, precum și în ceea ce privește documentația standard privind diagnosticul și performanța. În plus, raportul sugera evaluarea opțiunilor de creștere a numărului de verificări ale validității autoevaluărilor efectuate de medici, prin intermediul inspecțiilor în cabinetele acestora.

101 Instituția supremă de audit din Franța a constatat că incidența infecțiilor asociate spitalizării nu a mai scăzut din 2006. Respectarea strictă a regulilor de igienă și prescrierea corectă a antibioticelor sunt esențiale în această privință. Mai mult, gestionarea mai activă a riscului de infecții impune, de asemenea, să se țină seama mai bine de indicatorii de calitate în reglementarea prestării serviciilor medicale.

Noile tehnologii și e-sănătatea

Obiectivele auditurilor

102 Trei rapoarte din prezentul compendiu (Bulgaria, Estonia și Letonia) vizează e-sănătatea și utilizarea noilor tehnologii în domeniul sănătății. Cele trei rapoarte analizează dacă sunt îndeplinite condițiile prealabile pentru introducerea și dezvoltarea ulterioară a e-sănătății și dacă aceasta a fost pusă în aplicare în mod eficace. Instituția supremă de audit

din Letonia a evaluat în plus dacă e-sănătatea își atinsese obiectivul de a promova o asistență medicală mai eficientă.

Principalele observații de audit

103 Toate cele trei rapoarte au constatat că, deși e-sănătatea este considerată o prioritate națională în materie de sănătate, implementarea sa este sub așteptări, atingându-și doar parțial obiectivele.

104 Acest rezultat este consecința mai multor motive diferite. Raportul bulgar a menționat absența condițiilor prealabile necesare pentru implementarea eficace a e-sănătății, și anume existența unui cadru de reglementare, a unei definiții cuprinzătoare a responsabilităților și a unui sistem eficace de coordonare și de armonizare între diferiții actori. Prin urmare, implementarea e-sănătății în Bulgaria se confrunta cu întârzieri și acțiunile întreprinse erau doar parțial eficace.

105 Auditul instituției supreme de audit din Estonia a concluzionat de asemenea că e-sănătatea nu își atinsese obiectivele, prescripțiile electronice fiind singura soluție tehnică utilizată în mod activ la momentul auditului. Utilizarea dosarelor medicale electronice și a referințelor imagistice se situa la un nivel modest și înregistrarea pe cale digitală (cu ajutorul unui sistem de programare electronică) nu fusese implementată. S-au constatat deficiențe și la nivelul planificării și al gestionării strategice a e-sănătății și, pe lângă faptul că este afectată de întârzieri, implementarea s-a dovedit a fi considerabil mai costisitoare decât s-a estimat inițial.

106 Raportul instituției supreme de audit din Letonia a ajuns la o evaluare similară, întrucât acesta a constatat de asemenea deficiențe în implementarea e-sănătății, care vizau, în esență, lipsa implicării părților interesate principale, precum și probleme legate de gestionarea și supervizarea proiectelor. În consecință, auditul leton a dus și el la evaluarea că obiectivul e-sănătății nu fusese îndeplinit decât parțial.

Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare

Obiectivele auditurilor

107 Opt audituri din prezentul compendiu au analizat sustenabilitatea sau alte aspecte fiscal-bugetare ale sănătății publice. Patru dintre aceste audituri (Republica Cehă, Grecia, Ungaria și Slovacia) au analizat chestiuni legate de conformitate, în timp ce celelalte patru (Finlanda, Italia, Luxemburg și Spania) au abordat aspecte mai generale ale sustenabilității fiscale și ale gestiunii financiare.

108 Domeniile acoperite de aceste patru din urmă audituri au variat de la tendințele previzionate pentru cheltuielile de asigurări sociale (Finlanda) până la investițiile publice din sectorul sănătății (Italia și Luxemburg) și de la buna gestiune financiară a plăților până la produsele farmaceutice (Spania).

Principalele observații de audit

109 Cele mai frecvente probleme constatate în auditurile de conformitate au fost deficiențele de la nivelul procedurilor de achiziții, precum și cele de la nivelul controalelor interne, al gestiunii financiare și al gestionării datoriilor restante.

110 Auditul finlandez privind tendințele previzionate în materie de cheltuieli de asigurări sociale a identificat posibilități de dezvoltare a modelului utilizat și de îmbunătățire a documentației metodologice și a constatat că rezultatele previziunilor nu erau publicate în mod regulat.

111 Auditul instituției supreme de audit din Luxemburg a relevat deficiențe în ceea ce privește autorizarea, coordonarea, raportarea și urmărirea subsecventă a investițiilor mai importante.

112 Probleme similare au fost constatate de instituția supremă de audit din Italia, care a concluzionat că procedura de raportare existentă nu permitea o monitorizare adecvată a implementării proiectelor. În plus, instituția a evaluat că parteneriatul public-privat nu era utilizat în mod eficient.

113 Raportul spaniol a concluzionat că plățile prestațiilor farmaceutice către farmacii și spitale fuseseră efectuate doar parțial în conformitate cu reglementările relevante și cu principiile bunei gestiuni financiare.

Urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor formulate în urma auditurilor

114 Ca o chestiune de principiu și de bună practică, toate instituțiile supreme de audit urmăresc situația punerii în aplicare a recomandărilor pe care le-au formulat în cadrul auditurilor lor. Abordarea aleasă depinde de normele interne ale fiecărei instituții. Această activitate poate consta în a urmări punerea în aplicare a fiecărei recomandări în parte sau poate fi inclusă în cadrul unei alte sarcini de audit.

115 Acțiunile de urmărire subsecventă erau întreprinse, de regulă, la un interval cuprins între un an și trei ani de la expirarea termenului pentru punerea în aplicare a recomandărilor, în conformitate cu normele interne ale fiecărei instituții supreme de audit. Unele instituții supreme de audit urmăresc situația acțiunilor întreprinse în urma auditurilor lor fără să își impună un anumit calendar în acest sens.

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Prevenirea și protejarea



Belgia

Rekenhof – Cour des comptes – Rechnungshof

Politica preventivă în domeniul sănătății în Regiunea Flamandă
– evaluarea performanței politicii

Prezentare generală

116 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Belgia a evaluat performanța politicii preventive în domeniul sănătății din Regiunea Flamandă pentru perioada cuprinsă între 2014 și începutul anului 2015.

117 Utilizarea măsurilor de prevenire pentru a contribui la obținerea unor beneficii în materie de sănătate și la un grad mai mare de bunăstare în rândul populației este unul dintre obiectivele menționate în memorandumul politic al ministrului flamand pentru sănătate publică. Politica preventivă în domeniul sănătății a Regiunii Flamande a fost exprimată sub forma mai multor obiective de sănătate și pusă în aplicare de o serie de organizații subvenționate în cadrul său.

Modul în care s-a efectuat auditul

118 Evaluarea s-a bazat pe următoarele întrebări:

- Punerea în aplicare a politicii preventive în domeniul sănătății este bine concepută și organizată?
- Punerea în aplicare a politicii preventive preconizate este de înaltă calitate?
- Se acordă o atenție specială grupurilor de populație defavorizate în cadrul acestei puneri în aplicare?

119 Principalele entități auditate au fost Ministerul pentru Bunăstare, Sănătate Publică și Familie al Regiunii Flamande și Agenția flamandă pentru îngrijiri și sănătate. Evaluarea s-a bazat în principal pe analiza documentelor și pe interviuri.

Observațiile principale

120 În practică, s-a constatat că circumstanțele punerii în aplicare diferă considerabil de la un obiectiv de sănătate la altul și că organizarea activităților de teren mai poate fi îmbunătățită.

- Unele obiective de sănătate implicau un număr mare de organizații de punere în aplicare, însă delimitarea sarcinilor nu era întotdeauna clară, necesitând consultări ample și punerea de acord.
- În ceea ce privește alte obiective de sănătate, aproape nicio organizație nu era prezentă „pe teren”, deci sprijinul era inadecvat.
- Alocarea fondurilor între obiectivele de sănătate și organizațiile de punere în aplicare nu era justificată în mod suficient și se baza pe alocările din trecut.

121 Selecția organizațiilor de punere în aplicare printr-o cerere de propuneri a condus la lipsa schimbului de cunoștințe și a creat tensiuni între organizațiile implicate.

122 Organizațiile de punere în aplicare nu erau foarte axate pe rezultate în domeniul dezvoltării metodologiei. Rapoartele lor conțineau prea puține informații pentru a se putea evalua impactul activității lor.

123 În fine, nu s-a acordat o atenție suficientă grupurilor de populație defavorizate.

Recomandări

124 Circumstanțele punerii în aplicare

- Structura de punere în aplicare pentru prevenirea sinuciderilor ar trebui să fie simplificată; în ceea ce privește prevenirea consumului de tutun, de alcool și de droguri, atribuirea sarcinilor ar trebui să se bazeze pe acorduri clare, iar în ceea ce privește prevenirea diabetului ar trebui să se intensifice munca pe teren.

- Instrumentele menite să sporească gradul de sensibilizare în ceea ce privește programele de depistare a cancerului ar trebui să fie mai bine coordonate și direcționate către grupurile-țintă mai puțin informate.
- Prevenirea accidentelor ar trebui să se concentreze mai mult pe stimularea consultării multidisciplinare, prin stabilirea unei metode de lucru clare, prin repartizarea sarcinilor și prin acorduri de cooperare între diverșii actori.
- Ar trebui dezvoltată o viziune pe termen lung în ceea ce privește activitatea fizică. Ar trebui să se asigure faptul că punerea în aplicare a metodologiilor pentru obiectivul de sănătate referitor la nutriție și la exercițiu fizic este susținută pe teren.
- Distribuția fondurilor între diferitele obiective de sănătate sau teme de prevenție ar trebui să fie justificată în mod clar.

125 Punerea în aplicare a politicii preventive în domeniul sănătății

- Guvernul trebuie să evalueze în continuare avantajele și dezavantajele procedurii de cerere de propuneri.
- Realizările organizațiilor partenere în ceea ce privește dezvoltarea metodologiei ar trebui să facă obiectul unei mai bune planificări și monitorizări și ar trebui să fie corelate cu un buget.
- Ministerul flamand pentru sănătate publică ar trebui să insiste asupra unei implicări mai mari în activitatea de prevenire la nivel local și de provincie.
- Încheierea acordurilor de gestionare ar trebui să fie aliniată în cea mai mare măsură posibilă cu planurile de acțiune pentru obiectivele de sănătate.
- Agenția flamandă pentru îngrijiri și sănătate ar trebui să se asigure de faptul că punerea în aplicare efectivă poate fi reconciliată cu inițiativele propuse în planul anual.
- Rolul centrelor de orientare pentru elevi în realizarea obiectivelor de sănătate din Regiunea Flamandă ar trebui să fie mai bine dezvoltat.

126 Logos (rețelele de sănătate locale)

- o Relația dintre Agenția flamandă pentru îngrijiri și sănătate, Institutul flamand pentru promovarea sănătății și prevenirea bolilor și Logos ar trebui să fie clarificată și optimizată.
- o Rolul Logos în dezvoltarea metodologiei ar trebui să fie revizuit și îmbunătățit.
- o Ar trebui îmbunătățite coerența și calitatea informațiilor din sistemul de înregistrare.

127 Proiecte

- o Guvernul flamand ar trebui să demonstreze valoarea adăugată a subvențiilor acordate unei organizații (partenere) pentru proiecte de prevenire.
- o Proiectele care se desfășoară deja de câțiva ani ar trebui evaluate în vederea integrării lor în funcționarea regulată a organizației de punere în aplicare.

128 Grupurile dezavantajate

- o Guvernul flamand ar trebui să investească mai mult în dezvoltarea de metode și de materiale care să motiveze în mod eficient persoanele care se confruntă cu sărăcia să mențină un comportament sănătos, inclusiv prin consolidarea cunoștințelor deținute de organizațiile de punere în aplicare referitor la acest subiect.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

129 Raportul a fost publicat în format electronic pe site-ul Curții de Conturi a Belgiei la 23 februarie 2016 și a fost prezentat Comisiei pentru bunăstare, sănătate publică și familie a parlamentului flamand la 8 martie 2016. Urmărirea punerii în aplicare a fiecărei recomandări este stabilită în general în scrisorile anuale de politică ale ministrului.

Impactul preconizat

130 În cursul desfășurării auditului, legislația în vigoare a fost modificată și au fost introduse o serie de inițiative care au remediat unele dintre blocaje (de exemplu, o orientare pentru dezvoltarea și evaluarea metodelor de prevenire).

Un nou obiectiv general de sănătate în ceea ce privește alimentația sănătoasă, comportamentul sedentar, activitatea fizică, consumul de tutun, de alcool și de droguri a fost adoptat în septembrie 2017.



Franța
Cour des comptes

Prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale:
pașii următori

Prezentare generală

131 Auditul efectuat de instituția supremă de audit din Franța a evaluat prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale în perioada 2010-2018.

132 Se consideră că o infecție este asociată asistenței medicale dacă apare în timpul tratării unui pacient de către un cadru medical, în cadrul îngrijirii în ambulatoriu, într-o instituție medicală socială sau într-o instituție sanitară (în ultimul caz, infecția este denumită nosocomială). Nu este obligatoriu ca infecția să fie concomitentă cu tratamentul în sine: ea poate apărea într-o perioadă cuprinsă între 48 de ore și un an mai târziu.

133 În ultimii 30 de ani, Franța a pus în aplicare o politică publică structurată pentru prevenirea infecțiilor asociate asistenței medicale, în special în spitale, și pentru acordarea de compensații pacienților. Asociațiile de pacienți au jucat un rol decisiv în dezvoltarea acestei politici, în urma mediatizării unor grupuri de cazuri de infecții din unele instituții sanitare.

134 Acțiunile puse în aplicare au redus și apoi au stabilizat incidența pacienților infectați în spitale la aproximativ 5 % din totalul pacienților (adică aproximativ 470 000 de pacienți infectați pe an). Infecțiile asociate asistenței medicale duc cel mai adesea la un disconfort tranzitoriu, însă acestea pot avea uneori consecințe mult mai grave. Cu toate acestea, incidența pacienților infectați în cadrul îngrijirilor în ambulatoriu nu este cunoscută, iar măsurarea incidenței în sectorul asistenței medicale sociale se află încă într-un stadiu incipient.

Modul în care s-a efectuat auditul

135 Evaluarea s-a bazat pe următoarele întrebări:

- Întrebarea principală a auditului: Care sunt mizele politicii de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale?
- Cu următoarele întrebări secundare:
 - Care sunt amploarea și costul bolilor asociate asistenței medicale?
 - Ce rezultate au obținut politicile puse în aplicare de Ministerul Solidarității și Sănătății și de diversele sale organisme?
 - Cum putem ține seama de problemele legate de itinerariul pacientului în afara spitalelor și de rezistența la antibiotice?
 - La ce niveluri de gestionare a riscurilor ar trebui gestionată restructurarea acțiunii publice?
 - Cum pot fi trași la răspundere diverșii actori?

136 Principalele entități auditate implicate au fost Ministerul Solidarității și Sănătății din Franța, diferitele organisme care pun în aplicare politicile ministerului, atât la nivel național, cât și la nivel regional, și spitale publice.

137 Evaluarea s-a bazat pe interviuri și pe chestionare transmise tuturor autorităților relevante.

Observațiile principale

138 Curtea de Conturi a Franței (*Cour des comptes*) a formulat următoarele observații:

- În ultimii treizeci de ani, autoritățile publice, instituțiile medicale și profesioniștii din domeniul sănătății au pus în aplicare o politică publică de prevenire a infecțiilor nosocomiale. Rezultatele acestei politici sunt încă insuficiente. Incidența infecțiilor asociate serviciilor spitalicești nu a mai scăzut din 2006 și raportarea externă a infecțiilor nosocomiale nu este exhaustivă. În prezent, trebuie făcut un pas nou pentru a extinde această politică la toate segmentele activităților de asistență medicală și pentru a lua în considerare pe deplin amenințarea reprezentată de rezistența la antibiotice.
- Înființarea recentă a centrelor de control al infecțiilor asociate asistenței medicale în toate regiunile ar trebui să permită dezvoltarea de acțiuni împreună cu cadrele medicale din instituțiile de asistență medicală în ambulatoriu și sociale, precum și o mai bună coordonare cu agențiile regionale de sănătate. În cadrul acestei noi structuri, Ministerul Solidarității și Sănătății, prin intermediul agenției de sănătate publică, trebuie să își asume rolul cuvenit în orientarea și coordonarea acțiunii publice.
- Pentru a face față acestor noi provocări, este esențială, de asemenea, o mai bună autonomizare a tuturor părților interesate în ceea ce privește aplicarea corectă a normelor de igienă și prescrierea corectă a medicamentelor care conțin antibiotice. Gestionarea mai activă a riscului de infecții impune, de asemenea, să se țină seama mai bine de indicatorii de calitate atunci când se reglementează prestarea serviciilor medicale și să se revizuiască schemele de compensare pentru a cultiva responsabilitatea.

Recomandări

139 *Cour des comptes* a emis următoarele recomandări:

- realizarea unei anchete la nivel național privind incidența infecțiilor asociate asistenței medicale în cadrul îngrijirilor în ambulatoriu, cu o metodologie adaptată, dacă este necesar, pentru a viza sectoarele cu risc și acțiunile care urmează să fie dezvoltate;

- o încredințarea în mod explicit agenției de sănătate publică (*Santé Publique France*), o instituție publică din subordinea Ministerului Solidarității și Sănătății, a coordonării misiunilor și a mijloacelor de acțiune ale centrelor de control al infecțiilor asociate asistenței medicale;
- o punerea în aplicare a unei serii de măsuri menite să reducă consumul de antibiotice și ajustarea pe baza obiectivelor de sănătate publică a remunerației medicilor care lucrează în cabinete medicale private, pentru a se asigura eficacitatea acestor măsuri;
- o agențiile de sănătate regionale ar trebui să acorde prioritate inspecției și controlului instituțiilor medicale și să aplice măsurile operaționale necesare, inclusiv suspendarea activității;
- o revizuirea criteriilor pentru determinarea dimensiunii și a componenței echipelor de igienă operațională din instituțiile medicale, în conformitate cu activitatea acestor instituții și cu recomandările internaționale. În spitalele publice, aceste echipe ar trebui reunite în cadrul grupurilor teritoriale de spitale (*groupements hospitaliers de territoire*);
- o anularea suspendării obligației cadrelor medicale de a se vaccina împotriva gripei (recomandare repetată).

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

140 Primul președinte al *Cour des comptes* a transmis raportul public anual pe 2019 președintelui Republicii Franceze la 4 februarie 2019. Ulterior, acesta a fost prezentat mass-mediei și publicat în format electronic pe site-ul *Cour des comptes* la 6 februarie 2019. De asemenea, a fost prezentat Adunării Naționale la 6 aprilie 2019 și apoi Senatului la 7 aprilie 2019.

141 *Cour des comptes* acordă o atenție deosebită urmăririi punerii în aplicare a recomandărilor sale. La trei ani de la publicarea rapoartelor sale, aceasta examinează măsura în care recomandările sale au fost puse în aplicare și efectele reale ale recomandărilor implementate. În raportul public anual poate fi inclus un raport de monitorizare.

Impactul preconizat

142 Politicile de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale sunt o necesitate. Având în vedere numărul de pacienți afectați, trebuie luate măsuri eficiente pentru a se asigura faptul că tratamentul medical are loc în cel mai sigur mediu posibil.



Polonia
Najwyższa Izba Kontroli (NIK)

Prevenirea și tratarea diabetului de tip 2

Prezentare generală

143 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Polonia a evaluat prevenirea și tratarea diabetului de tip 2 în regim ambulatoriu în perioada 2013-2017 și în regim spitalicesc în perioada 2015-2017.

144 Estimările arată că una din 11 persoane din Polonia poate suferi de diabet (de tip 1 și 2), iar numărul pacienților care suferă de această boală crește cu 2,5 % în fiecare an. Lăsat netratat, diabetul duce la o serie de consecințe negative, cum ar fi accidente vasculare cerebrale, hipertensiune arterială și amputarea membrelor (ca o complicație a așa-numitului sindrom al piciorului diabetic) și, prin urmare, la o creștere a numărului de persoane inapte de muncă, pentru care trebuie prevăzute prestații sociale.

Modul în care s-a efectuat auditul

145 Evaluarea s-a bazat pe următoarea întrebare principală de audit:

- Sistemul de sănătate asigură depistarea timpurie a persoanelor care suferă de diabet de tip 2 sau care prezintă riscul de a dezvolta această afecțiune și asigură acest sistem aplicarea unor metode eficiente de tratament al acestei boli?

146 Întrebări specifice:

- Ministerul Sănătății a elaborat o politică națională de sănătate pentru prevenirea diabetului și pentru îmbunătățirea sănătății persoanelor care suferă de această boală?
- Fondul național pentru sănătate a asigurat disponibilitatea serviciilor și a resurselor pentru tratamentul diabetului și al complicațiilor acestuia?

- Furnizorii de servicii medicale au luat măsuri în domeniul prevenirii, depistării timpurii și tratării diabetului de tip 2?
- Furnizorii de servicii medicale au oferit pacienților cu diabet de tip 2 acces la servicii de specialitate?
- Furnizorii de servicii medicale au aplicat metode de tratament pentru diabetul de tip 2 în care se utilizează medicamente de ultimă generație?

147 Principalele entități auditate au fost Ministerul Sănătății, sediul central al Fondului național de sănătate, precum și furnizori de servicii medicale. Metodologia utilizată a inclus analiză documentară, realizarea unor sondaje, precum și solicitarea de clarificări din partea angajaților entităților auditate și ai altor organizații.

Observațiile principale

148 Diabetul este recunoscut ca o „boală a civilizației”, iar combaterea sa este una dintre prioritățile Ministerului Sănătății, a cărei responsabilitate este de a elabora politica națională în sectorul sănătății. Cu toate acestea, nu a fost formulată nicio strategie națională pentru prevenirea diabetului sau pentru tratarea și îngrijirea persoanelor care suferă de această boală.

149 Ministerul sănătății nu a identificat în mod adecvat nevoile în materie de sănătate și nici nu a determinat numărul de specialiști în diabet necesari pentru îngrijirea pacienților care suferă de această boală. De asemenea, ministerul nu a reușit să sensibilizeze în mod suficient opinia publică în legătură cu diabetul.

150 În general, pacienții din Polonia nu au acces la tratamente inovatoare pentru diabetul de tip 2, deoarece niciunul dintre medicamentele cu recomandări pozitive de la Agenția pentru evaluarea tehnologiilor medicale și tarife, și anume incretinele și gliflozinele, nu a fost inclus în lista medicamentelor compensate.

151 Deși Fondul național pentru sănătate a luat măsuri pentru îmbunătățirea tratamentului administrat pacienților cu diabet de tip 2, numărul pacienților aflați pe listele de așteptare pentru clinici specializate în diabet și pentru spitalizare, precum și timpii de așteptare pentru furnizarea serviciilor sunt în creștere. În același timp, numărul furnizorilor de servicii contractați de Fondul național de sănătate este în scădere.

152 Lipsa înregistrărilor corespunzătoare în dosarele medicale sugerează, de asemenea, că, în multe cazuri, medicii nu au respectat principiile stabilite în recomandările Asociației pentru diabet din Polonia (PTD) pentru tratarea persoanelor cu risc de diabet și a pacienților cu diabet de tip 2 sau că păstrarea evidențelor de către aceștia nu era fiabilă. În unele cazuri, pacienții nu au respectat recomandările medicilor. În consecință, rezultatele tratamentului nu au fost suficient de bune, iar costul tratării complicațiilor diabetului de tip 2 a fost ridicat.

Recomandări

153 NIK a formulat următoarele recomandări.

- o Ministerul sănătății ar trebui să pregătească un program cuprinzător de activități la nivel național care să vizeze prevenirea, diagnosticul precoce și tratamentul diabetului.
- o Ministerul Sănătății ar trebui să ia măsuri pentru a estima numărul de persoane care rămân nediagnosticate și, prin urmare, care nu sunt conștiente că suferă de diabet și pentru a dezvolta metode prin care să ajungă la aceste persoane cu informații adecvate despre simptomele și efectele bolii, precum și să le încurajeze să accepte diagnosticarea și tratamentul adecvat.
- o Ministerul sănătății ar trebui să intensifice eforturile pentru a dezvolta un model de planificare a personalului medical.
- o Președintele Fondului național pentru sănătate ar trebui să ia măsuri pentru a asigura, la nivel național, accesul la serviciile furnizate în cadrul îngrijirilor complete de specialitate în ambulatoriu pentru pacienții diabetici și accesul la tratamentul cuprinzător al plăgilor cronice.

- Furnizorii de servicii medicale ar trebui:
 - să trimită pacienții cu diabet la teste de diagnosticare și la consultații de specialitate, cu frecvența recomandată de Asociația pentru diabet din Polonia;
 - să trimită pacienții la teste de depistare a diabetului, în conformitate cu recomandările Asociației pentru diabet din Polonia;
 - să respecte recomandările Asociației pentru diabet din Polonia referitoare la prevenirea diabetului de tip 2;
 - să păstreze dosare medicale individuale într-un mod care să asigure informații complete și fiabile despre diagnosticul și protocolul de tratament al pacientului.

154 Autoritățile publice ar trebui, de asemenea, să întreprindă acțiuni comune și coordonate împreună cu organizații din domeniul asistenței medicale și cu asociații ale pacienților, pentru a promova stiluri de viață sănătoase, inclusiv exercițiu fizic și dietă, astfel încât să contribuie la reducerea incidenței diabetului de tip 2 în Polonia.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

155 Raportul a fost publicat pe site-ul instituției supreme de audit din Polonia la 26 martie 2018 și a fost transmis autorităților naționale supreme și centrale. Acesta a suscitat un interes mediatic deosebit și a fost comentat pe larg de specialiști din domeniul sănătății.

156 Ca răspuns la acest raport, ministrul sănătății din această țară a informat instituția supremă de audit cu privire la acțiunile întreprinse pentru a pune în aplicare recomandările de audit, inclusiv analiza nevoilor și elaborarea unui plan pentru un nou program de sănătate, precum și acțiunile menite să îmbunătățească eficacitatea educației în materie de sănătate și a prevenirii bolilor.

Impactul preconizat

157 Consolidarea sistemului de asistență medicală prin asigurarea unei monitorizări mai eficace a prevenirii și îngrijirii persoanelor cu diabet, creșterea eficacității educației în materie de diabet și coordonarea acțiunilor vizând reducerea apariției de noi cazuri de diabet.



Slovenia

Računsko sodišče Republike Slovenije

Combaterea obezității infantile

Prezentare generală

158 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Slovenia a evaluat dacă mecanismele de combatere a obezității la copii au fost eficace și eficiente. Auditul a acoperit perioada 2015-2016.

159 Curtea de Conturi a Republicii Slovenia a decis să desfășoare un audit privind combaterea obezității infantile ca urmare a statisticilor alarmante privind copiii supraponderali și obezi.

160 În 1989, 12,5 % dintre copiii din școlile primare din Republica Slovenia erau supraponderali, iar 2,35 % erau obezi. Deși procentul de copii supraponderali și obezi din școlile primare a scăzut începând cu 2010, cifrele au continuat să fie totuși cu 43,2 %, respectiv, cu 193,6 % mai mari în 2016 decât în 1989.

161 Problemele cu excesul de greutate și cu obezitatea depind, în mare măsură, de statutul socioeconomic al familiei și de angajamentul fiecărei persoane. Tot ce poate face statul este să pună în aplicare politici pentru promovarea unor stiluri de viață sănătoase.

Modul în care s-a efectuat auditul

162 Evaluarea s-a bazat pe următoarea întrebare principală de audit: „Republica Slovenia abordează în mod adecvat problema privind obezitatea infantilă?”; precum și pe următoarele întrebări secundare:

- Sunt planificate în mod corespunzător obiectivele și măsurile de combatere a obezității infantile?

- Sunt eficiente operațiunile Ministerului Sănătății, ale Ministerului Educației, Științei și Sportului și ale Institutului național de sănătate publică legate de punerea în aplicare a activităților de combatere a obezității infantile?
- Au fost atinse obiectivele de combatere a obezității infantile și scade procentul de copii cu aport nutrițional excesiv și obezi?

163 Principalele entități auditate au fost Ministerul Sănătății, Ministerul Educației, Științei și Sportului și Institutul național de sănătate publică. Metodologia de audit a inclus analiza documentelor, a site-urilor web, a unor relatări din mass-media și a altor surse publice de informații, interviuri cu reprezentanți ai entităților auditate și ai altor părți interesate, precum și analiză a datelor.

Observațiile principale

164 Instituția supremă de audit a concluzionat că statul (Ministerul Sănătății, Ministerul Educației, Științei și Sportului și Institutul național de sănătate publică) a promovat un stil de viață sănătos în rândul copiilor la nivel sistemic (prin reglementarea dietelor sănătoase și a activităților fizice) și, în plus, prin anumite proiecte.

165 Deși efectele activităților desfășurate de stat în vederea combaterii obezității infantile sunt vizibile doar în timp și nu pot fi măsurate în mod direct, Curtea de Conturi a Republicii Slovenia apreciat că statul a contribuit într-o oarecare măsură la combaterea obezității infantile, după cum se poate observa, în mod indirect, din schimbarea evoluției procentului de copii cu aport nutrițional excesiv și obezi. Cu toate acestea, statul și-ar putea îmbunătăți acțiunile de combatere a obezității infantile prin măsuri și activități de care să beneficieze toți copiii, ceea ce ar spori eficiența punerii lor în aplicare.

166 Instituția supremă de audit a remarcat în mod special că:

- școlile participă la mai multe proiecte și programe suplimentare pentru promovarea unui stil de viață sănătos. Cu toate acestea, implementarea proiectelor este mai puțin eficientă decât abordarea sistemică. Proiectele au o durată limitată, nu asigură întotdeauna tratamentul egal al copiilor și antrenează o sarcină administrativă și costuri suplimentare;

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Prevenirea și protejarea

67

- o sistemul de organizare a unor mese sănătoase în școli a fost stabilit în mod corespunzător și asigură un tratament egal pentru toți copiii;
- o orele de educație fizică în școlile primare nu ating cele 180 de minute pe săptămână recomandate de Organizația Mondială a Sănătății.

Recomandări

167 Ministerului Sănătății i s-a recomandat:

- o să analizeze cum ar putea îmbunătăți gradul de respectare a orientărilor nutriționale în organizarea meselor în școli;
- o să modifice reglementările privind eliberarea certificatelor medicale care motivează absențele de la orele de sport sau o dietă specială;
- o să analizeze nevoile și să definească proceduri pentru acțiuni timpurii de combatere a obezității la copii, precum și pentru posibilul tratament al bolilor asociate.

168 Ministerului Educației, Științei și Sportului i s-a recomandat:

- o să revizuiască cerințele aplicabile entităților care organizează mesele în școli, inclusiv să identifice modalități de simplificare și de armonizare a procedurilor de achiziții publice pentru achiziționarea de alimente pentru mesele din școli; să analizeze dacă ar trebui organizate – și de către cine – cursuri de formare periodică pe această temă;
- o să procedeze la analize privind eficiența și eficacitatea programelor sportive individuale;
- o să efectueze analize cost-beneficiu pentru proiectele legate de sensibilizare și de alimentația sănătoasă și să examineze opțiunile de integrare a conținutului proiectelor și programelor în programele obișnuite de educație și de formare profesională;
- o să aibă în vedere organizarea unor cursuri de formare cu privire la importanța unui stil de viață sănătos pentru cadrele didactice, copii și părinți;
- o să analizeze posibilitatea instruirii profesorilor în domeniul promovării sănătății;

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Prevenirea și protejarea

68

- o să efectueze o analiză detaliată a personalului și a resurselor necesare pentru a introduce cinci ore de educație fizică pe săptămână pentru toți copiii.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

169 Raportul a fost prezentat entităților auditate și publicat pe site-ul web al Curții de Conturi a Republicii Slovenia la 11 septembrie 2018.

Impactul preconizat

170 Rezultatul principal al auditului desfășurat a fost acela că a informat publicul cu privire la situația actuală și la problemele legate de excesul de greutate și de obezitatea infantilă.

171 Auditul ar putea avea ca efect, printre altele, modificări și amendamente la nivelul reglementărilor, în special în ceea ce privește sfera de cuprindere recomandată a orelor de educație fizică în școli.

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

69

Accesul la servicii medicale



Germania
Bundesrechnungshof

Cercetarea medicală necesară pentru studierea
valorii
tratamentului ortodontic

Prezentare generală

172 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Germania a evaluat valoarea tratamentului ortodontic. Auditul a acoperit perioada 2014-2016.

173 Casele de asigurări obligatorii de sănătate rambursează tratamentul ortodontic (de exemplu, aparat dentar) doar dacă dinții sau maxilarul poziționate incorect afectează sau riscă să afecteze semnificativ masticția, mușcătura, vorbirea sau respirația. Costul per caz patologic tratat s-a dublat (aproximativ) în ultimii ani. Potrivit estimărilor, mai mult de jumătate din copiii și adolescenții din Germania primesc tratament ortodontic. În acest context, Bundesrechnungshof, care are mandatată să auditeze sistemul de asigurări obligatorii de sănătate din Germania, a analizat modul în care casele de asigurări de sănătate tratau serviciile ortodontice primite de beneficiarii lor.

Modul în care s-a efectuat auditul

174 Obiectivul auditului a fost de a obține informații cu privire la costurile și procedurile implicate în aprobarea, administrarea și facturarea tratamentului ortodontic de către casele de asigurări obligatorii de sănătate.

175 În plus, *Bundesrechnungshof* a investigat dacă și în ce măsură Ministerul Federal al Sănătății a asigurat eficiența acestor servicii.

176 Principalele entități auditate au fost Ministerul Federal al Sănătății, unele case de asigurări de sănătate selectate și organizația-umbrelă a caselor de asigurări obligatorii de sănătate.

177 Auditul s-a bazat în principal pe analiza documentelor furnizate de Ministerul Federal al Sănătății și de casele de asigurări de sănătate, de organismele consultative ale pacienților și de organismele de autoguvernare ale medicilor stomatologi contractanți (proceduri ortodontice, contracte, studii de ortodonție etc.), precum și pe interviuri cu reprezentanți ai acestor organisme.

Observațiile principale

Valoarea tratamentului ortodontic nu este susținută de cercetări științifice

178 *Bundesrechnungshof* a concluzionat că Ministerul Federal al Sănătății și casele de asigurări de sănătate nu aveau o imagine cuprinzătoare asupra serviciilor ortodontice specifice furnizate pacienților. Nu existau date la nivel național, de exemplu date privind tipul, durata și succesul tratamentului, grupele de vârstă tratate, diagnosticul subiacent, numărul de cazuri finalizate și de tratamente întrerupte. Mai mult, nu fusese instituită nicio evaluare, pe baza acestor date, a valorii adăugate a tratamentului ortodontic. Prin urmare, nu există informații disponibile despre obiectivele urmărite de casele de asigurări de sănătate atunci când cheltuie peste 1 miliard de euro pe an pentru tratamente ortodontice sau despre succesul unui astfel de tratament, dacă este cazul.

De multe ori, beneficiarii plătesc sume suplimentare pentru tratamentul ortodontic

179 În plus, *Bundesrechnungshof* a constatat că medicii stomatologi ofereau adesea servicii suplimentare, pe care beneficiarii trebuiau să le plătească din resurse proprii. Aceste servicii plătite din resurse proprii implicau în principal alte metode de tratament, diagnosticare și aparate ortodontice (de exemplu, aparat dentar).

180 Potrivit unui studiu realizat de una dintre casele de asigurări de sănătate, trei sferturi dintre persoanele intervievate conveniseră asupra unor servicii private cu plată din resurse proprii cu stomatologii specialiști în ortodonție care le tratau. Aproape jumătate dintre persoanele intervievate plătiseră peste 1 000 de euro. În cea mai mare parte, casele de asigurări de sănătate nu aveau cunoștință de tratamentul ortodontic și de serviciile plătite în mod direct pe care le primeau beneficiarii lor. Casele de asigurări de sănătate aflau despre tratamentele și serviciile primite doar în cazuri excepționale, de exemplu atunci când

beneficiarii făceau plângeri împotriva unor medici stomatologi. De asemenea, nici în acest caz nu era clar în ce măsură tratamentul avusese succes.

Recomandări

181 *Bundesrechnungshof* a recomandat efectuarea de anchete și colectarea de date referitoare la situația îngrijirii ortodontice, la nevoile și obiectivele tratamentului, la indicatorii și controalele de calitate și inclusiv la serviciile cu plată directă. Ministerul Federal al Sănătății ar trebui să inițieze evaluări și, dacă este necesar, să ia măsuri pentru crearea condițiilor legale necesare. Tipul serviciilor de ortodonție furnizate în cadrul asigurărilor obligatorii de sănătate trebuie să fie stabilit astfel încât să reflecte rezultatele unei astfel de cercetări medicale. Dacă serviciile cu plată directă sunt preferabile serviciilor furnizate în prezent de casele de asigurări de sănătate, organismele relevante ar trebui să analizeze dacă ar fi oportun să includă aceste servicii în sfera îngrijirilor acoperite de casele de asigurări de sănătate.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

182 *Bundesrechnungshof* a prezentat raportul său Comitetului pentru finanțe publice al Comisiei bugetare a *Bundestagului*, ca parte a raportului său anual privind gestiunea financiară federală a guvernului federal.

183 Raportul de audit a fost publicat pe site-ul *Bundesrechnungshof* în aprilie 2018. Publicarea raportului a fost însoțită de un comunicat de presă (a se vedea www.bundesrechnungshof.de/en/themen/health-health-insurers/health-health-insurers, al treilea subiect din listă).

184 *Bundesrechnungshof* intenționează să urmărească dacă Ministerul Federal al Sănătății ia măsuri eficace pentru a contribui la asigurarea rentabilității prestațiilor de asigurări de sănătate destinate tratamentului ortodontic.

Impactul preconizat

185 Ca răspuns la recomandarea *Bundesrechnungshof*, Ministerul Federal al Sănătății a comandat un raport științific pentru cercetarea, prezentarea și evaluarea situației actuale a cunoștințelor medicale privind efectele pe termen lung ale tratamentului ortodontic pentru sănătatea buco-dentară.

186 Împreună cu asociațiile centrale ale caselor de asigurări de sănătate și ale medicilor stomatologi contractanți, ministerul intenționează să evalueze recomandările de acțiune formulate de experți și să discute următorii pași care trebuie întreprinși pentru a îmbunătăți cercetarea medicală în materie și pentru a evalua valoarea ortodonției.



Lituania
Valstybės Kontrolė

**Accesibilitatea serviciilor de asistență medicală și
orientarea către pacient**

Prezentare generală

187 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Lituania a evaluat accesibilitatea serviciilor de asistență medicală și orientarea acestora către pacient. Auditul a acoperit perioada 2014-2016. Au fost examinate, de asemenea, datele din 2017 și 2018, în funcție de relevanța lor pentru modificările care au avut loc.

Modul în care s-a efectuat auditul

188 Evaluarea s-a axat pe următoarele aspecte:

- o gestionarea timpilor de așteptare pentru servicii medicale;
- o caracterul adecvat al planificării în ceea ce privește numărul necesar de cadre medicale specializate;
- o eficacitatea utilizării echipamentelor costisitoare deținute de unitățile medicale;
- o dezvoltarea condițiilor necesare pentru a asigura accesibilitatea celor mai noi tehnologii medicale și revizuirea tehnologiilor în uz;
- o identificarea, evaluarea și gestionarea așteptărilor pacientului.

189 Principalele entități auditate au fost Ministerul Sănătății, Agenția națională de acreditare în domeniul sănătății și Fondul național de asigurări de sănătate.

190 În plus, s-au colectat date și informații de la unități medicale publice și private, municipalități, organizații profesionale ale specialiștilor din domeniul sănătății, organizații ale pacienților și institute științifice.

191 Metodologia de audit a inclus analiză documentară, evaluare comparativă, sondaje în rândul unităților medicale și a municipalităților, anchete în rândul populației, interviuri, analiză de date și teste.

Observațiile principale

Ineficacitatea măsurilor destinate să reducă timpii de așteptare pentru servicii

192 Ministerul Sănătății nu dispunea de informații obiective privind timpii de așteptare sau tendințele și factorii care subminau planificarea unor măsuri eficace de reducere a acestor timpi. De asemenea, ministerul nu a reușit să analizeze impactul măsurilor puse în aplicare asupra fluctuațiilor timpilor de așteptare. Măsurile de reducere a timpilor de așteptare nu au reușit să ducă la rezultatele dorite, din cauza faptului că nu au fost abordate probleme esențiale legate de fluxurile de pacienți, de funcționarea sistemului de e-sănătate, de dezechilibrul structurii privind specialiștii în domeniul sănătății etc. Confrunțați cu problema privind accesibilitatea serviciilor, 17 % dintre pacienți foloseau servicii plătite din resurse proprii (jumătate dintre ei au procedat astfel din cauza cozilor excesive), iar 19 % recurgeau la automedicație.

Necesitatea de a îmbunătăți planificarea pentru cererea de specialiști în domeniul sănătății

193 Atunci când a analizat cererea de specialiști în domeniul sănătății pentru formare în cadrul institutelor științifice și de învățământ, ministerul nu a evaluat modificările care avuseseră loc în structura serviciilor, cererea pentru aceste servicii la nivel de regiuni, volumul de muncă al specialiștilor, demisiile din profesia de medici și prognozele în materie de emigrare. Ministerul a încercat doar să înlocuiască medicii care ieșeau la pensie, neluând însă în considerare cererea de asistenți medicali. Deși numărul medicilor depășea media UE, s-a constatat un deficit de experți în domenii specifice, precum cardiologia, oftalmologia și neurologia, precum și un deficit de asistenți medicali, ceea ce a afectat accesibilitatea serviciilor.

Utilizarea ineficace a dispozitivelor costisitoare în unitățile medicale și lipsa stimulentei pentru evaluarea noilor tehnologii

194 Frecvența utilizării a mai mult de jumătate (59 %) dintre dispozitivele medicale costisitoare (în valoare de peste 29 000 de euro) era scăzută, iar 7 % dintre aceste aparate nu erau deloc utilizate. În perioada auditată, ministerul a demarat proceduri de achiziționare a unor dispozitive noi, însă nu a inițiat redistribuirea dispozitivelor costisitoare, lăsând astfel nesoluționată problema folosirii ineficace a dispozitivelor disponibile.

195 Inițierea evaluării noilor tehnologii era lentă (în perioada de patru ani, unitățile medicale și furnizorii privați au supus evaluării doar 11 tehnologii), din cauza lipsei de finanțare pentru utilizarea tehnologiilor de asistență medicală noi și acreditate. La momentul apariției unor noi tehnologii, cele disponibile erau adesea neevaluate. Din această cauză, nu se putea asigura că toți pacienții beneficiau de tratamente care utilizau cele mai noi tehnologii.

Pacienții nu au fost implicați în dezvoltarea asistenței medicale pentru a răspunde așteptărilor lor

196 Nici ministerul, nici unitățile medicale nu au efectuat sondaje în rândul pacienților pentru a identifica așteptările acestora. Deși jumătate dintre municipalitățile auditate au colectat date referitoare la unitățile medicale, ele nu au utilizat aceste date în luarea deciziilor cu privire la organizarea serviciilor. Reprezentarea pacienților era fragmentară – reprezentanții pacienților au fost implicați în doar 40 % din grupurile de lucru pe care le-au considerat importante. Informarea pacienților cu privire la drepturile și obligațiile lor era incompletă, ceea ce a contribuit la neprezentarea a aproximativ 20 % dintre pacienți la programare, prelungind și mai mult timpii de așteptare.

Recomandări

197 Pentru a crește accesibilitatea serviciilor de asistență medicală, pentru a reduce timpii de așteptare și pentru a utiliza într-o manieră mai eficace resursele disponibile, instituția supremă de audit a recomandat următoarele:

- să se monitorizeze și să se analizeze în mod regulat utilizarea și accesibilitatea serviciilor și fluxurile de pacienți, precum și impactul măsurilor de reducere a timpilor de

așteptare, iar punerea în aplicare a măsurilor să se bazeze pe rezultatele acestei monitorizări și analize;

- o să se dezvolte un sistem de planificare a cererii pentru toți specialiștii din domeniul sănătății, bazat pe analiza datelor;
- o să se extindă evaluarea anuală a unităților medicale prin includerea indicatorilor de utilizare a dispozitivelor medicale costisitoare;
- o să se specifice procedura de finanțare a noilor tehnologii evaluate și să se revizuiască și să se reevalueze tehnologiile medicale deja în uz.

198 Pentru a îmbunătăți orientarea către pacient a sistemului de asistență medicală, instituția supremă de audit a recomandat următoarele:

- o extinderea și/sau revizuirea conținutului studiilor și al sondajelor de opinie efectuate de minister și de unitățile medicale în rândul pacienților pentru a identifica așteptările acestora și utilizarea ulterioară a acestora pentru a îmbunătăți organizarea asistenței medicale;
- o extinderea conținutului informațiilor menite să încurajeze pacienții să își îndeplinească obligațiile și să își exercite drepturile și dezvoltarea mijloacelor de furnizare a acestor informații;
- o stabilirea de criterii pentru includerea organizațiilor de pacienți în luarea deciziilor de către comisiile și grupurile de lucru în ceea ce privește îmbunătățirea asistenței medicale.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

199 Raportul de audit a fost prezentat entităților auditate, comisiei parlamentare de audit, instituțiilor medicale și publicului larg (în cadrul Signals 2018, o conferință internațională organizată de instituția supremă de audit în 2018).

200 În conformitate cu termenele pentru punerea în aplicare a recomandărilor convenite în raport, sunt prezentate rapoarte semestriale în fața comisiilor parlamentare.

Impactul preconizat

201 Se preconizează că auditul va avea ca rezultat schimbări organizaționale/procedurale (în domenii precum monitorizarea accesibilității serviciilor, planificarea cererii de specialiști în domeniul sănătății, evaluarea utilizării dispozitivelor medicale, identificarea așteptărilor pacienților și includerea organizațiilor de pacienți în procesul decizional) și revizuirea deciziilor de finanțare (ca urmare a apariției unor noi tehnologii).



Malta
Oficiul Național de Audit

**Rolul medicului generalist – nucleul
asistenței medicale primare**

Prezentare generală

202 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Malta a evaluat funcția și rolul medicului generalist, în special în cadrul asistenței medicale primare. Auditul a acoperit perioada 2014-2016.

203 Conform unor documente elaborate la nivel național și conform unor documente ale Uniunii Europene, în pofida unei extinderi semnificative a serviciilor de asistență medicală primară de-a lungul timpului, acest sector nu a fost plasat, în mod corespunzător, în fruntea serviciilor medicale din Malta.

204 Oficiul Național de Audit din Malta a evaluat deja rolul medicului generalist în centrele medicale în 2001, în cadrul auditului de performanță intitulat *Primary Healthcare – the General Practitioners Function within Health Centres*. Auditul a evidențiat niveluri de satisfacție foarte ridicate în rândul utilizatorilor serviciilor oferite de medicii generaliști în perioada respectivă. Cu toate acestea, raportul a exprimat unele îngrijorări cu privire la diverse aspecte ale furnizării serviciilor. Problemele ridicate se refereau în principal la continuitatea îngrijirii prin intermediul unui serviciu mai personalizat, la distribuția inegală a medicilor generaliști în centrele medicale, la faptul că nu se utiliza un sistem de programare și la eficiența serviciilor din punctul de vedere al costurilor.

Modul în care s-a efectuat auditul

205 Auditul a urmărit să stabilească măsura în care:

- o activitățile legate de rolul medicilor generalişti determină accesibilitatea serviciilor conexe și asigură o calitate adecvată în ceea ce privește atingerea obiectivelor asistenței medicale primare;
- o structurile organizatorice și administrative facilitează furnizarea serviciilor;
- o serviciile furnizate au un raport cost-eficacitate optim.

206 Principalele entități auditate au fost Departamentul de asistență medicală primară (Malta), Spitalul general Gozo (Gozo) și Secția pentru accidente și urgențe a Spitalului Mater Dei.

207 Metodologia de audit a inclus o analiză documentară, desfășurarea unor interviuri semistructurate și a unui sondaj, precum și exerciții de calcul al costurilor pentru diferitele servicii oferite de medicii generalişti. Sfera acestui audit nu a cuprins alte servicii din afara medicinei generale care sunt furnizate de diverși specialiști medicali în centrele de sănătate.

Observațiile principale

208 Auditul a oferit indicii solide, potrivit cărora, în general, rolul medicului generalist funcționa în conformitate cu măsurile naționale strategice definite în strategia sistemului național de sănătate al Maltei, iar serviciile erau în curs de extindere și de consolidare.

209 Pe de altă parte, evaluarea a semnalat și unele probleme. În actuala configurație a rolului medicului generalist, o extindere suplimentară a funcției sale printr-o mai mare concentrare pe pacient nu s-ar putea realiza, probabil, fără o modificare a distribuției finanțării care să reflecte mai realist avantajele socioeconomice pe termen lung ale investițiilor în asistența medicală primară. În plus, exista oportunitatea de a exploata și mai mult interdependența și potențialele sinergii ale colaborării dintre sectorul public și cel privat. Astfel, printr-o colaborare mai strânsă a părților interesate, funcția publică

a medicilor generaliști ar putea contribui mai mult la plasarea asistenței medicale primare în centrul serviciilor naționale de sănătate.

Recomandări

210 Oficiul Național de Audit al Maltei a emis următoarele recomandări:

- Departamentul de asistență medicală primară (PHCD) a fost încurajat să se concentreze mai mult pe evaluarea fezabilității extinderii și consolidării rolului medicilor generaliști prin exploatarea complementarității serviciilor oferite de medici în sectoarele public și privat – inclusiv prin parteneriate public-private și prin externalizare.
- Ar trebui avută în vedere redirectionarea mai multor alocări bugetare în sectorul sănătății în favoarea asistenței medicale primare.
- PHCD a fost încurajat să transforme măsurile strategice enumerate în strategia sistemului național de sănătate al Maltei pentru perioada 2014-2020, precum și în alte documente, în planuri de proiecte susceptibile să fie implementate. Aceasta ar presupune stabilirea resurselor necesare și a unui calendar de implementare.
- Ar trebui intensificate eforturile în vederea introducerii unei structuri de gestionare a bolilor cronice în toate centrele medicale. Acest lucru ar promova și mai mult principiile privind continuitatea îngrijirii și concentrarea pe pacient și, pe termen lung, ar îmbunătăți eficiența rolului medicului generalist din punctul de vedere al costurilor.
- PHCD a fost încurajat să își continue eforturile de înclinare a balanței serviciilor sale dinspre îngrijirea imediată înspre promovarea sănătății și prevenirea bolilor. PHCD putea valorifica oportunitatea dată de campaniile de sensibilizare aflate în derulare, încurajând medicii generaliști să reia mesajele acestor campanii în cursul vizitelor pacienților.
- Ar trebui să se acorde atenție consolidării colaborării strategice, manageriale și operaționale între centrele medicale din Malta și din Gozo. Acest lucru ar asigura un grad mai mare de armonizare și de personalizare a serviciilor, precum și schimbul de experiență în materie de dezvoltare a serviciilor.

- o Accesibilitatea informațiilor privind gestiunea financiară necesita îmbunătățiri – Secțiunea Finanțe trebuia sprijinită în continuare prin investiții în infrastructura TIC corespunzătoare.
- o PHCD a fost încurajat să utilizeze mai bine TIC disponibile, cum ar fi sistemul de gestionare clinică a pacienților, pentru a asigura statistici corecte cu datele de contact ale pacienților. Aceste informații ar consolida planificarea strategică și controlul de gestiune al operațiunilor PHCD.
- o Eforturile legate de aderarea la facilităților de prescripții electronice la Bereg urmau să fie intensificate. Acest lucru depindea de investițiile adecvate în TIC.
- o PHCD a fost încurajat să îmbunătățească coordonarea cu Secția pentru accidente și urgențe a Spitalului Mater Dei pentru a reduce la minimum incidența pacienților care solicită în mod neneccesar îngrijiri la această din urmă secție, când de fapt ar putea primi îngrijirile necesare de la medicii generaliști, la nivelul centrelor medicale.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

211 Raportul a fost prezentat președintelui Camerei Reprezentanților la 27 iunie 2016, care l-a transmis Camerei Reprezentanților. Raportul a fost discutat, de asemenea, în cadrul Comitetului pentru finanțe publice. După transmiterea raportului menționat mai sus către Parlament, Oficiul Național de Audit al Maltei l-a publicat pe site-ul său. De asemenea, a fost emis un comunicat de presă, care conține un rezumat al principalelor și al celor mai importante constatări și concluzii, atât în limba malteză, cât și în limba engleză. Instituția supremă de audit a transmis copii ale raportului reprezentanților mass-media și altor părți interesate.

212 Oficiul Național de Audit al Maltei a efectuat o monitorizare a situației în urma auditului performanței în 2018. Această monitorizare a implicat în principal desfășurarea unor interviuri semistructurate cu funcționari importanți din cadrul Departamentului de asistență medicală primară și o analiză a documentației aferente. Auditul de monitorizare a arătat, în general, că Departamentul de asistență medicală primară se angajase în mod activ în punerea în aplicare a recomandărilor raportului. În acest sens, două recomandări din raportul inițial fuseseră puse în aplicare pe deplin, iar în ceea ce privește restul de opt recomandări fuseseră deja întreprinse demersuri substanțiale.

Impactul preconizat

213 Impactul preconizat pe termen lung al raportului este că acesta va avea ca rezultat schimbări organizaționale și procedurale, o creștere a finanțării și a resurselor umane alocate funcției îndeplinite de medicii generaliști și consolidarea infrastructurii tehnologiei informației. De asemenea, ar trebui să conducă la servicii orientate mai mult către pacienți, cu un accent sporit pe continuitatea îngrijirii și pe extinderea serviciilor de medicină generală. Printre alte impacturi pe termen lung se numără reducerea cererii de asistență medicală secundară și a solicitărilor adresate Secției pentru accidente și urgențe a Spitalului Mater Dei. Un alt impact pe termen lung ar putea fi faptul că asistența medicală primară îmbunătățește conștientizarea alegerilor stilurilor de viață, influențând astfel incidența bolilor cronice prevalente la populația malteză.



Portugalia
Tribunal de Contas

Accesul cetățenilor la asistență medicală în cadrul
Serviciului național de sănătate al Portugaliei

Prezentare generală

214 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit a Portugaliei a evaluat accesul cetățenilor la asistență medicală în cadrul Serviciului național de sănătate al Portugaliei în perioada 2014-2016. Accesul cetățenilor la asistență medicală în cadrul Serviciului național de sănătate, în special la consultații de specialitate și la intervenții chirurgicale în spitale, se confruntă cu dificultăți persistente, în special în ceea ce privește timpii de așteptare.

Modul în care s-a efectuat auditul

215 Auditul a urmărit să stabilească dacă:

- o Serviciul național de sănătate răspunde, într-un timp acceptabil din punct de vedere clinic, nevoilor cetățenilor în ceea ce privește accesul la consultațiile inițiale de specialitate și la intervenția chirurgicală planificată;
- o procedurile de programare și de gestionare a listelor de așteptare au fost efectuate în conformitate cu normele în vigoare;
- o măsurile puse în aplicare de minister pentru a răspunde dificultăților de acces au fost eficace.

216 Principalele entități auditate au fost anumite servicii ale Ministerului Sănătății și unități spitalicești selectate.

217 Performanța Serviciului național de sănătate în ceea ce privește indicatorii de acces la consultația inițială în cadrul spitalului și la intervenția chirurgicală a fost evaluată pe baza următoarelor elemente:

- o rapoartele tehnice elaborate de Ministerul Sănătății, de diferite organisme ale Ministerului Sănătății și de Autoritatea de reglementare în domeniul sănătății;
- o analiza datelor și a informațiilor furnizate de Administrația centrală a sistemului de sănătate cu privire la înregistrarea pacienților pe listele de așteptare și pe gestionarea acestor liste în vederea consultațiilor și a intervențiilor chirurgicale.

218 Calitatea indicatorilor calculați și a evidențelor subiacente a fost evaluată pe baza următoarelor elemente:

- o interviuri cu reprezentanți ai Administrației centrale a sistemului de sănătate, ai Administrației regionale de sănătate din Lisabona și Valea Tejo și cu reprezentanți ai unui eșantion de unități spitalicești care au fost auditate;
- o informații și date colectate de la unitățile spitalicești care au fost auditate, inclusiv teste de parcurgere ale mediului de control și ale procedurilor de înregistrare a pacienților pe listele de așteptare și de gestionare a acestor liste în vederea consultațiilor și a intervențiilor chirurgicale.

Observațiile principale

219 *Tribunal de Contas* a concluzionat că accesul pacienților la consultațiile de specialitate în spital și la intervențiile chirurgicale planificate s-a deteriorat în perioada de trei ani cuprinsă între 2014 și 2016, ceea ce a dus la o creștere în ceea ce privește:

- o timpul mediu de așteptare pentru o consultație inițială de specialitate în spital (de la 115 la 121 de zile) și nerespectarea duratei maxime de răspuns garantate (de la 25 % în 2014 la 29 % în 2016);
- o (i) numărul de pacienți aflați pe listele de așteptare pentru intervenții chirurgicale: o creștere cu 27 000 de utilizatori (+ 15 %);
(ii) timpul mediu de așteptare până la intervenția chirurgicală: o creștere cu 11 zile

(+ 13 %); și

(iii) nerespectarea duratei maxime de răspuns garantate: o creștere de la 7,4 % în 2014 la 10,9 % în 2016.

220 Auditul a concluzionat, de asemenea, că inițiativele centralizate puse în aplicare de Administrația centrală a sistemului de sănătate în 2016 pentru validarea și eliberarea listelor de așteptare pentru consultațiile inițiale de specialitate din spitalele Serviciului național de sănătate prevedeau eliminarea administrativă a solicitărilor foarte vechi, ceea ce a condus la denaturarea indicatorilor de performanță raportați.

221 În mod specific, în domeniul chirurgical, s-a constatat că timpii de așteptare au crescut din cauză că nu s-au emis la timp și în mod regulat „bilete de trimitere pentru intervenții chirurgicale” și note de transfer pentru pacienții aflați pe listele de așteptare, ceea ce le-ar fi permis să fie operați în alte unități spitalicești cu capacitate de răspuns.

222 *Tribunal de Contas* a concluzionat că informațiile referitoare la listele de așteptare puse la dispoziția publicului de către Administrația centrală a sistemului de sănătate nu erau fiabile, aceasta nu numai din cauza unor deficiențe repetate de integrare a informațiilor provenite de la unitățile spitalicești în sistemele centralizate pentru gestionarea accesului la consultații în spitale și la intervenții chirurgicale, ci și din cauza inițiativelor centralizate menționate mai sus.

Recomandări

223 *Tribunal de Contas* a formulat mai multe recomandări în lumina constatărilor sale de audit, printre care se numără următoarele:

În atenție ministrului sănătății:

- o să creeze mecanisme de emitere automată a biletelor de trimitere pentru intervenții chirurgicale în termenele legale ori de câte ori nu este posibil să se respecte durata maximă de răspuns garantată în spitalele Serviciului național de sănătate, astfel încât procesul de internalizare a producției chirurgicale în Serviciul național de sănătate să nu încalce dreptul pacientului de a primi tratament într-o perioadă considerată acceptabilă din punct de vedere clinic;

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Accesul la servicii medicale

87

- o să dispună unui organism din afara Administrației centrale a sistemului de sănătate să efectueze controale periodice ale calității indicatorilor de acces publicați în ceea ce privește consultațiile inițiale în spitale și intervențiile chirurgicale planificate.

În atenția Consiliului de conducere al Administrației centrale a sistemului de sănătate:

- o să nu adopte proceduri administrative care să conducă la reduceri artificiale ale listelor de așteptare și ale timpilor de așteptare;
- o să întocmească rapoarte în care să explice criteriile adoptate și metodele și rezultatele obținute, ori de câte ori sunt modificate bazele de date informatice centralizate pentru gestionarea accesului la consultații și la intervenții chirurgicale în spitale, pentru a remedia erorile.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

224 Raportul a fost trimis entităților auditate și membrilor guvernului responsabili pentru acestea. De asemenea, a fost publicat pe site-ul *Tribunal de Contas*, împreună cu o sinteză de o pagină, și au fost trimise notificări mass-mediei.

225 În urma publicării, președintele *Tribunal de Contas* și ministrul sănătății au fost audiați, în cadrul unei audieri parlamentare, în fața Comisiei pentru sănătate a Adunării Naționale.

226 Pentru a respecta prevederile finale ale raportului, autoritățile cărora recomandările le-au fost adresate au raportat în termen de trei luni cu privire la acțiunile întreprinse. Ulterior, au avut loc și schimburi de informații. Acțiunile întreprinse pe baza recomandărilor au fost analizate în septembrie 2018, concluzia fiind că 20 dintre cele 47 de recomandări formulate (adică 43 %) fuseseră puse în aplicare, în timp ce alte 21 de recomandări (45 %) nu fuseseră decât parțial puse în aplicare. Aceste recomandări includeau următoarele:

- o proceduri de punere în aplicare a calificării datelor privind accesul la consultații inițiale și la intervenții chirurgicale planificate, obiectivul fiind acela de a se asigura faptul că activitățile de remediere a erorilor din sistemele informaționale actuale erau standardizate și deveneau mai transparente și mai ușor de auditat;

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Accesul la servicii medicale

88

- o externalizarea serviciilor, pentru a se asigura faptul că biletele de trimitere pentru intervenții chirurgicale continuau să fie eliberate în timp util și în permanență pacienților aflați pe liste de așteptare.

Impactul preconizat

227 Modificări la nivelul procedurilor operaționale și de control aferente gestionării listelor de așteptare pentru consultații și intervenții chirurgicale. Promovarea răspunderii pentru gestionarea eficientă a listelor de așteptare, pentru respectarea duratelor maxime de răspuns și pentru transparența procedurală.



România

Curtea de Conturi a României

Dezvoltarea infrastructurii în sănătate la nivel național, regional și local în vederea creșterii accesibilității la serviciile de sănătate

Prezentare generală

228 Instituția supremă de audit din România a evaluat utilizarea fondurilor alocate dezvoltării infrastructurii în sănătate. Auditul a acoperit perioada 2011-2015.

Modul în care s-a efectuat auditul

229 Principala entitate auditată a fost Ministerul Sănătății.

230 Metodologia de audit a inclus examinarea documentelor ministeriale existente legate de subiectul auditat, observații directe, chestionare și interviuri cu angajații entității auditate.

Observațiile principale

231 Instituția supremă de audit din România a formulat următoarele observații:

- Ministerul Sănătății nu a realizat o fundamentare corespunzătoare a resurselor necesare finanțării investițiilor în sistemul de sănătate;
- Ministerul Sănătății nu a coordonat în mod eficient implementarea investițiilor prin compartimentele funcționale, ceea ce a dus la o gestionare defectuoasă atât la nivelul său, cât și la nivelul unităților sanitare din subordinea sa, astfel încât, în 19 ani, au fost finalizate doar două obiective majore de investiții;
- instalarea echipamentelor medicale achiziționate a avut loc cu întârzieri cuprinse între 90 și 800 de zile;

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Accesul la servicii medicale

90

- o lipsa unui sistem centralizat de evidență a cererilor de finanțare pentru investiții prezentate ministerului de unitățile de sănătate publică, în care să se consemneze inclusiv motivele pentru care nu a fost admisă finanțarea investițiilor;
- o nerespectarea principiilor economiei, eficienței și eficacității. Unitățile sanitare au achiziționat servicii de imagistică de la furnizori externi, deși dețineau echipamente cu ajutorul cărora ar fi putut efectua astfel de servicii;
- o alocarea fondurilor pentru investiții are loc în principal în al doilea semestru al exercițiului bugetar. Uneori, procedurile de achiziții nu au fost finalizate în cursul exercițiului bugetar respectiv, ceea ce a dus la pierderea finanțării;
- o nu există o procedură centralizată de achiziții publice de echipamente medicale. Achizițiile au fost realizate în mod descentralizat, de către fiecare unitate sanitară în parte, ceea ce a dus la prețuri de achiziție diferite;
- o Ministerul Sănătății nu a stabilit un set de indicatori fizici și de eficiență pentru a urmări realizarea investițiilor, dezvoltarea infrastructurii în sănătate, furnizarea de echipamente medicale către unitățile sanitare sau gradul de îndeplinire a indicatorilor stabiliți. Nu s-a efectuat o analiză periodică a indicatorilor fizici și de eficiență;
- o lipsa de cunoștințe cu privire la situația reală a dispozitivelor medicale de înaltă performanță din unitățile sanitare (aparate pentru tomografie computerizată, aparate pentru rezonanță magnetică, angiografe, acceleratoare liniare);
- o Ministerul Sănătății nu a planificat și nu a efectuat controale prin care să verifice utilizarea fondurilor alocate dezvoltării infrastructurii în sănătate.

Recomandări

232 Instituția supremă de audit din România a formulat următoarele recomandări:

- o stabilirea de resurse adecvate pentru finanțarea cheltuielilor de capital/transferurilor de capital, în vederea unei utilizări eficiente a resurselor alocate;
- o instituirea unei monitorizări permanente a utilizării resurselor financiare de către unitățile sanitare, elaborarea unor proceduri care să stabilească, pentru unitățile din subordine, un cadru obligatoriu de raportare în timp util a sumelor neutilizate;

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Accesul la servicii medicale

91

- o asigurarea finanțării adecvate a investițiilor și a măsurilor aprobate pentru a oferi sprijin de specialitate unităților din subordine;
- o implicarea în mod susținut în activitatea desfășurată de unitățile sanitare, cu accent pe realizarea și pe darea în exploatare a investițiilor în timp util și în termeni optimi;
- o dispunerea unor controale periodice având ca tematică activitatea de investiții, pentru evaluarea stadiului realizării investițiilor;
- o instituirea unei evidențe reale a cererilor de finanțare a investițiilor primite de la unitățile sanitare, în vederea utilizării acestora ca sursă de informații pentru selectarea unităților beneficiare de fonduri și pentru prioritizarea investițiilor pe baza unor criterii obiective;
- o analiza unor măsuri pentru efectuarea de achiziții centralizate, cel puțin pentru aparatura de înaltă performanță, și dezvoltarea unor măsuri prin care să se asigure utilizarea eficientă a fondurilor publice;
- o stabilirea unui set de indicatori fizici și de eficiență prin care să se urmărească modul în care se realizează dezvoltarea infrastructurii sistemului de sănătate;
- o analiza posibilelor modalități de finalizare, implementare și exploatare a sistemului informatic de înaltă performanță și de valorificare a studiilor de pre-fezabilitate și de fezabilitate, a ghidurilor arhitecturale și a proiectelor tehnice achiziționate, dar neutilizate;
- o coordonarea și monitorizarea unităților sanitare pe întreaga durată a procesului de absorbție a fondurilor nerambursabile, pentru a stimula rata de absorbție;
- o adoptarea tuturor măsurilor necesare pentru îndeplinirea condiționalităților *ex ante* și deblocarea finanțării nerambursabile furnizate prin Programul Operațional Regional 2014-2020;
- o întreprinderea tuturor măsurilor necesare în vederea accesării și utilizării eficiente a fondurilor puse la dispoziție de UE prin Programul Operațional Regional și a fondurilor alocate prin acordul de împrumut încheiat cu Banca Internațională pentru Reconstrucție și Dezvoltare;
- o implementarea bazei de date naționale privind infrastructura în sănătate.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

233 Raportul a fost prezentat sub formă de sinteză Președinției României, Guvernului, Camerei Deputaților, Senatului, Academiei Române, Academiei de Științe Medicale, comisiilor de specialitate ale Parlamentului României, unor ministere și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Raportul a fost publicat în iulie 2017, sub formă de rezumat, pe site-ul Curții de Conturi a României.

234 În octombrie 2018 s-a întocmit un raport de monitorizare a situației întreprinse în urma recomandărilor, în care Ministerului Sănătății i s-a solicitat să lanseze demersurile de punere în aplicare a măsurilor solicitate de Curtea de Conturi.

Impactul preconizat

235 Identificarea celor mai bune rezultate obținute în urma punerii în aplicare a măsurilor solicitate și a cauzelor care au dus la neîndeplinirea obiectivelor propuse.



Uniunea Europeană Curtea de Conturi Europeană

Acțiunile UE în domeniul asistenței medicale transfrontaliere: ambiții importante, dar este nevoie de o ameliorare a gestionării

Prezentare generală

236 Curtea de Conturi Europeană (Curtea) a analizat dacă acțiunile UE în materie de asistență medicală transfrontalieră asigură beneficiile preconizate pentru pacienți. Auditul a acoperit perioada 2008-2018.

237 Directiva din 2011 a UE privind asistența medicală transfrontalieră are ca obiectiv garantarea accesului la asistență medicală sigură și de înaltă calitate dincolo de frontierele naționale, în interiorul UE, precum și asigurarea rambursării costului unei astfel de îngrijiri medicale în aceleași condiții ca în statul membru de afiliere al pacientului respectiv. În plus, aceasta urmărește să faciliteze cooperarea mai strânsă în ceea ce privește e-sănătatea, schimburile transfrontaliere de date ale pacienților și accesul la asistență medicală pentru boli rare prin dezvoltarea rețelelor europene de referință (RER).

238 Auditorii au examinat dacă Comisia Europeană a monitorizat punerea în aplicare a Directivei UE privind asistența medicală transfrontalieră și dacă a îndrumat statele membre în activitatea lor de informare a pacienților cu privire la drepturile lor în acest sens. În plus, auditorii au evaluat rezultatele obținute cu privire la schimburile transfrontaliere de date medicale și au verificat acțiunile-cheie întreprinse de UE în domeniul bolilor rare.

Modul în care s-a efectuat auditul

239 Întrebarea principală de audit a fost următoarea: „Acțiunile întreprinse de UE în materie de asistență medicală transfrontalieră generează beneficii pentru pacienți?”

240 Curtea de Conturi Europeană a examinat în continuare dacă:

- o Comisia supraveghea în mod adecvat punerea în aplicare în statele membre a Directivei UE privind asistența medicală transfrontalieră;
- o rezultatele obținute până în prezent în ceea ce privește schimburile transfrontaliere de date medicale se ridicau la nivelul așteptărilor;
- o acțiunile UE privind bolile rare aduc o valoare adăugată la eforturile statelor membre de a facilita accesul pacienților la asistență medicală.

Principală entitate auditată a fost Comisia Europeană.

241 Metodologia a inclus interviuri cu reprezentanți ai Comisiei și cu autoritățile responsabile pentru punerea în aplicare a directivei din cinci state membre (Danemarca, Italia, Lituania, Țările de Jos și Suedia). De asemenea, Curtea a realizat un sondaj în rândul tuturor reprezentanților statelor membre din Grupul de experți privind asistența medicală transfrontalieră, precum și în rândul reprezentanților rețelei de e-sănătate. În plus, au fost evaluate proiecte finanțate de UE și au fost consultați experți.

Observațiile principale

242 Curtea a formulat următoarele observații:

Punerea în aplicare a Directivei UE privind asistența medicală transfrontalieră

- o Comisia a monitorizat în mod adecvat transpunerea directivei în legislația națională, precum și punerea ei în aplicare în statele membre.
- o De asemenea, Comisia a sprijinit statele membre în vederea îmbunătățirii informațiilor privind drepturile pacienților la asistența medicală transfrontalieră, dar există în continuare unele lacune.

Schimburile transfrontaliere de date medicale

- o Comisia nu a evaluat în mod adecvat nici numărul potențial de utilizatori, nici raportul cost-eficacitate al schimbului transfrontalier de date medicale.

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Accesul la servicii medicale

95

- Previziunile privind volumul schimburilor transfrontaliere de date medicale au fost excesiv de optimiste. La data auditului – noiembrie 2018 – statele membre erau abia pe punctul de a începe schimburile de date medicale ale pacienților pe cale electronică.

Rețelele europene de referință

- Rețelele europene de referință pentru boli rare reprezintă o inovație ambițioasă și se bucură de o largă susținere din partea cadrelor medicale, a furnizorilor de servicii medicale și a pacienților.
- Cu toate acestea, procesul de creare a RER era afectat de deficiențe și rețelele se confruntă cu provocări semnificative în ceea ce privește sustenabilitatea lor financiară.

Recomandări

243 Curtea recomandă Comisiei:

- să furnizeze sprijin suplimentar pentru punctele naționale de contact în vederea îmbunătățirii informațiilor privind drepturile pacienților la asistența medicală transfrontalieră;
- să asigure o mai bună pregătire pentru schimburile transfrontaliere de date medicale;
- să îmbunătățească gestiunea rețelelor europene de referință și sprijinul acordat acestora, cu scopul de a facilita accesul pacienților care suferă de boli rare la asistență medicală.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

244 Curtea de Conturi Europeană prezintă rapoartele sale speciale Parlamentului European și Consiliului UE, precum și altor părți interesate, cum ar fi parlamentele naționale, părțile interesate din sectoarele economice vizate și reprezentanții societății civile.

245 Raportul a fost publicat la 4 iunie 2019 pe site-ul Curții, în 23 de limbi ale UE, împreună cu un comunicat de presă.

246 Conform procedurii standard, situația acțiunilor întreprinse în urma recomandărilor din acest raport va fi examinată la un interval de trei ani de la data publicării acestuia de către Curte.

Impactul preconizat

247 Curtea preconizează următorul impact:

- informații mai clare pentru pacienții din UE cu privire la dreptul lor la asistență medicală transfrontalieră;
- furnizarea de informații despre RER pentru boli rare pe site-urile punctelor de contact naționale;
- evaluarea practicilor și a raportului cost-eficacitate ale schimburilor transfrontaliere de date medicale și stabilirea măsurii în care acestea contribuie în mod semnificativ la sistemele naționale de asistență medicală;
- acțiunile UE în domeniul bolilor rare și asistența medicală transfrontalieră facilitează accesul pacienților cu boli rare la un diagnostic mai rapid și la un tratament adecvat;
- evaluarea rezultatelor strategiei UE pentru boli rare;
- pentru a asigura sustenabilitatea RER, orice finanțare viitoare a UE pentru rețele va fi gestionată în cadrul unei structuri mai simple, reducându-se astfel sarcina administrativă a acestora.

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

97

Calitatea serviciilor de sănătate



Austria
Rechnungshof

Asigurarea calității în activitatea medicilor

Prezentare generală

248 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Austria și-a propus să evalueze organizarea, transparența și anumite aspecte selectate ale procesului desfășurat de guvernul federal pentru asigurarea calității în activitatea medicilor care au cabinete private. Auditul a acoperit perioada 2013-2016.

Modul în care s-a efectuat auditul

249 Evaluarea s-a axat pe următoarele elemente:

- o temeiul juridic și baza tehnică pentru asigurarea calității, inclusiv obiectivele și beneficiile asigurării calității;
- o organizarea asigurării calității, inclusiv actorii, structurile și activitățile;
- o evaluarea resurselor financiare și umane utilizate pentru asigurarea calității;
- o evaluarea anumitor priorități ale asigurării calității – proceduri de asigurare a calității, sisteme de management al calității și proiecte de măsurare a calității în îngrijirea medicală ambulatorie;
- o raportarea asigurării calității.

250 Principalele entități auditate au fost Ministerul Sănătății și al Femeilor (la momentul auditului, Ministerul Sănătății), Camera medicală a Austriei și Societatea austriacă pentru asigurarea calității și managementul calității în medicină (ÖQMed).

251 Metodologia de audit a inclus o evaluare a unor studii austriece și internaționale, interviuri cu personalul principalelor entități auditate și o analiză a probelor colectate, inclusiv a măsurii și a modalității în care obiectivele au fost implementate.

Observațiile principale

252 Între 2005, când a intrat în vigoare Legea privind calitatea asistenței medicale, și 2012, Ministerul Federal al Sănătății a publicat trei seturi de linii directoare privind calitatea pentru medicii care au cabinete private. Deoarece aceste linii directoare au fost valabile doar pentru o perioadă limitată de timp și ministerul nu a furnizat la timp reglementări subsecvente, cel puțin două dintre ele nu mai erau valabile în 2017.

253 Reforma asistenței medicale din 2013 a inclus decizia de a introduce măsurarea calității rezultatelor pentru medicii care au cabinete private. De atunci însă, nu a fost nici dezvoltată, nici implementată o măsurare standardizată a calității tratamentului pentru sectorul ambulatoriu. Prin urmare, încă nu există o platformă federală independentă care să ofere pacienților informații cu privire la calitatea tratamentului.

254 În plus, instituția supremă de audit din Austria a constatat că guvernul federal, provinciile și instituțiile de asigurări sociale nu au introdus documente standardizate referitor la diagnosticare și la performanță la nivelul ambulatoriu, deși acest lucru fusese deja convenit ca parte a reformei asistenței medicale din 2005 și un proiect-pilot îi confirmase fezabilitatea tehnică.

255 Deși sarcinile de asigurare a calității erau de interes public, guvernul federal a atribuit aceste sarcini Camerei medicale a Austriei, al cărei scop principal este de a proteja interesele profesionale, sociale și economice ale medicilor. În acest context, în practică, ÖQMed a fost cea care a îndeplinit sarcinile de asigurare a calității, în numele Camerei medicale a Austriei. Cu toate acestea, ÖQMed, fiind o filială a camerei, se afla într-o relație strânsă cu aceasta din punct de vedere organizatoric și bugetar.

256 În conformitate cu legea privind medicii, aceștia aveau obligația să evalueze calitatea serviciilor oferite în cabinetul lor o dată la cinci ani. Pentru a se achita de această obligație, medicii completau chestionare de autoevaluare puse la dispoziție de ÖQMed. Răspunsurile

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Calitatea serviciilor medicale

100

la întrebări puteau fi doar „da”, „nu” sau „nu se aplică”. Configurația și conținutul chestionarelor încurajau furnizarea de răspunsuri pozitive.

257 97 % dintre medicii care au completat chestionarul între 2012 și 2016 au declarat că respectau pe deplin criteriile vizate de întrebări. Cu toate acestea, verificările de validitate a autoevaluării efectuate de ÖQMed prin inspecții la un eșantion de cabinete ales aleatoriu au arătat că aproximativ 18 % dintre cabinete nu respectau cel puțin un criteriu. Probabilitatea de a fi inspectat de ÖQMed era, însă, de doar 7 %; din punct de vedere statistic, un cabinet era inclus în eșantion doar o dată la 70 de ani.

Recomandări

258 Instituția supremă de audit din Austria a formulat următoarele observații:

În atenția Ministerului Federal al Sănătății:

- o să elaboreze standarde de calitate cu criterii și/sau dispoziții obligatorii cât mai curând posibil și să asigure astfel punerea în aplicare a obiectivului stabilit de organul legislativ în Legea privind calitatea asistenței medicale;
- o să elaboreze reglementări subsecvente pentru orientările federale de calitate care și-au pierdut valabilitatea; În viitor, atunci când sunt publicate standarde de calitate, să se precizeze în mod clar dacă acestea au forță juridică obligatorie sau sunt prezentate doar cu caracter de recomandări;
- o să prezinte comisiei de control al rezultatelor o propunere de rezoluție pentru prioritizarea și punerea în aplicare a unor programe suplimentare de îngrijire la nivel național, care ar trebui dezvoltate și puse în aplicare rapid;
- o să depună eforturi pentru a pune în aplicare măsurarea calității rezultatelor la nivel ambulatoriu stabilită în Acordul de organizare și finanțare a sistemului de sănătate în conformitate cu articolul 15a din Legea constituțională federală; aceasta ar trebui să se bazeze pe conceptul convenit, în perioada de control al rezultatelor 2017-2021;
- o să stabilească pe o bază juridică documentația de diagnosticare în ambulatoriu, cât mai curând posibil;

- o să elaboreze scenarii privind înființarea unei instituții de asigurare a calității care să fie independentă din punct de vedere financiar și organizațional;
- o în rapoartele viitoare de calitate, ratele de neconformitate rezultate în urma autoevaluării efectuate de medicii care au cabinete private și în urma verificării validității de către instituția responsabilă pentru asigurarea calității ar trebui descrise separat și comparate; În plus, ar trebui evaluate abaterile și ar trebui adoptate măsuri (de exemplu, servicii de informare și de consiliere) pentru a preveni declarațiile false în cadrul autoevaluării.

În atenția Ministerului Federal al Sănătății și a Camerei medicale a Austriei:

- o să modifice opțiunile de răspuns din chestionarele de autoevaluare, conferindu-le un caracter neutru;
- o să analizeze opțiunile prin care să mărească numărul de verificări de validitate; Pentru a garanta calitatea necesară a cabinetelor și privită ca un serviciu consultativ pentru medicii care înființează un cabinet nou, verificarea validității ar putea deveni obligatorie. Costurile suplimentare ar putea fi acoperite printr-o taxă percepută de la persoanele implicate.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

259 Raportul a fost trimis Parlamentului Austriei, Ministrului Sănătății și Cancelarului Austriei în iulie 2018 și a fost publicat pe site-ul Curții de Conturi a Austriei în aceeași zi. Raportul a fost prezentat Comitetului pentru finanțe publice din Parlamentul Austriei în noiembrie 2018 și a fost discutat în Parlamentul Austriei în ianuarie 2019. Curtea de Conturi a Austriei intenționează să verifice stadiul punerii în aplicare a recomandărilor în 2019, iar rezultatele vor fi publicate pe site-ul său la sfârșitul anului 2019. În funcție de rezultatele acestei verificări, se poate efectua un audit de monitorizare, cu inspecții la fața locului și cu publicarea unui raport separat.

Impactul preconizat

260 Prin examinarea activităților întreprinse și prin evaluarea eficacității acestora, se preconizează că auditul va contribui la gestionarea calității rezultatelor Ținând seama de

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Calitatea serviciilor medicale

102

momentul publicării lor, rezultatele auditului ar putea stimula schimbări organizatorice și procedurale și ar putea contribui la direcționarea și stabilirea adecvată a priorității fondurilor și resurselor în perioadele de constrângeri bugetare.



Danemarca Rigsrevisionen

Raport privind diferențele între spitalele din Danemarca
în ceea ce privește calitatea asistenței medicale

Prezentare generală

261 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Danemarca a avut drept scop evaluarea posibilelor diferențe de calitate a asistenței medicale între spitalele din Danemarca. Auditul a acoperit perioada 2007-2016.

262 Legea daneză privind sănătatea prevede că toți pacienții trebuie să aibă acces facil și egal la asistență medicală de înaltă calitate. Ministerul Sănătății și regiunile s-au concentrat pe diferențele geografice ale calității asistenței medicale prin diferite inițiative. Începând cu 2012, Programul transregional de dezvoltare a calității clinice (RKKP) a monitorizat datele privind calitatea asistenței medicale. RKKP monitorizează dacă pacienții primesc îngrijiri care sunt în concordanță cu orientările de practică clinică. În acest sens, RKKP colectează date cu privire la calitatea asistenței medicale oferite în regiuni și la orice diferențe între regiuni și între spitale.

Modul în care s-a efectuat auditul

263 Auditul s-a concentrat pe calitatea asistenței medicale și pe diferențele referitoare la patru boli comune: insuficiență cardiacă, bronhopneumopatie obstructivă cronică (BPOC), accident vascular cerebral și fracturi de șold. Aceste boli au fost selectate pentru studiu deoarece afectează un număr mare de pacienți și sunt tratate în majoritatea spitalelor din țară. Auditul a urmărit să răspundă la următoarele întrebări:

- o Ministerul Sănătății și regiunile au stabilit cadre care să asigure în mod adecvat faptul că toți pacienții au acces egal la îngrijiri de calitate în spitale și care să permită regiunilor și spitalelor să identifice cauzele oricăror diferențe dintre spitale în ceea ce privește calitatea asistenței medicale și să reducă diferențele nejustificate?

- Există diferențe nejustificate în ceea ce privește măsura în care îngrijirile acordate în spitale pacienților care suferă de insuficiență cardiacă, BPOC, accident vascular cerebral sau fractură de șold sunt în concordanță cu toți indicatorii relevanți ai procesului (indicatorii de calitate a îngrijirii)?

264 Principalele entități auditate au fost Ministerul Sănătății din Danemarca și cele cinci regiuni daneze. (Serviciile de sănătate se numără printre sarcinile principale ale regiunilor daneze.)

265 Auditul a fost efectuat pe baza unor examinări documentare, unor interviuri și pe baza unor analize de registre.

Observațiile principale

266 *Rigsrevisionen* a formulat următoarele observații.

- Analiza instituției supreme de audit a arătat că un număr semnificativ de pacienți care suferă de insuficiență cardiacă, care au suferit un accident vascular cerebral sau o fractură de șold nu au primit programul complet de îngrijire recomandat. Mai mult, analiza a arătat o lipsă de consecvență a calității asistenței medicale pentru toate cele patru tipuri de boli. Diferențele nu puteau fi explicate prin decizii profesionale conștiente, luate pe baza circumstanțelor sau pe baza nevoilor și dorințelor pacienților.
- Analiza a arătat că diferențele la nivel de îngrijire aveau un impact asupra riscului ulterior de reinternare sau de deces la care pacientul era expus. Analiza registrelor a arătat, de asemenea, că majoritatea diferențelor legate de reinternare și de deces puteau fi atribuite unor factori aflați în afara controlului spitalelor.
- Analiza registrelor a arătat că asistența medicală oferită pacienților cu pronosticul cel mai pesimist era mai puțin conformă cu toți indicatorii de proces relevanți (indicatorii de calitate a îngrijirii) decât asistența medicală oferită pacienților cu pronosticul cel mai bun. Acest lucru era valabil pentru toate cele patru tipuri de boli.
- Astfel, analiza registrelor a arătat că, pentru pacienții cu pronosticul cel mai pesimist din cadrul a trei dintre cele patru boli, diferențele de calitate a asistenței medicale pot avea un efect asupra riscului subsecvent de reinternare sau de deces.

- o Studiul a arătat că ministerul și regiunile au monitorizat diferențele regionale în ceea ce privește calitatea asistenței medicale furnizate în spitale și cauzele acestora. Cu toate acestea, asigurarea calității nu fusese organizată și monitorizată astfel încât să se pună accentul pe măsura în care pacienții cu nevoi similare de îngrijire, dar cu circumstanțe diferite, beneficiaseră de aceeași calitate a îngrijirii. Aceasta a însemnat că ministerul și regiunile nu dispuneau de date cu privire la diferențele de calitate a asistenței medicale acordate pacienților aflați în circumstanțe diferite și nici nu știau ce efect ar putea avea o eventuală diferență asupra riscului de reinternare sau de deces la care pacienții sunt expuși.

Recomandări

267 *Rigsrevisionen* a recomandat Ministerului Sănătății și regiunilor să evalueze în mod regulat dacă incapacitatea de a furniza asistența medicală în conformitate cu toți indicatorii relevanți de proces a afectat doar pacienții cu anumite caracteristici. Aceste informații ar putea constitui baza unor măsuri de îmbunătățire a calității asistenței medicale pentru aceste categorii de pacienți și, prin urmare, ar putea să vină în sprijinul obiectivului ministerului și al regiunilor de a acorda o asistență medicală de înaltă calitate consecventă tuturor pacienților.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

268 Raportul a fost prezentat Comitetului pentru finanțe publice, care a adăugat propriile observații înainte de a solicita un răspuns din partea ministrului sănătății.

269 Raportul este disponibil gratuit online, iar Comitetul pentru finanțe publice a răspuns întrebărilor jurnaliștilor.

270 Întrucât raportul este destul de recent (ianuarie 2019), *Rigsrevisionen* așteaptă declarația ministrului și va continua să urmărească îndeaproape acțiunile întreprinse în urma raportului până când vor fi puse în aplicare măsuri satisfăcătoare.

Impactul preconizat

271 Este prea devreme să se evalueze impactul raportului.



Irlanda

Office of the Comptroller and Auditor General

Gestionarea chirurgiei electivă ambulatorii

Prezentare generală

272 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Irlanda a evaluat progresul înregistrat în ceea ce privește transferul tratamentului din regim spitalicesc în regim ambulatoriu. Acesta a urmărit identificarea oricărui factori care fie facilitează, fie creează obstacole în calea acestui transfer și a evaluat dacă există posibilități de extindere a utilizării chirurgiei ambulatorii. Auditul a acoperit activitatea de chirurgie ambulatorie desfășurată în spitalele publice din Irlanda cu servicii de terapie acută în perioada 2006-2012.

Modul în care s-a efectuat auditul

273 Auditul s-a concentrat asupra unei întrebări principale: Există posibilitatea de a reduce cazurile de internare, asigurându-se faptul că, dacă este adecvat din punct de vedere medical, aceste cazuri sunt tratate în ambulatoriu?

274 Pornind de la această întrebare principală, auditul a examinat dacă:

- o Administrația serviciilor de sănătate (*Health Service Executive, HSE*) a analizat motivele diferențelor dintre spitale pentru a identifica posibilitățile de îmbunătățire;
- o au fost identificate și abordate obstacolele care stau în calea îmbunătățirii ratelor de intervenții chirurgicale ambulatorii;
- o procesele aplicate de spitale/HSE au facilitat schimbul de informații pentru a obține idei de bune practici.

Principalele entități auditate au fost HSE și Ministerul Sănătății.

Evaluarea s-a bazat în principal pe colectarea datelor privind chirurgia ambulatorie, pe interviuri efectuate cu membri ai personalului-cheie și pe un chestionar adresat tuturor

spitalelor publice care oferă servicii de terapie acută din cadrul HSE. Evaluarea s-a realizat în colaborare cu doi consultanți medicali din Regatul Unit (un anestezist și un neurochirurg).

Observațiile principale

275 Instituția supremă de audit din Irlanda a formulat următoarele observații:

- A existat o creștere constantă a procentului de intervenții chirurgicale electiv raportate ca fiind cazuri tratate în ambulatoriu între 2006 și 2012. Volumul procedurilor chirurgicale electiv efectuate în spitalele publice care oferă servicii de terapie acută a crescut cu 26 %, în timp ce rata cazurilor tratate în ambulatoriu pentru aceste proceduri a crescut de la 55 % la 69 % în aceeași perioadă.
- A existat o variație semnificativă a performanței de la un spital la altul, ceea ce arată că încă există posibilități considerabile de a mări rata cazurilor tratate în ambulatoriu în unele spitale.
- Volumul cazurilor de chirurgie electivă „nedirecționată” tratate în ambulatoriu în spitale care oferă terapie acută a crescut între 2006 și 2012, fără o modificare corespunzătoare a numărului de proceduri „nedirecționate” efectuate în regim de spitalizare. Acest lucru poate însemna că un număr tot mai mare de proceduri chirurgicale minore se efectuează în regim de spitalizare.
- Criteriile aplicate atunci când clinicienii decid să înregistreze un pacient pentru o intervenție chirurgicală în ambulatoriu sau pentru un tratament spitalicesc pot să nu fie clare sau consecvente, din cauza lipsei protocoalelor și a listelor de verificare consemnate în scris. Personalul de conducere se poate afla în incapacitatea de a evalua motivele pentru care s-a considerat că chirurgia ambulatorie nu era potrivită pentru anumiți pacienți.
- Absența monitorizării sau a controlului de către conducerea superioară a numărului de pacienți considerați nepotriviți pentru chirurgie ambulatorie face ca spitalele să aibă greutate în a identifica situațiile în care ratele de intervenție chirurgicală ambulatorie pentru anumiți medici sau pentru anumite specialități sunt scăzute și în a investiga cauzele aferente.

- Evaluările preoperatorii nu fac parte din rutina obișnuită într-un procent semnificativ de spitale, în pofida importanței lor în identificarea factorilor care fac ca intervenția chirurgicală ambulatorie să nu fie adecvată pentru anumiți pacienți. Mai puțin de jumătate din spitalele incluse în sondaj monitorizează rata de anulare a intervențiilor chirurgicale ambulatorii programate.
- Asistenții medicali sunt responsabili doar pentru aproximativ 50 % din externări, deși utilizarea de asistenți instruiți în mod corespunzător ar putea prelua o parte din sarcina suportată de medici. Pacienții care au fost supuși unei intervenții chirurgicale ambulatorii primesc puține informații în scris la externare.

Recomandări

276 Instituția supremă de audit din Irlanda a formulat următoarele recomandări:

- HSE ar trebui să monitorizeze nivelurile de intervenție chirurgicală ambulatorie în funcție de spital, procedură și specialitate, pentru a stabili situațiile în care nivelul cazurilor ambulatorii este scăzut pentru procedurile cu volum mare, și să își concentreze eforturile pe îmbunătățirea performanței în aceste situații. Spitalele ar trebui să stabilească obiective specifice pentru ratele chirurgiei ambulatorii, pentru fiecare clinician. Examinarea evaluărilor performanței chirurgicale a clinicienilor ar trebui să includă analiza ratelor de performanță chirurgicală ambulatorie.
- Pentru a optimiza ratele de chirurgie ambulatorie pentru proceduri electivă, HSE ar trebui să stabilească obiective adecvate separate pentru fiecare procedură chirurgicală. Obiectivele generale pentru regimul ambulatoriu stabilite pentru fiecare procedură ar trebui să se bazeze pe performanța din spitalele cu cele mai bune rezultate, iar pentru acele spitale care se numără deja printre cele mai performante ar putea fi stabilite obiective și mai ambițioase.
- Pentru a se asigura faptul că spitalele își concentrează atenția asupra creșterii ratelor chirurgiei ambulatorii pentru toate procedurile chirurgicale electivă, HSE ar trebui să mărească numărul de proceduri pentru care stabilește obiective privind ratele regimului ambulatoriu.

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Calitatea serviciilor medicale

110

- HSE ar trebui să monitorizeze cazurile clasificate în prezent ca fiind cazuri de chirurgie ambulatorie, pentru a se asigura că toate spitalele direcționează cazurile chirurgicale către regimul cel mai adecvat și mai economic.
- Toate spitalele ar trebui să instituie protocoale și liste de verificare convenite la nivel local care să stabilească în mod clar criteriile care trebuie aplicate de către clinicieni atunci când selectează pacienții cărora le este indicată chirurgia ambulatorie. HSE ar trebui să supravegheze acest proces pentru a asigura o armonizare a abordării de la un spital la altul.
- Pentru a identifica domeniile în care ratele chirurgiei ambulatorii sunt mici, conducerea spitalului ar trebui să monitorizeze ratele de intervenție chirurgicală ambulatorie pentru fiecare clinician și pentru fiecare specialitate. HSE ar trebui să solicite de la spitale confirmarea faptului că ratele scăzute de chirurgie ambulatorie sunt discutate în mod regulat cu echipele clinice relevante.
- Spitalele ar trebui să se asigure că sunt instituite proceduri de evaluare preoperatorie pentru a identifica în avans pacienții cărora nu le este indicată chirurgia ambulatorie.
- Spitalele ar trebui să se asigure că pacienții tratați în ambulatoriu primesc informații adecvate în formă scrisă la externare. Informațiile scrise ar trebui să fie clare, complete și disponibile în limbile relevante. HSE ar trebui să acorde sprijin spitalelor în furnizarea acestor informații.
- Evaluarea măsurii în care pacienții sunt pregătiți pentru externare ar trebui efectuată, în mod ideal, de asistenții medicali pe baza unor criterii prestabilite.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

277 Raportul a fost prezentat Comitetului pentru finanțe publice din Dáil Éireann (Parlamentul Irlandei). Acesta a fost publicat pe site-ul instituției supreme de audit a Irlandei, *Office of the Comptroller and Auditor General*, la 19 august 2014. Publicarea a fost însoțită de un comunicat de presă. HSE a fost de acord să pună în aplicare recomandările rezultate în urma auditului. Rămâne de văzut ce impact va avea acest lucru asupra eficienței și asupra costului chirurgiei elective sau asupra calității serviciului oferit pacienților.

Impactul preconizat

278 Oportunități prin care HSE să obțină câștiguri de eficiență pe plan operațional și în materie de costuri în ceea ce privește intervențiile chirurgicale elective ambulatorii.

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

112

Noile tehnologii și e-sănătatea



Bulgaria
Сметна палата на Република
България
e-Sănătatea

Prezentare generală

279 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Bulgaria a evaluat dacă e-sănătatea a fost dezvoltată în mod eficace în Bulgaria. Auditul a acoperit perioada cuprinsă între 1 ianuarie 2012 și 30 iunie 2016.

280 Bulgaria a început să introducă e-sănătatea în 2006 și aceasta este menționată ca o prioritate în strategiile și planurile guvernamentale. Până în 2016 nu se implementase încă un sistem adecvat de informații despre sănătate care (1) să furnizeze datele necesare în procesele decizionale și (2) să permită schimburi transfrontaliere de date medicale.

Modul în care s-a efectuat auditul

281 Principala întrebare de audit a fost: „A fost e-sănătatea dezvoltată în mod eficace în Bulgaria?”

282 Pornind de la această întrebare, instituția supremă de audit a procedat la o examinare pentru a răspunde la următoarele două întrebări secundare:

- Au fost stabilite condițiile prealabile pentru introducerea și dezvoltarea e-sănătății?
- Au fost atinse obiectivele de creare și de dezvoltare a e-sănătății?

283 Principalele entități auditate au fost Ministerul Sănătății, Fondul național de asigurări de sănătate (FNAS) și Centrul național pentru sănătate publică și analiză (CNSPA).

284 Pentru a îndeplini obiectivele auditului, s-au utilizat metode standard de colectare și de analiză a datelor cum ar fi examinări documentare, interviuri cu funcționari din cadrul Ministerului Sănătății, al CNSPA și al FNAS și studii de caz.

285 Acuratețea și integritatea dosarelor medicale electronice a fost evaluată prin metoda de tip „clientul misterios”. Instituția supremă de audit din Bulgaria a luat măsuri speciale pentru protejarea datelor cu caracter personal ale participanților. Satisfacția și gradul de conștientizare în rândul cetățenilor au fost măsurate prin sondaje de opinie publică desfășurate de o agenție specializată.

Observațiile principale

286 Nu au fost create condițiile prealabile necesare pentru implementarea eficace a e-sănătății:

- nu exista un cadru de reglementare pentru e-sănătate și pentru componentele acesteia;
- existau deficiențe în ceea ce privește planificarea operațională și repartizarea obiectivelor, măsurilor și activităților strategice la nivelul Ministerului Sănătății, al CNSPA și al FNAS;
- e-sănătatea era introdusă în contextul unor schimbări structurale și de personal foarte frecvente, atât la nivelul superior de conducere, cât și la nivelul personalului specializat, ceea ce a avut un puternic impact negativ asupra trasabilității procesului și asupra realizării obiectivelor;
- repartizarea responsabilităților pentru introducerea e-sănătății nu a fost suficient de cuprinzătoare sau a fost inadecvată;
- nu fusese instituit un sistem eficace de coordonare și de armonizare a acțiunilor, a proiectelor și a achizițiilor publice între instituții, ceea ce a dus la cheltuieli ineficiente a banului public și la întârzieri în îndeplinirea priorităților strategice.

287 În perioada auditată, s-au înregistrat întârzieri în ceea ce privește introducerea e-sănătății în Bulgaria și acțiunile instituțiilor puteau fi considerate ineficace din următoarele motive:

- Nu a existat un concept clar în spatele construcției sistemului sau a planului pentru resursele financiare necesare; a avut loc o suprapunere cu funcționalități și proiecte ale altor instituții etc.
- La 30 iunie 2016 nu existau standarde naționale în materie de informații medicale și nici o documentație medicală elaborată și aprobată care să permită prelucrarea electronică și schimbul electronic de informații medicale și legate de sănătate.
- Nu fusese încă instituit un sistem integrat adecvat de informații privind sănătatea.
- Sistemele de informații privind asistența medicală și registrele medicale nu erau integrate și nu fusese implementat un schimb de date în timp real între acestea.
- La aproape zece ani după ce necesitatea trimiterilor electronice, a prescripțiilor electronice și a altor programe informatice de partajare a datelor în timp real a fost declarată prioritate strategică, acestea nu fuseseră dezvoltate încă.
- Până la 30 iunie 2016 nu fusese creat niciun dosar medical electronic complet, care să ofere cetățenilor și cadrelor medicale informațiile necesare pentru luarea unor decizii adecvate în procesul de diagnostic, de tratament și de readaptare.
- La sfârșitul perioadei auditate, nu exista niciun portal național de sănătate funcțional care să fie utilizat ca punct unic de acces la servicii electronice de sănătate și care să ofere informații importante privind prevenirea bolilor, educația privind sănătatea etc.
- Rezultatele sondajului reprezentativ la nivel național au confirmat că acțiunile de implementare a e-sănătății fuseseră ineficace.

Recomandări

288 Ministerului Sănătății i-au fost adresat 20 de recomandări pentru îmbunătățirea următoarelor aspecte:

- o cadrul de reglementare și reglementarea responsabilităților;
- o organizarea generală a planificării și a implementării măsurilor;
- o sistemul de coordonare, de monitorizare și de verificare a implementării.

289 Directorului FNAS i-au fost adresate șapte recomandări referitoare la schimbul automat de date în timp real și la îmbunătățirea sistemelor informaționale.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

290 Raportul a fost prezentat Comitetului pentru buget și finanțe al Parlamentului bulgar și Comitetului pentru asistență medicală. Raportul a fost publicat în format electronic pe site-ul instituției supreme de audit la data de 28 iulie 2017. Publicarea a fost însoțită de un comunicat de presă.

291 Raportul de audit a fost prezentat, de asemenea, publicului larg prin diferite canale de mass-media din Bulgaria: presa scrisă, posturile naționale de radio și de televiziune, agenții de informare și mass-media electronică.

292 În conformitate cu procedura standard, se va desfășura o examinare a situației acțiunilor întreprinse în urma raportului, după termenul-limită prevăzut pentru implementarea recomandărilor.

Impactul preconizat

293 Implementarea e-sănătății este un proces complex și costisitor. Ținând cont de acest aspect, impactul preconizat al auditului constă în următoarele:

- o îmbunătățirea mediului de reglementare;
- o dezvoltarea unui concept clar de construire a e-sănătății, cu implicarea tuturor părților interesate;
- o o mai bună coordonare, pentru a elimina riscurile cheltuirii ineficiente a banului public;
- o acțiuni urgente întreprinse de instituțiile relevante pentru a pune în aplicare măsuri publice esențiale, cum ar fi dosarele medicale electronice, prescripțiile electronice, trimerile electronice, un portal național de sănătate și un sistem național de informații în materie de sănătate.



Estonia
Riigikontroll

Activitățile statului în ceea ce privește
implementarea sistemului de e-sănătate

Prezentare generală

294 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Estonia a evaluat implementarea sistemului național de informații privind e-sănătatea.

295 Primele planuri de implementare a e-sănătății în Estonia au fost pregătite în 2004. În 2005, guvernul a aprobat Planul de dezvoltare a sistemului de informații privind sănătatea în Estonia pentru perioada 2005-2008. Fundația estoniană pentru e-sănătate a fost înființată în noiembrie 2005. Deși sistemul de informații privind sănătatea ar fi trebuit să fie pe deplin funcțional din 2013, registrul electronic de sănătate (baza centrală de date medicale) fusese implementată doar parțial, furnizorii de servicii medicale (în calitate de principali utilizatori ai serviciilor de e-sănătate) nu erau mulțumiți de sistem și s-au cheltuit mai mulți bani decât se planificase inițial.

296 Perioada auditată a fost 2005-2012 și au fost acoperite toate activitățile desfășurate de la înființarea Fundației estoniene pentru e-sănătate.

Modul în care s-a efectuat auditul

297 Întrebările principale de audit au fost următoarele:

1. Sistemul informațional de e-sănătate își îndeplinește obiectivele și a fost implementat conform planului? Dacă nu, care sunt motivele?
2. Condițiile prealabile ale sistemului de e-sănătate actual îi permit acestuia să își îndeplinească obiectivele în viitor?

298 Principalele entități auditate au fost Ministerul Afacerilor Sociale, Fundația estoniană pentru e-sănătate, Fondul estonian de asigurări de sănătate și Autoritatea pentru sisteme de informații (ASI) a Republicii Estonia.

299 Metodologia de audit a inclus analiza unor documente și a unor rapoarte, un sondaj efectuat în rândul a aproximativ 200 de medici, analiza datelor, observarea sistemelor de informații privind e-sănătatea (mai exact, funcționalitatea acestora și interfața de utilizator pentru medici) în cooperare cu furnizorii de servicii de sănătate și interviuri cu reprezentanții entităților auditate și ai furnizorilor de servicii medicale.

Observațiile principale

300 Instituția supremă de audit din Estonia a constatat că obiectivele în materie de e-sănătate nu fuseseră atinse, întrucât:

- în pofida planurilor inițiale, datele din sistemul de e-sănătate nu puteau fi utilizate pentru statistici naționale, pentru ținerea unor registre sau pentru supraveghere și nu erau utilizate în mod activ de medici în scopuri de tratament;
- prescripția digitală era singura soluție electronică creată de stat care era utilizată în mod activ;
- utilizarea dosarelor medicale electronice și a referințelor electronice la imagistică medicală era modestă, iar înregistrarea digitală (un sistem de rezervare electronică pentru programări) nu fusese lansată în cei cinci ani de la finalizarea sa;
- e-sănătatea nu avea un manager strategic care să urmărească interesele statului și acest lucru a blocat implementarea;
- crearea și implementarea sistemului de e-sănătate au costat considerabil mai mult decât era planificat și nu se cunoștea cuantumul fondurilor suplimentare necesare;
- e-sănătatea nu a ajutat la economisirea fondurilor asigurărilor de sănătate și nici la optimizarea timpului de lucru al medicilor;
- instituțiile statului nu beneficiau încă de datele din sistemul de e-sănătate, deoarece multe date lipseau sau erau de slabă calitate. Deși furnizorii de servicii de sănătate

trebuie să trimită dosare medicale către sistemul de e-sănătate, acest lucru nu a fost realizat în mod sistematic și numeroase date nu au fost transmise deloc.

301 Instituția supremă de audit a constatat că motivul care explică lansarea slabă a sistemului de e-sănătate a fost activitatea haotică și nedirecționată a Ministerului Afacerilor Sociale, în calitate de manager strategic responsabil pentru dezvoltarea și implementarea e-sănătății. Instituția supremă de audit a concluzionat că succesul e-sănătății depindea de consolidarea rolului de lider al Ministerului Afacerilor Sociale.

Recomandări

302 Instituția supremă de audit din Estonia a formulat o serie de recomandări. În cele ce urmează sunt enumerate recomandările principale:

- Identificarea intereselor statului în punerea în aplicare a e-sănătății și, apoi, stabilirea sarcinilor Ministerului Afacerilor Sociale și ale Fundației estoniene pentru e-sănătate în implementarea e-sănătății.
- Finalizarea și implementarea proiectelor de e-sănătate demarate deja (în primul rând, înregistrarea digitală și Registrul electronic de sănătate) înainte de a se încerca crearea unor noi servicii.
- Cu efect imediat, furnizorii de servicii de sănătate ar trebui să fie obligați să înceapă să utilizeze sistemul de informații de e-sănătate și, dacă este necesar, să condiționeze plata pentru servicii de utilizarea acestuia.
- Dezvoltarea ușurinței în utilizare a e-sănătății, în cooperare cu Fundația estoniană pentru e-sănătate.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

303 Raportul a fost prezentat entităților auditate, Comitetului pentru afaceri sociale și Comisiei speciale parlamentare pentru controlul bugetului de stat.

304 Raportul a fost publicat pe site-ul instituției supreme de audit. Publicarea a fost însoțită de un comunicat de presă. Cu o zi înainte de publicare, la sediul instituției supreme de audit a fost organizat un briefing de presă.

305 La 10 februarie 2014, Comisia specială parlamentară pentru controlul bugetului de stat a organizat o ședință deschisă la care au participat principalele părți interesate ale sistemului de e-sănătate și instituția supremă de audit. Ședința a fost transmisă în direct pe site-ul Parlamentului și de către un portal de știri important. De asemenea, instituția supremă de audit a scris un articol referitor la principalele observații de audit, care a fost publicat într-un cotidian foarte cunoscut.

306 S-a realizat o monitorizare a punerii în aplicare a recomandărilor din raport din aprilie până în septembrie 2019. S-a constatat că s-au înregistrat progrese semnificative în dezvoltarea sistemului de e-sănătate în ultimii cinci ani. Pe lângă prescripția digitală, au fost implementate imagistica digitală și portalul pacientului. De asemenea, înregistrarea digitală la nivel național pentru programări medicale a fost lansată în august 2019. Cu toate acestea, persistă mai multe blocaje importante. De exemplu, aspectul privind ușurința în utilizare a Registrului electronic de sănătate nu a fost îmbunătățit până în prezent, astfel încât cadrele medicale nu au acces rapid la toate informațiile necesare pentru a oferi pacientului un serviciu de înaltă calitate în timp util. De asemenea, sistemul de e-ambulanță necesită îmbunătățiri pentru a se asigura faptul că informațiile circulă eficient între ambulanțe și spitale, astfel încât pacienților să li se poată oferi cel mai rapid tratament posibil. În plus, trebuie îmbunătățite statisticile și capacitatea de analiză din cadrul sistemului de e-sănătate, pentru evaluarea calității serviciilor de asistență medicală.

Impactul preconizat

307 S-a preconizat că auditul va încuraja Ministerul Afacerilor Sociale să își îndeplinească rolul de lider strategic al sistemului de e-sănătate și să definească interesele statului în implementarea e-sănătății. Era important ca ministerul să se asigure că planificarea strategică și financiară sunt integrate, deoarece auditul a arătat că, la momentul respectiv, nu exista o imagine de ansamblu asupra costurilor implicate de finalizarea și implementarea proiectelor de e-sănătate. În ansamblu, se preconiza că raportul de audit va contribui la dezvoltarea sistemului de e-sănătate, astfel încât potențialul acestuia pentru furnizorii de servicii medicale, pentru pacienți și pentru stat să fie realizat pe deplin.



Letonia Valsts kontrole

Este proiectul „e-Sănătatea în Letonia” un pas
în direcția bună?

Prezentare generală

308 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Letonia a evaluat dacă activitățile Ministerului Sănătății și ale Serviciului național de sănătate au fost eficace și productive și dacă s-au concentrat pe realizarea obiectivelor introducerii e-sănătății și dacă investițiile în e-sănătate în Letonia au fost utilizate în mod economic și productiv. Auditul a acoperit perioada cuprinsă între 1 ianuarie 2007 și 1 aprilie 2015.

309 Termenul stabilit pentru implementarea e-sănătății a fost sfârșitul anului 2015. S-au investit 14,5 milioane de euro pe parcursul a nouă ani, dar niciun serviciu de e-sănătate nu era disponibil pentru utilizatori. Între timp, începând cu 1 ianuarie 2016, sistemul de informații în domeniul e-sănătății a devenit obligatoriu pentru toți furnizorii de servicii de asistență medicală (pentru tratamentul în ambulatoriu și pentru spitalizare, pentru programări electronice, pentru trimiteri electronice la examinări sau tratament, pentru prescripții electronice și pentru certificate de concediu medical electronice).

Modul în care s-a efectuat auditul

310 Întrebarea principală de audit a fost următoarea: A fost implementată e-sănătatea în așa fel încât să își atingă obiectivul de a promova o asistență medicală mai eficientă?

311 Pornind de la această întrebare principală, instituția supremă de audit a examinat dacă:

- o sistemul de e-sănătate ar putea să remedieze probleme și să atingă obiective;

- o activitățile desfășurate de Serviciul național de sănătate în vederea introducerii e-sănătății au fost adecvate pentru realizarea obiectivelor;
- o sistemul informațional de e-sănătate nou dezvoltat a asigurat securitatea informațiilor și protecția datelor cu caracter personal;
- o au fost instituite o supraveghere și controale eficiente pentru proiectul „e-Sănătatea în Letonia”.

312 Principalele entități auditate au fost Ministerul Sănătății și instituția din subordinea acestuia, Serviciul național de sănătate, care era responsabil pentru implementarea e-sănătății.

313 Metodologia de audit a inclus o analiză a legilor și reglementărilor externe, o evaluare a politicii puse în aplicare de Ministerul Sănătății și o evaluare a conformității sistemului de e-sănătate cu cerințele privind securitatea datelor și protecția datelor cu caracter personal (ale pacienților), precum și sondaje, o examinare documentară și interviuri cu funcționari din cadrul Ministerului Sănătății și din cadrul Serviciului național de sănătate.

Observațiile principale

314 Proiectul implementat de Ministerul Sănătății este un pas în direcția bună, și anume creșterea eficacității furnizării de servicii medicale. Acesta va oferi pacienților un control mai mare asupra sănătății lor, încurajându-i să mențină un stil de viață sănătos, și va oferi o justificare mai solidă pentru luarea deciziilor, va accelera furnizarea serviciilor în sectorul asistenței medicale și va asigura informații de înaltă calitate și accesibile.

315 Cu toate acestea, politica elaborată de Ministerul Sănătății în domeniul e-sănătății nu fusese pusă în aplicare conform sferei de cuprindere planificate și conform termenului planificat, astfel încât obiectivul de îmbunătățire a eficacității furnizării serviciilor de asistență medicală a fost atins doar parțial.

316 Au apărut deficiențe substanțiale (erori) încă de la începutul implementării proiectului privind e-sănătatea, și anume faptul că experții din sector nu au fost implicați în proiect, au avut loc multiple schimbări la nivelul instituției care implementează proiectul, au fost identificate situații de gestionare ineficace a proiectului și, în sfârșit, nu a existat o supraveghere adecvată a proiectului.

- o Deși Ministerul Sănătății pregătise un document de planificare pentru implementarea e-sănătății, aplicabil pe o perioadă de nouă ani (începând din 2007), acesta nu a fost actualizat și nu reflecta realitatea.
- o Deși au trecut nouă ani de la începutul proiectului privind e-sănătatea (din 2007) și deși Ministerul Sănătății a investit 14,5 milioane de euro în proiect, la 1 aprilie 2015, sistemul informațional în domeniul sănătății și serviciile electronice planificate nu erau accesibile utilizatorilor.
- o Exista riscul ca sistemul de e-sănătate să nu câștige suficientă popularitate în rândul populației și al furnizorilor de servicii de asistență medicală deoarece nu era inteligibil și accesibil tuturor utilizatorilor potențiali.
- o La 1 aprilie 2015, sistemul informațional de e-sănătate nu era încă pregătit din perspectiva securității datelor și a protecției datelor cu caracter personal.
- o Supravegherea și controalele implementării sistemului de e-sănătate, efectuate de Ministerul Sănătății, nu au fost suficient de eficace.

Recomandări

317 Oficiul Național de Audit din Letonia a formulat o serie de recomandări. Principala recomandare adresată Ministerului Sănătății a fost aceea că ar trebui să modifice reglementarea referitoare la data de începere a utilizării obligatorii a sistemului informațional privind e-sănătatea, prin stabilirea unui termen pentru soluționarea deficiențelor constatate, și să definească o perioadă rezonabilă – de cel puțin șase luni – pentru a permite părților interesate să adere la sistemul informațional privind e-sănătatea în mod voluntar.

318 Pentru a lansa cu succes intrarea în funcțiune a sistemului informațional de e-sănătate, instituția supremă de audit a recomandat Ministerului Sănătății următoarele măsuri:

- o să testeze în mod repetat toate soluțiile de e-sănătate dezvoltate, în conformitate cu cerințele specificațiilor tehnice, pentru a se asigura de funcționarea sistemului, de capacitatea acestuia de a interacționa cu alte sisteme și de compatibilitatea sa semantică;
- o să remedieze toate deficiențele și imperfecțiunile legate de securitatea datelor și de protecția datelor persoanelor fizice;
- o să elaboreze un plan de acțiuni care să implice toți furnizorii de servicii de asistență medicală care utilizează sistemul informațional de e-sănătate, pentru a îmbunătăți eficacitatea asistenței medicale;
- o după lansarea sistemului informațional privind e-sănătatea și atunci când furnizorii de servicii de asistență medicală sunt capabili să se alăture în mod liber acestui sistem, să lanseze o campanie de informare direcționată pentru promovarea acestuia.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

319 Raportul a fost prezentat Comisiei pentru cheltuieli publice și audit a Parlamentului. Raportul a fost publicat pe site-ul Oficiului Național de Audit al Letoniei la 8 septembrie 2015. Publicarea a fost însoțită de o conferință de presă și de un comunicat de presă.

320 Ministerul Sănătății trebuie să transmită Oficiului Național de Audit al Letoniei informații actualizate cu privire la punerea în aplicare a recomandărilor în conformitate cu intervalul de timp convenit pentru raportare. După primirea acestor informații, Oficiul Național de Audit al Letoniei evaluează progresele înregistrate de Ministerul Sănătății. Până în 2019, Ministerul Sănătății implementase 70 % din totalul recomandărilor.

Impactul preconizat

321 Întrucât auditul a fost efectuat într-un moment în care sistemul informațional privind e-sănătatea nu era încă obligatoriu și se afla încă în faza de implementare, s-a preconizat că toate recomandările de audit vor îmbunătăți procesul de implementare a e-sănătății și vor asigura în cele din urmă utilizarea cu succes a acestui sistem de către toate părțile interesate, pentru a îmbunătăți eficacitatea furnizării de servicii medicale. Începând cu 2016, sistemul informațional privind e-sănătatea și serviciile electronice au fost puse treptat la dispoziția utilizatorilor. Potrivit statisticilor, cele mai utilizate servicii de e-sănătate sunt certificatul electronic de concediu medical și prescripțiile electronice: în 2018 au fost emise 1 milion de certificate electronice de concediu medical și 11,7 milioane de prescripții electronice.

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

128

Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare



Finlanda

Valtiontalouden Tarkastusvirasto

Tendențele previzionate în materie de cheltuieli de asigurări sociale

Prezentare generală

322 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Finlanda (NAOF) a evaluat fiabilitatea tendințelor previzionate în materie de cheltuieli de asigurări sociale. Aceste previziuni sunt utilizate drept bază pentru deciziile în materie de politici și estimările privind sustenabilitatea economică.

323 Auditul s-a axat pe utilizarea modelului macroeconomic pentru previziunile privind tendințele în materie de cheltuieli de asigurări sociale. Modelul a fost redefinit în perioada 2007-2009 și auditul s-a concentrat în principal pe perioada de după 2010. Auditul a acoperit previziunile privind tendințele pe termen lung ale cheltuielilor de asigurări sociale care au fost utilizate ca bază pentru deciziile din domeniul politicii sociale și de sănătate. Unele dintre previziuni au fost pregătite în cadrul Ministerului Afacerilor Sociale și Sănătății, cu ajutorul modelului de analiză a cheltuielilor de asigurări sociale (modelul SOME).

Modul în care s-a efectuat auditul

324 Întrebarea principală de audit a fost următoarea: Cât de fiabile sunt previziunile privind tendințele în materie de cheltuieli de asigurări sociale, utilizate ca bază pentru deciziile în materie de politici și pentru estimările privind sustenabilitatea economică?

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare

130

325 Pornind de la această întrebare principală, NAOF a urmărit să răspundă la următoarele întrebări:

1. Ce fel de previziuni privind tendințele sau prognoze pentru cheltuielile de asigurări sociale sunt compilate pentru luarea deciziilor?
 - (a) Care sunt principalele diferențe dintre ele?
 - (b) Cum sunt utilizate acestea în procesele decizionale?
 - (c) Ce rol joacă în aceste previziuni prognozele privind populația produse de Institutul de Statistică din Finlanda?
 - (d) Ce fel de cooperare există între autoritățile care compilează și utilizează previziunile?
2. Ministerul Afacerilor Sociale și Sănătății dispune de capacitatea de a dezvolta modelul în funcție de cerere?
 - (a) Cât de flexibil este modelul în ceea ce privește dezvoltarea sa?
 - (b) Ministerul dispune de resurse suficiente și de know-how suficient pentru a dezvolta modelul?
3. Elaborarea politicilor se bazează pe metode deschise și transparente din punctul de vedere al previziunilor privind tendințele în materie de cheltuieli de asigurări sociale?
 - (a) Cum sunt documentate modelele și ipotezele subiacente?
 - (b) Se realizează și se publică în mod sistematic analize de sensibilitate bazate pe ipoteze?

326 Principalele entități auditate au fost Ministerul Afacerilor Sociale și Sănătății și Ministerul Finanțelor.

327 Probele de audit au fost obținute printr-o evaluare a transparenței și a metodologiei utilizate pentru previziunile tendințelor în cadrul Ministerului Afacerilor Sociale și Sănătății, în urma unor interviuri cu experți din cadrul Ministerului Afacerilor Sociale și Sănătății și din cadrul Ministerului Finanțelor, precum și din cadrul altor câtorva instituții care produc astfel de previziuni [Instituția de asigurări sociale a Finlandei (Kela) și Casa de pensii din Finlanda

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare

131

(ETK)], prin analiza și evaluarea comparativă a metodelor modelului SOME utilizate de Ministerul Afacerilor Sociale și Sănătății cu metodele utilizate pentru previziunile privind tendințele de Kela și ETK.

Observațiile principale

328 NAOF a formulat următoarele observații:

- Modelul SOME s-a dovedit a fi cel mai cuprinzător model utilizat în producția de previziuni ale tendințelor pe termen lung în materie de cheltuieli de asigurări sociale. Cadrul contabil era structurat în mod clar și oferea o bază adecvată pentru o dezvoltare ulterioară.
- Descrierea modelului și manualul tehnic erau cuprinzătoare și detaliate. Cu toate acestea, descrierea nu fusese actualizată, chiar dacă, de la introducerea sa, modelul încorporase o serie de modificări.
- Erau necesare versiuni mai avansate ale modelului. De exemplu, reforma socială și a sistemului de sănătate (reforma SOTE) a creat nevoia de previziuni ale tendințelor în materie de cheltuieli de asigurări sociale în fiecare regiune SOTE.
- Modelul SOME a jucat un rol central în estimările decalajului de sustenabilitate ale Ministerului Finanțelor, deoarece a servit ca bază pentru estimările cheltuielilor legate de vârstă. Previziunile tendințelor în materie de cheltuieli legate de vârstă au fost pregătite în comun de Ministerul Afacerilor Sociale și Sănătății și de Ministerul Finanțelor, în cadrul unei colaborări informale. Repartizarea responsabilităților în acest proces de cooperare a rămas neclară, deși responsabilitatea finală pentru estimarea decalajului de sustenabilitate revine Ministerului Finanțelor. Descrierea metodologiei aplicate în estimarea decalajului de sustenabilitate pentru cheltuielile legate de vârstă a fost de natură generală și s-a caracterizat prin lipsă de transparență.
- Scenariile sau analizele de sensibilitate produse pe baza modelului SOME nu au fost publicate în mod regulat. Publicarea sistematică a rezultatelor ar constitui o bază pentru un dialog între experți, ar face ca elaborarea de politici sociale și de sănătate și estimările decalajului de sustenabilitate produse de Ministerul Finanțelor să fie mai deschise și mai transparente și ar facilita dezvoltarea modelului.

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare

132

- Resursele alocate modelului SOME nu au fost neapărat adecvate pentru dezvoltarea acestuia în conformitate cu cererea și într-o manieră care să permită o analiză sistematică a constatărilor.

Recomandări

329 NAOF a formulat următoarele recomandări:

- Ministerul Afacerilor Sociale și Sănătății ar trebui să se asigure că manualul tehnic al modelului SOME este actualizat. Rapoartele privind calculele aferente scenariului produse cu modelul SOME și care conțin analize de sensibilitate ar trebui, de asemenea, să fie publicate în mod regulat.
- Atunci când dezvoltă modelul SOME, Ministerul Afacerilor Sociale și Sănătății ar trebui să țină seama de noile nevoi informaționale care decurg din reforma SOTE. Ministerul ar trebui să aloce resurse adecvate activității de dezvoltare și analizei periodice și să asigure o cooperare suficientă la nivel de experți cu alte organizații care produc previziuni ale tendințelor în materie de cheltuieli de asigurări sociale și care îi furnizează informații.
- Cooperarea dintre Ministerul Afacerilor Sociale și Sănătății și Ministerul Finanțelor în pregătirea estimării decalajului de sustenabilitate care va fi utilizată pentru cheltuielile legate de vârstă ar trebui descrisă într-un mod transparent. Ministerul Finanțelor ar trebui să pregătească o descriere aprofundată și transparentă a metodologiei privind estimarea decalajului de sustenabilitate și ar trebui să utilizeze analiza de sensibilitate în raportarea periodică a acestei estimări, de exemplu în legătură cu tendințele în materie de cheltuieli de asigurări sociale.
- Analiza bazată pe model ar putea fi, de asemenea, utilizată pe o scară mai largă în planificarea politicilor pe termen scurt.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

330 Raportul a fost prezentat entităților auditate și Comisiei de audit din Parlament. Raportul a fost publicat pe site-ul NAOF la 16 ianuarie 2017. Publicarea a fost însoțită de un comunicat de presă.

331 Procedura de monitorizare a fost efectuată conform planificării, în toamna anului 2018. Monitorizarea a fost realizată prin intermediul unui chestionar trimis entităților auditate. Raportul de monitorizare a fost publicat pe site-ul NAOF.

Impactul preconizat

332 S-a preconizat că Ministerul Afacerilor Sociale și Sănătății, responsabil pentru modelul SOME, va depune eforturi pentru dezvoltarea modelului, pentru documentarea metodologiei și pentru publicarea sistematică a rezultatelor previziunilor. De asemenea, s-a preconizat că Ministerul Finanțelor va îmbunătăți transparența metodologiei subiacente estimărilor privind sustenabilitatea economică și a modului în care a utilizat modelul SOME în contextul respectiv.



Grecia

Ελεγκτικό Συνέδριο

Audit tematic orizontal privind arieratele statului
în ceea ce privește spitalele, Organizația națională
pentru furnizarea serviciilor medicale (EOPYY)
și o direcție regională de sănătate

Prezentare generală

333 Instituția supremă de audit din Grecia a evaluat acumularea de arierate ale statului.

334 Auditul a acoperit perioada cuprinsă între 31 decembrie 2016 și 30 septembrie 2017.

Modul în care s-a efectuat auditul

335 Întrebările principale de audit au fost următoarele:

- o Finanțarea alocată de Mecanismul european de stabilitate pentru lichidarea arieratelor a fost utilizată în scopul prevăzut?
- o De ce arieratele continuă să se acumuleze?

336 Principalele entități auditate au fost șase spitale, Organizația națională pentru furnizarea serviciilor medicale (EOPYY) și Direcția 1 de sănătate a regiunii Attica.

337 Probele de audit au fost obținute în principal din interviuri, rapoarte de constatări preliminare către terți (furnizori), verificări la fața locului neanunțate privind livrările de bunuri și servicii, examinări documentare și verificarea legalității și a regularității documentelor și procedurilor.

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare

135

Observațiile principale

Datorii restante – arierate

338 Auditul a pus în evidență următoarele:

- o nereguli în ceea ce privește vechimea arieratelor și documente justificative sau de plată incomplete cu privire la bunurile și serviciile furnizate;
- o lipsa mecanismelor care monitorizează plata dobânzilor și a sancțiunilor financiare și evidențele privind stadiul cauzelor în instanță;
- o un număr semnificativ de datorii nu au fost înregistrate sau au fost înregistrate în mod eronat în Registrul de angajamente sau nu au fost contabilizate în sistemele informatice;
- o sistemele informatice nu au exportat rapoarte agregate și analitice specifice privind compensarea.

Programul de lichidare a arieratelor

339 Instituția supremă de audit elenă a constatat următoarele:

- o cazuri de nerespectare a regulii FIFO (primul intrat, primul ieșit) și a termenelor de lichidare a datoriilor, discrepanțe între documentele analizate și deficiențe în procedura de plată. Constatările referitoare la fiabilitatea datelor și a sistemelor de raportare au vizat în principal sistemele de înregistrare a datoriilor;
- o în plus, au fost identificate discrepanțe între sistemele de raportare.

340 Auditul s-a concentrat în continuare pe identificarea surselor de arierate noi. Constatările au fost următoarele:

- o O lipsă de lichidități imputabilă unor bugete nerealiste, impunerea de plafoane de cheltuieli de către Mecanismul european de stabilitate, întârzieri în aplicarea mecanismelor de rabat și de recuperare, întârzieri în colectarea veniturilor și reducerea creanțelor relevante în cadrul unor acorduri specifice.

- Din cauza complexității cadrului legislativ care reglementează procedurile de achiziții (și, în unele cazuri, din cauza lipsei de claritate a acestuia), procedurile de atribuire a contractelor nu au fost întotdeauna finalizate (ca urmare a birocrăției și a caracterului restrictiv al cadrului legislativ, care conduc la nenumărate angajamente și la întârzieri în rambursare datorate problemelor de legalitate) și a fost necesar un volum mare de documente justificative pentru lichidarea arieratelor.
- Evaluarea rezultatelor programului de plată a arieratelor a relevat faptul că programul nu era suficient de matur și că, în unele cazuri, regula autofinanțării – și anume plata de către entități a datoriilor proprii din resurse proprii – nu fusese respectată.

Recomandări

341 Instituția supremă de audit din Grecia recomandă următoarele:

- modernizarea sistemelor informatice și a modului în care acestea sprijină bugetele ordinare;
- utilizarea acestor sisteme pentru a extrage automat toate rapoartele necesare;
- actualizarea automată a Registrului de angajamente; introducerea unor modificări și îmbunătățiri specifice în cadrul acestuia pentru a asigura legalitatea și regularitatea înregistrării și plății datoriilor și arieratelor;
- aplicarea metodei „First-In-First-Out” (primul intrat, primul ieșit) la plata datoriilor și reconcilierea automată a plăților cu facturile mai vechi;
- asigurarea funcționării depline a organismului național central de achiziții pentru sectorul sănătății publice;
- instituirea următoarelor: protocoale de producție în funcție de procedura medicală, controale interne privind procedurile administrative de achiziții și de plată, o codificare și o clasificare unificate, specificații tehnice uniforme, coduri de bare și registre comune pentru consumabile, materiale și echipamente medicale;
- îmbunătățirea gestionării stocurilor;
- accelerarea evaluării ofertelor în cadrul procedurilor de atribuire a contractelor;

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare

137

- o consolidarea și adoptarea unui sistem informatic comun în toate spitalele;
- o utilizarea de indicatori (inclusiv indicatori-cheie de performanță), de criterii de referință, utilizarea contabilității analitice și a unui sistem de contabilitate pe bază de angajamente;
- o aplicarea în timp util a mecanismului de recuperare și compensare în relația cu furnizorii de servicii medicale;
- o întocmirea unor bugete realiste;
- o stabilirea unor regulamente de procedură, a unor controale interne în funcție de procedură și a unui manual de audit intern;
- o îmbunătățirea procesului de analiză a riscurilor în spitale; îmbunătățirea gradului de adecvare și a alocării personalului;
- o accelerarea procedurilor de lichidare și de plată; și
- o plata lunară a subvențiilor guvernamentale.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

342 Toate cele opt rapoarte au fost prezentate în Parlament, în cadrul unei reuniuni comune a Comisiilor parlamentare permanente pentru economie și afaceri sociale din octombrie 2018. Raportul a fost publicat pe site-ul Curții de Conturi a Greciei. Prezentarea menționată mai sus a fost difuzată de postul de televiziune al Parlamentului.

343 S-a stabilit ca monitorizarea să aibă loc în termen de un an.

Impactul preconizat

344 Auditul orizontal a urmărit să identifice cauzele acumulării de arierate de către administrația publică și să ajute guvernul să dezvolte strategii pentru a rezolva această problemă, precum și să își asume la nivel instituțional reformele necesare pentru a preveni acumularea de arierate noi.



Italia

Corte dei conti

Implementarea programului extraordinar de renovare a clădirilor și de modernizare tehnologică a proprietăților imobiliare ale instituțiilor de sănătate publică

Prezentare generală

345 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Italia a evaluat programul extraordinar de renovare a clădirilor și de modernizare tehnologică a proprietăților imobiliare de stat ale instituțiilor de sănătate publică.

346 Auditul a acoperit perioada 2012-2016.

347 Programul de renovare a clădirilor și de modernizare tehnologică a fost adoptat prin Legea nr. 67/88 și prima fază a fost încheiată în 1996. *Corte dei conti* a efectuat deja un audit și a prezentat un raport în mai 2011.

Modul în care s-a efectuat auditul

348 Întrebarea principală de audit a fost următoarea:

- o Este posibil un echilibru între interesul național al stabilității finanțelor publice și prioritățile și nevoile în materie de sănătate și de siguranță a structurilor?

349 Principala entitate auditată a fost Ministerul Sănătății.

350 Evaluarea a fost realizată pe baza probelor obținute din solicitările de informații și de documente adresate Ministerului Sănătății (Direcția Generală de planificare în domeniul sănătății), care este responsabil pentru implementarea programului de investiții în infrastructură.

Observațiile principale

351 Instituția supremă de audit din Italia a formulat următoarele observații:

- o Ministerul Sănătății nu elaborase încă **Documentul de planificare multianuală**, astfel cum este prevăzut în Decretul legislativ nr. 228/2011.
- o Așa-numita metodologie „Mexa” nu a permis o evaluare reală a eficacității intervențiilor.
- o Raportul anual transmis de regiuni Ministerului Sănătății cu privire la evoluția lucrărilor a fost considerat inadecvat ca instrument de monitorizare a implementării proiectelor. Documentul privind stadiul de realizare a lucrărilor transmis de regiuni o dată pe an nu este adecvat, deoarece nu prezintă în mod corespunzător progresul real.
- o Parteneriatul public-privat nu a fost utilizat într-un mod eficient și resursele private erau reduse.

Recomandări

352 Instituția supremă de audit din Italia a formulat următoarele recomandări:

- o Ministerul Sănătății ar trebui să adopte Documentul de planificare multianuală, astfel cum este prevăzut în Decretul legislativ nr. 228/2011;
- o metodologia „Mexa” ar trebui să permită atât controlul strategic, cât și auditul performanței. Evaluarea investițiilor publice ar trebui să facă parte dintr-un sistem de control de gestiune care să includă atât stabilirea de obiective, cât și evaluarea rezultatelor obținute.

353 În plus, ar trebui dezvoltat un parteneriat public-privat care să permită:

- o relații și conexiuni între sectorul public și cel privat;
- o o vizibilitate mai mare a proiectului, pentru a implica pe deplin partenerul privat în procesul de luare a deciziilor; și

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare

140

- o gestionarea mai adecvată a riscurilor legate de proiecte.

354 Mai mult, ministerul ar trebui să favorizeze întreprinderile private care se axează pe investiții pe termen lung și care sunt capabile să finanțeze proiecte în faza inițială.

355 Este fundamentală reorganizarea și îmbunătățirea colectării informațiilor administrative și contabile cu privire la procesele de gestiune pe care se bazează implementarea programului.

356 Ministerul Sănătății ar trebui să fie la curent cu orice inițiativă întreprinsă de entitățile locale cu privire la infrastructurile de sănătate finanțate din resurse naționale sau europene. De asemenea, ministerul ar trebui să creeze o bază de date în care să se colecteze informațiile necesare pentru a îmbunătăți activitățile de planificare și pentru a optimiza investițiile.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

Prezentarea raportului:

357 Raportul a fost prezentat Parlamentului, Ministerului Economiei și Finanțelor, Ministerului Sănătății și regiunilor Veneto, Emilia Romagna și Calabria.

358 Raportul a fost publicat pe site-ul *Corte dei conti* la 9 aprilie 2018.

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare

141

Impactul preconizat

359 Instituția supremă de audit din Italia preconizează următorul impact:

- o Modificări legislative pentru facilitarea renovării clădirilor și a modernizării tehnologice a bunurilor imobile deținute de sectorul sănătății publice.
- o O mai bună evaluare a problemelor critice evidențiate de entitățile auditate, pentru a identifica noi soluții.
- o Un accent mai mare pe siguranța clădirilor, în special în legătură cu materialele antiseismice și ignifuge.



Luxemburg
Cour des comptes
Finanțarea publică a investițiilor în spitale

Prezentare generală

360 Instituția supremă de audit din Luxemburg a evaluat finanțarea publică a investițiilor spitalicești în perioada 2011-2017.

Modul în care s-a efectuat auditul

361 Obiectivul auditului a fost de a verifica dacă au fost îndeplinite cerințele Regulamentului Marelui Ducat de stabilire a normelor detaliate pentru participarea statului la investițiile în spitale. În plus, instituția supremă de audit a analizat eficacitatea și coerența mecanismelor de inspecție din Ministerul Sănătății în ceea ce privește validarea cererilor de rambursare depuse de spitale.

362 Principalele entități auditate au fost Ministerul Sănătății și un eșantion de beneficiari ai participării statului.

363 Metodologia de audit a inclus interviuri cu reprezentanții organismelor auditate și o analiză a documentelor furnizate.

Observațiile principale

Participarea statului la finanțarea modernizării, renovării sau a construirii de spitale

364 Ministerul Sănătății nu a furnizat o declarație financiară care să compare costurile proiectelor autorizate de lege cu costul real al investițiilor și care să includă explicații justificative pentru orice depășiri ale costurilor peste limitele legale.

Dispozițiile juridice și normative

365 Deși acest lucru este impus prin lege, nu a existat niciun acord cu privire la furnizarea de sprijin pentru unele dintre proiectele spitalicești, de exemplu extinderea unui spital și efectuarea de lucrări la instalația centrală de sterilizare a unui alt spital. În plus, lucrările la un proiect au fost realizate fără o autorizație oficială prealabilă din partea ministrului sănătății.

366 Legea prevede, de asemenea, că procedurile detaliate pentru ajutorul financiar trebuie stabilite printr-un regulament – de exemplu, în ceea ce privește termenele și procedurile de examinare a dosarelor, documentele justificative care trebuie furnizate, cazurile în care este necesar un studiu privind nevoile și impactul, precum și sfera de cuprindere a unui astfel de studiu. Cu toate acestea, până la data auditului nu fusese încă adoptat un astfel de regulament.

Monitorizarea proiectelor de construcție și/sau de modernizare

367 Pentru cele patru proiecte incluse în eșantion, managerii de proiect au pregătit în mod regulat rapoarte intermediare de activitate, dar nu le-au transmis în mod sistematic ministerului, astfel cum prevede regulamentul.

368 Auditorii au constatat, de asemenea, diverse neconcordanțe între programarea multianuală a Fondului de infrastructură spitalicească, întocmit ca parte a bugetului de venituri și cheltuieli al statului, și tabelele de monitorizare ale proiectelor subvenționate, care au fost întocmite pentru fiecare spital de către Ministerul Sănătății.

369 În ceea ce privește ajustarea bugetului pentru proiectele de investiții spitalicești astfel încât să se țină cont de modificările indicelui prețurilor de construcție, auditorii au remarcat că Ministerul Sănătății nu dispunea de mijloacele necesare pentru a determina cu precizie bugetul disponibil pentru un proiect în derulare sau pentru a verifica acuratețea calculului spitalelor.

Cereri de rambursare

370 Auditorii au constatat că (1) proiectele au fost autorizate și subvenționate de entități separate; (2) contactul dintre aceste entități a lipsit; și (3) un singur funcționar a fost responsabil pentru verificarea cererilor de rambursare.

371 Legea îl împuternicește pe comisarul guvernamental pentru spitale să verifice alocarea subvențiilor publice și cererile de rambursare. Deși competențele acestui funcționar au fost consolidate, auditorii au concluzionat că acesta nu este în măsură să își îndeplinească îndatoririle pe deplin din cauza resurselor umane insuficiente.

372 În plus, potrivit legii, statul acoperă 80 % din costurile investițiilor în bunuri mobile și imobile din cadrul spitalelor care au fost autorizate de ministrul sănătății. Cu toate acestea, auditorii au remarcat abateri de la această regulă din partea ministrului sănătății în mai multe ocazii.

373 În ceea ce privește domeniile care nu pot fi subvenționate de Ministerul Sănătății, regulamentul specifică faptul că, pentru acele părți ale proiectului care nu pot fi separate, costurile părților nesubvenționate vor fi calculate la sfârșitul lucrărilor. Cu toate acestea, pentru un proiect din eșantion, doar costurile pentru parcare subterană au fost reevaluate la sfârșitul proiectului. În cazul unui alt proiect, costurile domeniilor nesubvenționate au fost într-adevăr reevaluate, dar nu a fost clar dacă această separare era relevantă, întrucât diverse detalii nu fuseseră comunicate.

374 Deși regulamentul prevede că ministrul sănătății poate adopta norme de eligibilitate uniforme pentru toate spitalele, acest lucru nu a fost pus în aplicare.

Recomandări

Participarea statului la finanțarea modernizării, a renovării și construirii de spitale

375 Ministerul Sănătății ar trebui:

- o să transmită periodic Camerei Deputaților informații actualizate cu privire la progresele înregistrate în desfășurarea proiectelor majore de investiții spitalicești finanțate din fonduri publice;
- o să urmeze proceduri similare cu cele aplicate în cadrul Camerei Deputaților pentru proiecte de infrastructură implementate de stat; cu alte cuvinte, orice modificare semnificativă a programului trebuie examinată, un nou proiect de lege trebuie depus ori de câte ori cheltuielile unui proiect depășesc cu 5 % suma autorizată și trebuie prezentată o defalcare finală a cheltuielilor pentru fiecare proiect individual autorizat printr-o lege de finanțare.

Monitorizarea proiectelor de construcție și/sau de modernizare

376 Ministerul Sănătății ar trebui:

- o să specifice informațiile de care are nevoie și să impună transmiterea regulată a rapoartelor;
- o să examineze în detaliu datele financiare aferente proiectelor și să folosească un instrument de monitorizare unic în acest scop;
- o să creeze propriul instrument de calcul al ajustărilor bugetare și să informeze periodic spitalele cu privire la bugetul rămas.

Cererile de rambursare

377 Sarcinile de autorizare și de finanțare a proiectelor de modernizare și/sau de construcție ar trebui reunite în cadrul unei noi unități speciale, care să includă experți din partea Administrației clădirilor publice. Ministerul ar trebui să întocmească o listă cu costurile de investiții care nu sunt eligibile pentru subvenții, să stabilească limite financiare pentru anumite tipuri de cheltuieli și să includă lista în acordurile de finanțare viitoare. Toate părțile ar trebui reevaluate la sfârșitul proiectului și ar trebui furnizată o defalcare a costurilor reale suportate.

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare

146

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

378 Potrivit principiului contradictorialității, constatările și recomandările au fost trimise entității auditate la 15 noiembrie 2018. Raportul special a fost prezentat Camerei Deputaților la 29 aprilie 2019 și ulterior a fost publicat pe site-ul instituției supreme de audit împreună cu un comunicat de presă.

379 Comisia pentru execuție bugetară a Camerei Deputaților monitorizează situația acțiunilor întreprinse în urma rapoartelor speciale ale Curții de Conturi și întocmește un raport cu privire la măsurile luate de autoritățile vizate ca răspuns la recomandările Curții.

Impactul preconizat

380 Impacturile preconizate constau în optimizarea procesului procedural de subvenționare a investițiilor spitalicești și în informarea periodică a Camerei Deputaților cu privire la progresele realizate în desfășurarea proiectelor majore de investiții spitalicești finanțate de stat.



Republica Cehă
Nejvyšší kontrolní úřad

**Fondurile cheltuite de o selecție de spitale pentru
rambursarea cheltuielilor**

Prezentare generală

381 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Republica Cehă a evaluat conformitatea spitalelor universitare cu reglementările legale în materie de achiziții de materiale, bunuri și servicii și măsura în care ministerele, în calitate de fondatori ai spitalelor, și-au respectat obligațiile prevăzute de lege. Auditul a acoperit perioada 2014-2016.

382 Instituția supremă de audit a verificat achizițiile de medicamente și de dispozitive medicale care au implicat volume semnificative. Mai mult, auditorii au verificat dacă spitalele universitare și-au îndeplinit obligația de a selecta furnizorii prin proceduri de achiziții publice și au evaluat dacă ministerele și-au respectat obligațiile de fondatori prevăzute de lege.

Modul în care s-a efectuat auditul

383 Întrebările principale abordate în cadrul auditului au fost următoarele:

- Achiziția de materiale, bunuri și servicii (în special medicamente și dispozitive medicale) de către spitalele universitare respectă reglementările legale și este eficientă și eficace din punctul de vedere al costurilor?
- Există diferențe semnificative la nivelul prețului unitar de achiziție între spitalele universitare?
- Ministerul Sănătății și Ministerul Apărării își îndeplinesc rolul de fondatori ai spitalelor universitare?

384 Principalele entități auditate au fost fondatorii spitalelor universitare, și anume Ministerul Sănătății, Ministerul Apărării, precum și următoarele spitale universitare: Spitalul Universitar din Brno, Spitalul Universitar din Motol și Spitalul Militar Central – Spitalul Universitar Militar din Praga).

385 Evaluarea a fost realizată pe baza analizei probelor colectate, pe baza unei examinări documentare, a interviurilor și pe baza comparațiilor.

Observațiile principale

386 Instituția supremă de audit din Republica Cehă a formulat următoarele observații:

- Achiziționarea de materiale și bunuri a fost adecvată în circumstanțele date, dar nu întotdeauna eficace din punctul de vedere al costurilor sau conformă cu legislația. Achiziționarea de servicii nu a fost întotdeauna eficace din punctul de vedere al costurilor sau conformă cu legislația. În unele cazuri, ministerele nu și-au respectat obligațiile de fondatori în conformitate cu legea.
- Spitalele universitare au achiziționat medicamente fie prin proceduri de achiziții, fie prin achiziții directe de la furnizori. Din cauza portofoliului amplu de medicamente și de dispozitive medicale utilizate, a eforturilor de a asigura funcțiile vitale ale pacienților, a existenței unui singur producător pe piață sau a unei proceduri de licitație nereușite, spitalele universitare nu au avut întotdeauna posibilitatea să selecteze un furnizor pe baza rezultatelor unei proceduri de licitație. Procentul de consumabile achiziționate în afara unor proceduri de licitație a fost considerabil, deși toate spitalele universitare (cu excepția Spitalului Universitar din Brno) au precizat motivele pentru care au achiziționat medicamente și consumabile medicale fără o procedură de licitație.
- Criteriile stabilite pentru evaluarea ofertelor nu au fost uniforme pentru toate spitalele universitare.
- O comparație între prețurile unitare de achiziție plătite de fiecare spital universitar dintr-un eșantion de audit pentru aceleași medicamente și dispozitive medicale a relevat diferențe semnificative atât la nivel de valori absolute, cât și procentual.

- Prețurile unitare de achiziție corespunzătoare unui eșantion selectat de medicamente și de dispozitive medicale diferă semnificativ de la un spital universitar la altul, existând adesea diferențe chiar și între achizițiile de la aceiași furnizori. Aceste diferențe de preț s-au datorat în principal reducerilor oferite de furnizori, existenței unui singur producător, penuriilor cu care se confruntau furnizorii, achizițiilor fără licitație, distribuției directe de către un singur furnizor, modificărilor de rambursare sau introducerii pe piață a unui produs generic. Date fiind aceste diferențe considerabile de preț, instituția supremă de audit consideră că există posibilități de reducere a costurilor.
- Sistemul de bonificații la achiziția de produse farmaceutice și de dispozitive medicale nu era reglementat în mod clar. Conceptul de bonificație nu era definit prin lege, ci se baza doar pe termenii unei relații contractuale specifice dintre spitalul universitar și furnizor. Spitalele universitare nu urmau o procedură unificată de negociere a bonificațiilor și de utilizare a veniturilor din bonificații. În general, spitalele universitare au încheiat contracte de bonificație separat de relația principală de furnizare. Invocând secretul comercial, spitalele universitare nu au divulgat contractele de bonificație în registrul de contracte și nici valoarea bonificațiilor contractate.
- Spitalul Universitar din Brno a încălcat disciplina bugetară folosind în mod nejustificat fonduri pentru achiziționarea de dispozitive medicale și de servicii de eliminare a deșeurilor.
- Spitalul Militar Central și-a utilizat activele în mod ineficient, nereușind să furnizeze probe concludente pentru 15 facturi aferente unor consultații juridice.

Recomandări

387 Instituția supremă de audit din Republica Cehă a formulat următoarele recomandări:

- spitalele universitare trebuie să achiziționeze medicamente și dispozitive medicale pe baza procedurilor de achiziții publice, care reprezintă o obligație legală și o precondiție necesară pentru gestiunea economică a fondurilor și pentru selectarea transparentă a furnizorilor;
- Ministerul Sănătății și Ministerul Apărării trebuie să stabilească în mod clar regulile pentru primirea, raportarea și gestionarea bonificațiilor de la furnizorii de servicii medicale;

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare

150

- În cadrul procedurilor de achiziții publice, spitalele universitare trebuie să stabilească drept criteriu de selecție a ofertei câștigătoare nu doar prețul, ci – având în vedere caracterul și complexitatea obiectului contractului de achiziție publică – și bonificația, în cazul în care s-a stabilit o bonificație;
- Ministerul Sănătății trebuie să abordeze strategii de dezvoltare și să își pregătească propriul concept de dezvoltare a organizațiilor pe care le administrează în mod direct;
- Ministerul Sănătății și Spitalul Universitar din Brno trebuie să examineze utilitatea și raționamentul fondului de dotare al acestuia din urmă și să analizeze motivele pentru care acesta ar trebui să fie menținut în continuare;
- Ministerul Apărării trebuie să abordeze riscul identificat în furnizarea de fonduri către Spitalul Universitar Militar din Praga.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

388 Raportul a fost prezentat guvernului la 8 aprilie 2019.

389 Raportul a fost publicat pe site-ul instituției supreme de audit la 3 septembrie 2018. Această concluzie de audit a fost publicat în Buletinul nr. 4/2018 al instituției. Publicarea a fost însoțită de un comunicat de presă.

390 Încă nu s-a examinat situația acțiunilor întreprinse în urma raportului.

Impactul preconizat

391 Se preconizează modificări ale procedurilor aplicate de spitalele universitare, precum și îmbunătățirea modului în care ministerele își îndeplinesc rolurile, în special în ceea ce privește adoptarea regulilor privind bonificațiile, procedurile de achiziții și monitorizarea funcționării practice și economice a spitalelor universitare, pe baza unui raport optim cost-eficacitate.



Slovacia

Najvyšší kontrolný úrad

Slovenskej republiky

Finanțele publice și proprietățile deținute de unitățile medicale

Prezentare generală

392 Auditul instituției supreme de audit din Slovacia a evaluat conformitatea cu reglementările legale a finanțelor publice și a proprietăților deținute de unitățile de asistență medicală.

393 Auditul a acoperit perioada 2011-2015. Pentru o evaluare obiectivă a unora dintre elementele factice auditate, au fost luați în considerare și alți ani.

Modul în care s-a efectuat auditul

394 Întrebările principale de audit au fost următoarele:

- Bugetul entității auditate a fost realist?
- A fost respectat principiul bugetului echilibrat?
- Care era starea de soliditate financiară a unităților medicale individuale?
- Au fost plătite datoriile entităților auditate?
- Entitatea auditată a investit în achiziționarea de echipamente medicale noi și au fost întocmite planuri de investiții?
- Achizițiile publice au fost transparente și nediscriminatorii și au fost respectate principiul economiei și cel al eficienței?
- Există diferențe între tipurile de unități de asistență medicală (din perspectiva proprietății) în fiecare dintre zonele auditate?

395 Principalele entități auditate au fost spitale și unități medicale, care includeau: 22 de instituții publice (14 entități de stat și 8 autonome), 10 instituții care fuseseră transformate în alte tipuri de entități (societăți pe acțiuni, societăți cu răspundere limitată, organizații non-profit) și 6 entități private.

396 Metodologia de audit a inclus examinări documentare, interviuri, evaluări comparative și analize de date statistice.

Observațiile principale

397 Multe constatări au fost valabile pentru toate tipurile de unități de asistență medicală (de stat, autonome, convertite și private), dar, în unele domenii, abordările în materie de gestiune au fost semnificativ diferite.

- Procesul de întocmire și de aprobare a bugetelor în unitățile de stat și în cele autonome nu a fost realist, întrucât în anii anteriori rezultatul economic fusese negativ. Fondatorii, care aprobă și controlează bugetele, sunt în egală măsură responsabili pentru calitatea insuficientă a bugetelor. Un acces mai bun la gestionarea bugetului și a activelor a fost constatat în unitățile convertite și în special în cele private.
- A existat o legătură directă între nivelul de gestiune, controlul resurselor bugetare și rezultatele economice obținute. Modul de administrare a majorității unităților medicale convertite și a spitalelor private (cu excepția unui spital convertit și a unui spital privat) a avut ca rezultat obținerea unui profit.
- Costurile asistenței medicale au crescut, dar nu au fost acoperite de venituri. Entitățile auditate au raportat volume semnificative de asistență medicală neplătită. Instituția supremă de audit din Slovacia consideră neplata asistenței medicale recunoscute de către societățile de asigurări de sănătate drept una dintre principalele cauze ale îndatorării spitalelor.
- S-a înregistrat o creștere de la an la an a angajamentelor pentru o durată până la o treime din perioada auditată (2011-2015).

PARTEA A TREIA – Rapoartele instituțiilor supreme de audit pe scurt

Sustenabilitatea fiscal-bugetară și alte aspecte financiare

153

- Investițiile în domeniul tehnologiei medicale au avut un nivel redus în unitățile de asistență medicală de stat, ceea ce a dus la o creștere a costurilor de reparație și de întreținere. În plus, nu exista niciun plan de investiții.
- În domeniul achizițiilor publice s-au constatat deficiențe, și anume discriminarea ofertanților, acordarea unui avantaj informațional unora dintre ofertanți, corelarea achizițiilor de echipamente medicale cu lucrări de construcție, suspiciuni de coluziune și de practicare a unor prețuri excesive. În unitățile private, prețul echipamentelor medicale achiziționate a fost semnificativ mai mic decât în unitățile cu o altă formă de proprietate.
- S-au încheiat o serie de contracte dezavantajoase de furnizare de servicii în unitățile medicale de stat și în cele autonome.
- Obiectivele grupurilor constituite pentru e-sănătate și pentru chestiuni legate de diagnosticare nu au fost îndeplinite în totalitate.

Recomandări

398 Recomandările propuse de instituția supremă de audit din Slovacia pentru remedierea deficiențelor identificate și pentru îmbunătățirea gestionării finanțelor publice și a activelor unităților medicale au vizat în principal gestiunea și auditul cheltuielilor financiare și al necesității acestora, unificarea raportării și a înregistrării pentru optimizarea parametrilor și opțiunea de a achiziționa echipament medical în mod centralizat.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

399 Raportul a fost trimis președintelui Republicii Slovace, președintelui Consiliului Național al Republicii Slovace, celor două comisii parlamentare relevante și premierului Republicii Slovace. Rezultatele au fost trimise, de asemenea, Oficiului antimonopol al Republicii Slovace, Biroului pentru supravegherea serviciilor medicale, Oficiului pentru achiziții publice, Ministerul Sănătății din Republica Slovacă, Parchetului General al Republicii Slovace și Agenției naționale de combatere a criminalității. Rezultatele auditului au fost prezentate presei scrise, precum și către posturi de radio și de televiziune.

400 În temeiul Legii privind instituția supremă de audit din Slovacia, spitalele/unitățile de asistență medicală auditate aveau obligația de a lua măsuri pentru remedierea deficiențelor depistate și de a prezenta aceste măsuri instituției supreme de audit până la termenul stabilit. Entitățile auditate au adoptat în total 168 de măsuri, dintre care 122 în unitățile de stat, 41 în cele convertite și 5 în unități medicale private.

401 În conformitate cu legea menționată, entitățile auditate au transmis instituției supreme de audit din Slovacia rapoarte scrise cu privire la stadiul punerii în aplicare a măsurilor de remediere a deficiențelor depistate. Potrivit rapoartelor transmise, instituția supremă de audit a monitorizat punerea în aplicare a măsurilor adoptate și a propus proceduri suplimentare (de exemplu, continuarea monitorizării punerii în aplicare a măsurilor, auditul punerii în aplicare a măsurilor într-o entitate auditată specifică etc.).

Impactul preconizat

402 Rezultatele auditului pot antrena următoarele:

- o modificări organizatorice/procedurale în cadrul Ministerului Sănătății din Republica Slovacă în ceea ce privește administrarea organizațiilor din subordine, elaborarea și aprobarea bugetelor unităților de asistență medicală de stat și relația acestora cu societățile de asigurări de sănătate;
- o analiza deciziei de a investi în dispozitive medicale noi;
- o proceduri pentru asigurarea achiziționării centralizate a echipamentelor medicale;
- o alte modificări sistemice în punerea în aplicare a politicii din domeniul sănătății.



Spania Tribunal de Cuentas

Gestionarea și controlul prestațiilor farmaceutice de către compania de asigurări mutuală a funcționarilor publici din Spania (*Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado* – MUFACE)

Prezentare generală

403 Auditul desfășurat de instituția supremă de audit din Spania a evaluat gestionarea și controlul prestațiilor farmaceutice de către compania de asigurări mutuală a funcționarilor publici (MUFACE). Perioada auditată a fost anul fiscal 2015.

404 MUFACE cuprinde numeroși membri care au dreptul la prestații farmaceutice, procedura implicând un număr mare (și cuantumuri ridicate) de plăți și un număr mare de companii private participante. În plus, au fost depistate deficiențe și plăți excesive în ceea ce privește prestațiile farmaceutice finanțate de alte organisme similare, a căror gestiune fusese analizată anterior.

Modul în care s-a efectuat auditul

405 Principalul obiectiv al auditului a fost de a verifica dacă prestațiile farmaceutice către farmacii și spitale au fost facturate și plătite în conformitate cu reglementările în vigoare și cu principiile bunei gestiuni financiare.

406 Obiectivele specifice au fost de a analiza dacă procedurile implementate de MUFACE pentru verificarea facturării și a plății prestațiilor farmaceutice către farmacii și spitale erau în conformitate cu reglementările și principiile menționate mai sus, și de a evalua dacă prescripțiile medicale au fost finanțate de MUFACE în conformitate cu reglementările aplicabile și cu acordul semnat cu Consiliul general al colegiilor provinciale ale farmaciștilor din Spania.

407 Principala entitate auditată a fost MUFACE, un organism autonom din subordinea Ministerului Politicii Teritoriale și al Funcției Publice.

408 Evaluarea a fost realizată combinând examinări documentare, interviuri, eșantionare și analize de date în cursul activităților de teren. Au fost analizate bazele de date și dosarele de plată ale beneficiarilor serviciilor farmaceutice și au fost efectuate verificări și controale la nivelul aplicației informatice utilizate pentru gestionarea dosarelor de prestații farmaceutice.

Observațiile principale

409 Instituția supremă de audit din Spania a formulat următoarele observații:

- Limitele stabilite de MUFACE pentru controlul consumului de medicamente psihotrope erau aceleași pentru toate substanțele active, indiferent de dozele maxime recomandate pentru fiecare tip de medicament de către Agenția spaniolă pentru medicamente și produse pentru sănătate.
- Sistemul de alerte instituit pentru a limita eliberarea de formulare de prescripție către membrii care depășesc consumul normal de medicamente prezenta mai multe deficiențe (lipsa instrucțiunilor, lipsa alertelor cu privire la membrii care fie părăsiseră deja MUFACE, fie nu au consumat deloc sau prezentau un consum excesiv de medicamente).
- Procedura de plată pentru prestațiile farmaceutice descentralizate nu corespundea cu niciunul dintre cele trei tipuri specificate de Legea spaniolă a bugetului nr. 47/2003 din 26 noiembrie 2003.
- Au fost detectate duplicate de facturi în valoare de 55 998 de euro.
- Suma care rămăsese nedecontată la 31 decembrie 2016, deoarece fuseseră depășite limitele maxime de cheltuieli pentru 2015 pentru anumite medicamente, se ridica la 329 988 de euro.
- În dosarele privind medicația pentru tratamentul hepatitei C, finanțată de MUFACE, a fost plătit prețul corespunzător, dar, în general, spitalele nu au operat deducerea de 7,5 % prevăzută la articolul 9 din Decretul-lege regal spaniol 8/2010.

Recomandări

410 Instituția supremă de audit din Spania a formulat următoarele recomandări:

- Consolidarea controalelor, efectuarea de comparații periodice între bazele de date ale MUFACE și cele ale Agenției spaniolă de administrare fiscală (verificarea nivelului de venit) și ale Institutului național al asigurărilor sociale (verificarea afilierii).
- Promovarea implementării sistemului de prescripții medicale electronice, pentru a permite un control mai mare asupra prescrierii de medicamente de către medici și asupra respectării altor cerințe privind valabilitatea și eliberarea acestor medicamente.
- Adoptarea măsurilor adecvate pentru gestionarea corectă a formularelor de prescripție, a întocmirii și a distribuției acestora și pentru verificările stocurilor.
- Adaptarea instrucțiunilor legate de regimul prestațiilor farmaceutice la procedura reală de tratare a acestor prestații, remedierea deficiențelor actuale din sistemul de alertă pentru consumul de medicamente, îmbunătățirea și extinderea controalelor stabilite în acest scop, stabilirea limitelor de consum în funcție de substanța activă din fiecare medicament.
- Stabilirea măsurilor de recuperare a plăților excedentare efectuate către spitale pentru finanțarea medicamentelor pentru hepatita C și adoptarea de măsuri adecvate pentru ca spitalele să poată aplica deducerea de 7,5 % în procesul de facturare a medicamentelor eliberate în spital.
- Modificarea procedurii de gestionare a plăților pentru medicamente eliberate în spital care sunt efectuate prin intermediul conturilor bancare ale MUFACE.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

411 Proiectul preliminar de raport a fost trimis către MUFACE în vederea obținerii de observații din partea acesteia. Raportul final de audit a fost prezentat Comisiei parlamentare la 16 noiembrie 2017.

412 Raportul de audit este disponibil pe site-ul Curții de Conturi a Spaniei de la 1 octombrie 2017. Un comunicat de presă care rezumă principalele concluzii și recomandări a fost publicat la 16 octombrie 2017. Rezoluția Comisiei parlamentare din data de 23 noiembrie 2017 a fost publicată în Monitorul Oficial spaniol la 26 februarie 2018.

413 Monitorizarea punerii în aplicare a recomandărilor din raport va fi efectuată fie prin intermediul unui raport de monitorizare specific, fie atunci când se efectuează noi sarcini de audit legate de entitatea respectivă. Până în prezent nu s-au efectuat acțiuni de monitorizare, deoarece nu a trecut decât puțin timp de la aprobarea raportului.

Impactul preconizat

414 La 27 martie 2018, directorul general al MUFACE a informat Curtea de Conturi a Spaniei cu privire la punerea în aplicare a mai multor modificări organizatorice, procedurale și de reglementare:

- o modificarea acordului de asistență medicală;
- o modificarea rezoluției privind delegarea sarcinilor, adoptată la 23 mai 2012;
- o modificarea normelor contabile specifice ale MUFACE legate de cheltuieli, plăți, control financiar și contabilitate;
- o controalele au fost consolidate, s-au efectuat verificări încrucișate periodice între bazele de date ale membrilor, în special în ceea ce privește beneficiarii și titularii;
- o intenția de a implementa în 2018 o aplicație informatică specifică de gestionare a plăților pentru medicamente;
- o au fost luate măsuri pentru recuperarea plăților excedentare efectuate către spitale pentru finanțarea medicamentelor împotriva hepatitei C;
- o implementarea unui sistem de prescripții medicale electronice, îmbunătățirea controalelor de depistare și de prevenire a consumului excesiv de medicamente, adoptarea de măsuri adecvate pentru gestionarea corectă a formularelor de prescripție medicală.



Ungaria Állami Számvevőszék

Analiză sintetică a experienței dobândite
în cadrul auditurilor desfășurate în spitale

Prezentare generală

415 Analiza Oficiului Național de Audit al Ungariei a sintetizat experiența acumulată în auditarea spitalelor.

416 Analiza a acoperit perioada 2008-2016.

Modul în care s-a efectuat auditul

417 Analiza s-a axat pe următoarele:

- o executarea sarcinilor de către organele de conducere;
- o sistemul de control intern al spitalelor;
- o gestiunea financiară a spitalelor;
- o gestionarea activelor spitalelor;
- o aplicarea abordării privind integritatea.

418 Printre principalele entități auditate s-au numărat 21 de spitale, Ministerul pentru Resurse Umane și Centrul național de servicii medicale.

419 Metodologia a inclus examinări documentare, evaluări comparative și analize de date (statistice).

Observațiile principale

420 Oficiul Național de Audit al Ungariei a formulat următoarele observații:

- Cerințele de bază pentru gestionarea spitalelor au fost stabilite de organele de conducere. Existau nereguli legate de activitățile organului de conducere intermediar în cadrul achizițiilor publice și al procedurilor de autorizare. Cu toate acestea, activitățile de control ale organelor de conducere nu au condus la o gestionare corespunzătoare a spitalelor.
- Managerii spitalelor nu au vegheat în mod corespunzător la instituirea și funcționarea unui sistem de control intern adecvat.
- Neregulile apărute la nivelul gestiunii financiare a spitalelor (legate de planificare, gestionarea creditelor și achiziții publice) pun în pericol transparența și răspunderea de gestiune în ceea ce privește cheltuirea banilor publici.
- Cerințele privind gestionarea legală și transparentă a activelor statului nu au fost îndeplinite nici în timpul achiziționării, instalării, înregistrării și deprecierii activelor, nici la inventarierea activelor și pasivelor.
- Abordarea privind integritatea în spitale a fost consolidată; cu toate acestea, controalele de integritate nu erau pe deplin eficace, rezultând nereguli în gestiunea financiară.

Recomandări

421 S-au formulat în total 441 de recomandări: 16 către minister, 21 către organul de conducere intermediar și 404 către managerii spitalelor.

422 Domeniile care fac obiectul recomandărilor sunt următoarele:

- o sistemul de control intern;
- o gestiunea financiară;
- o gestionarea activelor;
- o activitatea organelor de conducere.

Publicare și urmărirea punerii în aplicare a recomandărilor

423 Analiza a fost prezentată în cadrul unei conferințe de presă, în aprilie 2019, și a fost publicată pe site-ul Oficiului Național de Audit al Ungariei.

Impactul preconizat

424 Se preconizează un impact ca urmare a identificării domeniilor care prezintă riscuri. În urma acestei analize, este de așteptat ca instituțiile să acorde mai multă atenție respectării legislației în ceea ce privește gestiunea și să ajute alte instituții din sector să asigure buna gestiune și funcționarea regulamentară.

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit din UE participante

425 Această listă oferă o imagine de ansamblu asupra activităților de audit ale instituțiilor supreme de audit din UE care au abordat – integral sau parțial – tematica sănătății publice. Pentru mai multe informații privind aceste audituri, puteți contacta instituțiile supreme de audit în cauză.

Austria

- Qualitätssicherung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte [*Asigurarea calității în activitatea medicilor*] – Bund 2018/37] (2018)

Belgia

- Vlaams preventief gezondheidsbeleid – Evaluatie van het uitvoeringslandschap [*Politica preventivă în domeniul sănătății în Regiunea Flamandă – evaluarea performanței politicii*]

Bulgaria

- Ефективност на системата на психиатричното обслужване (одитът да бъде завършен и публикуван през 2020) [*Eficacitatea sistemului de îngrijire psihologică – finalizare și publicare prevăzute pentru 2020*]
- Електронно здравеопазване (2017) [*e-Sănătatea – audit publicat în 2017*]
- Дейност на Центъра за асистирана репродукция (2017) [*Activitatea centrului pentru reproducere asistată, audit publicat în 2017*]
- Одит за съответствие при финансовото управление на Изпълнителна агенция по лекарствата за периода (2016) [*Audit de conformitate în materie de gestiune financiară în cadrul Agenției executive pentru medicamente, publicat în 2016*]

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

163

- Одит за съответствие при финансовото управление на Министерството на здравеопазването (2016) [*Audit de conformitate în materie de gestiune financiară în cadrul Ministerului Sănătății, publicat în 2016*]
- Ефективност на контрола върху дейностите по профилактика и диспансеризация на задължително здравноосигурените лица в РБ на възраст до 18 (2016) [*Eficacitatea monitorizării activităților de medicină preventivă și de monitorizare medicală prin intermediul serviciilor de asigurări obligatorii de sănătate pentru minori în Bulgaria – audit publicat în 2016*]
- Дейност по оказване на спешна медицинска помощ (2015) [*Activitatea serviciilor medicale de urgență, publicat în 2015*]
- Механизъм за договаряне на изпълнението на болнична помощ (2014) [*Mecanismul de negociere pentru furnizarea serviciilor medicale spitalicești, publicat în 2014*]
- Одит на изпълнението на проекти, реализирани от Министерството на здравеопазването по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси” (2014) [*Audit al performanței proiectelor Ministerului Sănătății din cadrul programului operațional „Dezvoltarea resurselor umane”, publicat în 2014*]

Republica Cehă

- Nr. 18/14 – Prostředky vybírané na základě zákona ve prospěch Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky [*Fondurile colectate în temeiul Legii în favoarea companiei de asigurări de sănătate pentru cadre militare din Republica Cehă*]
- Nr. 18/13 – Závěrečný účet kapitoly státního rozpočtu Ministerstvo zdravotnictví za rok 2017, účetní závěrka Ministerstva zdravotnictví za rok 2017 a údaje předkládané Ministerstvem zdravotnictví pro hodnocení plnění státního rozpočtu za rok 2017 [*Închiderea conturilor pentru capitolele din bugetul de stat consacrate Ministerului Sănătății pentru 2017, situațiile financiare ale Ministerului Sănătății pentru 2017 și datele prezentate de Ministerul Sănătății în vederea evaluării realizării bugetului de stat pentru 2017*]
- Nr. 18/11 – Peněžní prostředky státu určené na podporu rozvoje a obnovy materiálně technické základny regionálního zdravotnictví [*Fondurile de stat destinate sprijinirii*

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

164

dezvoltării și reînnoirii bazei tehnice și materiale a instituțiilor regionale de asistență medicală]

- Nr. 17/19 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými fakultními nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [*Fondurile cheltuite de o selecție de spitale pentru rambursarea costurilor*]
- Nr. 17/14 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Národní ústav duševního zdraví [*Proprietățile și fondurile de stat gestionate de organizația participantă – Institutul național de sănătate psihică*]
- Nr. 17/13 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušná hospodařit příspěvková organizace Státní zdravotní ústav [*Proprietățile și fondurile de stat gestionate de organizația participantă – Institutul național de sănătate publică*]
- Nr. 17/03 – Zdravotnické informační systémy ve správě organizačních složek resortu zdravotnictví [*Sisteme de informații medicale în administrarea unităților organizatorice ale Ministerului Sănătății*]
- Nr. 16/28 – Peněžní prostředky vynakládané vybranými nemocnicemi na úhradu nákladů z činnosti [*Banii cheltuiți de spitale selectate pentru a acoperi costurile activităților lor*]

Nr. 16/18 – Majetek a peněžní prostředky státu, se kterými je příslušný hospodařit Státní ústav pro kontrolu léčiv [*Proprietățile și fondurile de stat aflate sub gestiunea Institutului de stat pentru controlul medicamentelor*]

Danemarca

- Beretning om lægemiddelanbefalinger (2019) [*Raport privind recomandările în materie de medicație, publicat în 2019*]
- Beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene (2019) [*Raport privind diferențe în ceea ce privește calitatea asistenței medicale între spitalele din Danemarca, publicat în 2019*]

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

165

- Beretning om rettidigheden i indsatsen over for kræftpatienter (2018) [*Raport privind accesul pacienților bolnavi de cancer la servicii specializate de tratament al cancerului, publicat în 2018*]
- Beretning om forløbet for flygtninge med traumer (2018) [*Raport privind căile prin care refugiații care au suferit traume pot beneficia de asistență medicală, publicat în 2018*]
- Beretning om udredningsretten (2018) [*Raport privind dreptul pacienților la investigații rapide, publicat în 2018*]
- Beretning om Sundhedsplatformen (2018) [*Raport privind platformele de sănătate, publicat în 2018*]
- Beretning om salget af Statens Serum Instituts vaccineproduktion (2018) [*Raport privind vânzarea producției de vaccinuri a Institutului serologic de stat, publicat în 2018*]
- Beretning om forebyggelse af hospitalsinfektioner (2017) [*Raport privind prevenirea infecțiilor intraspitalicești, publicat în 2017*]
- Beretning om 3 regioners beskyttelse af adgangen til it-systemer og sundhedsdata (2017) [*Raport privind protecția sistemelor informatice și a datelor privind sănătatea în trei regiuni daneze, publicat în 2017*]
- Beretning om Region Hovedstadens akuttefon 1813 (2017) [*Raport privind linia telefonică de asistență medicală 1813 înființată de regiunea capitalei Danemarcei, publicat în 2017*]
- Beretning om Beskæftigelsesministeriets data om ressourceforløb (2017) [*Raport privind datele Ministerului Muncii cu privire la programele de readaptare, publicat în 2017*]
- Beretning om indsatsen over for patienter med hjerneskade (2016) [*Raport privind eforturile direcționate către pacienții cu leziuni cerebrale dobândite, publicat în 2016*]
- Beretning om hospitalslægers bibeskæftigelse (2016) [*Raport privind medicii care practică activități medicale și în afara spitalelor, publicat în 2016*]

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

166

- Beretning om regionernes styring af ambulant behandling af voksne patienter med psykiske lidelser (2016) [*Raport privind gestionarea de către regiunile daneze a tratamentului în ambulatoriu al pacienților adulți cu boli psihice, publicat în 2016*]
- Beretning om Patientombuddets arbejde med utilsigtede hændelser (2015) [*Raport privind activitatea Ombudsmanului pacienților în ceea ce privește incidentele legate de siguranța pacienților, publicat în 2015*]
- Beretning om Fødevareministeriets indsats mod husdyr-MRSA (2015) [*Raport privind eforturile Ministerului Alimentației de combatere a bacteriei LA-MRSA, publicat în 2015*]
- Beretning om hospitalernes brug af personaleresurser (2015) [*Raport privind utilizarea resurselor de personal în spitalele daneze, publicat în 2015*]
- Beretning om forskningsmidler på hospitalerne (2015) [*Raport privind fondurile externe de cercetare acordate spitalelor daneze, publicat în 2015*]
- Beretning om second opinion-ordningen (2014) [*Raport privind programul referitor la o a doua opinie medicală, publicat în 2014*]
- Beretning om problemerne med at udvikle og implementere Fælles Medicinkort (2014) [*Raport privind problemele legate de dezvoltarea și implementarea Fișei digitale partajate de medicație, publicat în 2014*]
- Beretning om indsatsen for at få sygemeldte tilbage i arbejde (2014) [*Raport privind eforturile depuse pentru a ajuta persoanele aflate în concediu medical să revină la muncă, publicat în 2014*]
- Beretning om kvindekrisecentre (2014) [*Raport privind centrele de primire pentru femei, publicat în 2014*]
- Beretning om regionernes præhospitale indsats (2014) [*Raport privind asistența medicală prespitalicească furnizată de regiuni, publicat în 2014*]

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

167

Estonia

- E-tervise ülevaade (2019) [*Analiza e-sănătății, publicat în 2019*]
- Erakorraline meditsiin (2018) [*Medicina de urgență, publicat în 2018*]
- Riigi tegevus laste tervise hoidmisel ja ravimisel (2016) [*Acțiunea statului în domeniul sănătății copiilor și al tratamentelor medicale pediatrice, publicat în 2016*]
- Riigi tegevus tervishoiu järelevalve korraldamisel ja kvaliteedi hindamisel (lõppes märgukirjaga) (2015) [*Activitățile statului de organizare a monitorizării sănătății și a evaluării calității (încheiat cu o scrisoare de punere în întârziere), publicat în 2015*]
- Riigi tegevus iseseisva õendusabi korraldamisel (2015) [*Acțiunea statului de organizare a îngrijirilor medicale furnizate de infirmieri liber-profesioniști, publicat în 2015*]
- Riigi tegevus e-tervise rakendamisel (2014) [*Activitățile statului în ceea ce privește implementarea sistemului de e-sănătate, publicat în 2014*]

Finlanda

- Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen [*Impactul orientărilor asupra funcționării serviciilor medicale de urgență*], audit al performanței desfășurat în 2019
- Asiakkaan lasten huomioiminen aikuisten mielenterveyspalveluissa [*Situația copiilor clienților care utilizează serviciile de sănătate psihică pentru adulți*], audit al performanței desfășurat în 2018
- Sosiaalimenojen kehitysarviot [*Tendențele previzionate în materie de cheltuieli de asigurări sociale*], analiză din 2017
- Lasten mielenterveysongelmien ehkäisy ja hyvinvoinnin tukeminen kouluterveydenhuollossa [*Prevenirea problemelor de sănătate psihică la copii și protejarea bunăstării acestora prin intermediul serviciilor de îngrijire a sănătății din cadrul școlilor*], analiză din 2017

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

168

- Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa [*Utilizatorii frecvenți ai serviciilor de asistență medicală de bază*], audit al performanței desfășurat în 2017
- Työnohjauksen kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa [*Dezvoltarea diviziunii muncii în domeniul bunăstării sociale și al asistenței medicale*], audit al performanței desfășurat în 2016
- Teknisten apuvälineiden hyödyntäminen kotiin annettavissa vanhuspalveluissa [*Utilizarea dispozitivelor tehnice de asistare în serviciile acordate persoanelor vârstnice la domiciliu*], audit al performanței desfășurat în 2015
- Pienhiukkasten terveyst- ja kustannusvaikutusten huomioonottaminen strategioiden valmistelussa [*Analiza impactului particulelor fine asupra sănătății și a costurilor în cadrul pregătirii strategiilor*], audit al performanței desfășurat în 2015

Franța

- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (2019) [*Raport privind punerea în aplicare a legilor de finanțare a securității sociale, publicat în 2019*]
- La politique de prévention des infections associées aux soins: une nouvelle étape à franchir (2019) [*Politica de prevenire a infecțiilor asociate asistenței medicale: un nou pas înainte, publicat în 2019*]
- La politique de prévention et de prise en charge du VIH en France depuis 2010 (2019) [*Politica de prevenire și de tratare a infectării cu HIV în Franța începând din 2010, publicat în 2019*]
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VI La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires: une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins (2018) [*Raport privind punerea în aplicare a legilor de finanțare a securității sociale, octombrie 2018, capitolul VI – Combaterea bolilor cardio-neurovasculare: trebuie să se acorde prioritate prevenirii și calității îngrijirii, publicat în 2018*]
- Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, chapitre VII Les soins visuels: une prise en charge à réorganiser (2018) [*Raport privind*

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

169

punerea în aplicare a legilor de finanțare a securității sociale, octombrie 2018, capitolul VII – Serviciile oftalmologice: este necesară o restructurare, publicat în 2018]

- Le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) dans le système de santé (2018) [*Rolul spitalelor universitare în sistemul de sănătate francez, publicat în 2018*]
- L’avenir de l’assurance maladie (2017) [*Viitorul asigurărilor de sănătate, publicat în 2017*]
- Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool (2016) [*Politicile de combatere a consumului nociv de alcool, publicat în 2016*]

Germania

- Prüfung der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Rechnungsprüfungsausschuss des Haushaltsausschusses des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (6. Mai 2019) [*Audit privind facturarea tratamentelor spitalicești de către societățile de asigurări obligatorii de sănătate – Raport către Comitetul de audit al Comisiei bugetare din Bundestagul Germaniei în temeiul articolului 88 alineatul (2) din Legea privind bugetul federal al Germaniei (6 mai 2019)*]
- Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (18. Januar 2019) [*Introducerea cardului de e-sănătate și a infrastructurii telematice – Raport către Comisia bugetară din Bundestagul Germaniei în temeiul articolului 88 alineatul (2) din Legea privind bugetul federal al Germaniei (18 ianuarie 2019)*]
- Finanzierung der Versorgung mit Rettungsfahrten und Flugrettungstransporten – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (20. August 2018) [*Finanțarea furnizării de vehicule rutiere și de aeronave pentru transportul de urgență – Raport către Comisia bugetară din Bundestagul Germaniei în temeiul articolului 88 alineatul (2) din Legea privind bugetul federal al Germaniei (20 august 2018)*]
- Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren unzulässige pauschale Rechnungskürzungen in Millionenhöhe und umgehen Abrechnungsprüfungen – Bemerkungen 2018 [*Societățile de asigurări de sănătate și spitalele încheie acorduri*

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

170

privind reduceri forfetare ilicite a valorii contabile a facturilor, în valoare de milioane de euro, și se sustrag de la auditul facturilor – Observații din 2018]

- *Steuervorteile für Tabakindustrie abschaffen – Bemerkungen 2017 [Abolirea avantajelor fiscale pentru industria tutunului – Observații din 2017]*
- *Nutzen kieferorthopädischer Behandlung muss endlich erforscht werden – Bemerkungen 2017 [Se impune cercetarea, în sfârșit, a beneficiilor tratamentului ortodontic – Observații din 2017]*
- *Haftpflichtversicherung für kassenärztliche Behandlungsfehler gesetzlich sicherstellen – Bemerkungen 2017 [Conferirea statutului de cerință legală încheierii unei asigurări de responsabilitate civilă pentru malpraxis de către medicii care au încheiat contracte cu sisteme de asigurări obligatorii – Observații din 2017]*
- *Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung – Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO (20. Juni 2016) [Furnizarea de materiale medicale auxiliare de către societățile de asigurări de sănătate obligatorii – Raport către Comisia bugetară din Bundestagul Germaniei în temeiul articolului 88 alineatul (2) din Legea privind bugetul federal al Germaniei (20 iunie 2016)]*
- *Erstattung von Reiseschutzimpfungen: Rechtsgrundlage noch zeitgemäß? – Bemerkungen 2015 [Rambursarea costului vaccinurilor administrate înaintea unei călătorii: este necesară actualizarea cadrului juridic? – Observații din 2015]*

Grecia

- *Οριζόντιος θεματικός έλεγχος στις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις του Κράτους και ειδικότερα, μεταξύ άλλων, έξι νοσοκομείων, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ) και μίας περιφερειακής διοίκησης υγείας (1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής). [Audit tematic orizontal privind arieratele statului în ceea ce privește spitalele, Organizația națională pentru furnizarea serviciilor medicale (EOPYY) și o direcție regională de sănătate] (2018)*

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

171

Irlanda

- Gestionarea chirurgiei electiv ambulatorii (2014)

Italia

- L'attuazione del programma straordinario di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico [*Implementarea programului extraordinar de renovare a clădirilor și de modernizare tehnologică a proprietăților imobiliare ale instituțiilor de sănătate publică*] (2018)

Letonia

- Cilvēkresursi veselības aprūpē (2019) [*Resursele umane în asistența medicală, publicat în 2019*]
- Vai rehabilitācija ir pilnvērtīga veselības aprūpes pakalpojumu sastāvdaļa? (2019) [*„Este reabilitarea o parte componentă de sine stătătoare a serviciilor de asistență medicală?”, publicat în 2019*]
- Vai ambulatorā veselības aprūpes sistēma Latvijā ir pilnveidojama? (2017) [*„Poate fi îmbunătățit sistemul de asistență medicală ambulatorie din Letonia?”, publicat în 2017*]
- Vai ievēroti rezidentūras finansēšanas noteikumi? (2016) [*„Sunt respectate regulile de finanțare a programului de rezidențiat în spitale?”, publicat în 2016*]
- Vai projekts „E-veselība Latvijā” ir solis pareizajā virzienā? (2015) [*„Este proiectul «e-Sănătatea în Letonia» un pas în direcția bună?”, publicat în 2015*]

Lituania

- Kaip vykdoma onkologinė sveikatos priežiūra (2014) [*Asistența medicală în oncologie, publicat în 2014*]
- Visuomenės sveikatos stiprinimo organizavimas savivaldybėse (2015) [*Organizarea acțiunilor de consolidare a sănătății publice în municipalități, publicat în 2015*]

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

172

- Ar užtikrinamas kompensuojamųjų generinių vaistų prieinamumas (2016) [*Asigurarea disponibilității medicamentelor generice compensatorii, publicat în 2016*]
- Viešosioms sveikatos priežiūros įstaigoms perduoto valstybės turto valdymas (2017) [*Gestionarea bunurilor suverane transferate în proprietatea unităților de sănătate publică, publicat în 2017*]
- Elektroninės sveikatos sistemos kūrimas (2017) [*Dezvoltarea unui sistem de sănătate electronic, publicat în 2017*]
- Savižudybių prevencija ir postvencija (2017) [*Prevenirea suicidului și sprijinirea persoanelor afectate de trauma sinuciderii unui apropiat, publicat în 2017*]
- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybė: saugumas ir veiksmingumas (2018) [*Calitatea serviciilor medicale individualizate: siguranța și eficacitatea, publicat în 2018*]
- Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumas ir orientacija į pacientą (2018) [*Accesibilitatea serviciilor de asistență medicală și orientarea către pacient, publicat în 2018*]
- Sveikatos priežiūros sistemos vertinimas (2019) [*Evaluarea sistemului medical (analiză panoramică), publicat în 2019*]

Luxemburg

- Rapport spécial sur le financement public des investissements hospitaliers [*Finanțarea publică a investițiilor în spitale*] (2019)

Malta

- Follow-up Audit: Follow-up Reports by the National Audit Office [*Audit de urmărire subsecventă: rapoarte de urmărire subsecventă ale Oficiului Național de Audit*], 2018 – octombrie 2018
- General Practitioner Function – The Core of Primary Health Care [*Rolul medicului generalist – nucleul asistenței medicale primare*] (paginile 46-52 din raport)

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

173

- An Analysis of the Pharmacy of Your Choice Scheme [*O analiză a programului „Farmacia pe care o alegi tu”*] (paginile 71-81 din raport)
- Performance Audit: A Strategic Overview of Mount Carmel Hospital [*Audit al performanței: o imagine strategică de ansamblu asupra Spitalului Mount Carmel*] – iulie 2018
- An Investigation of the Mater Dei Hospital Project [*O cercetare asupra proiectului Spitalului Mater Dei*] – mai 2018
- Performance Audit: Outpatient Waiting at Mater Dei Hospital [*Audit al performanței: timpii de așteptare în ambulatoriu la Spitalul Mater Dei*] – noiembrie 2017
- Follow-up Audit: Follow-up Reports by the National Audit Office [*Audituri de urmărire subsecventă: rapoarte de urmărire subsecventă ale Oficiului Național de Audit*], 2017 – noiembrie 2017
- The Management of Elective Surgery Waiting Lists [*Gestionarea listelor de așteptare pentru intervenții chirurgicale elective*] (paginile 69-77 din raport)
- The Provision of Residential Long-Term Care for the Elderly through Contractual Arrangements with the Private Sector [*Furnizarea de îngrijiri de lungă durată pentru vârstnici în instituții de tip rezidențial pe bază de contracte cu sectorul privat*] (paginile 78-87 din raport)
- Performance Audit: Service Agreements between Government and Richmond Foundation Malta [*Audit al performanței: contracte de servicii între guvern și Fundația Richmond din Malta*] – septembrie 2016
- Performance Audit: The General Practitioner Function – The core of primary health care [*Audit al performanței: rolul medicului generalist – nucleul asistenței medicale primare*] – iunie 2016
- Information Technology Audit: Mater Dei Hospital [*Audit în domeniul tehnologiei informației: Spitalul Mater Dei*] – mai 2016

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

174

- Performance Audit: Service Agreements between Government and INSPIRE Foundation [*Audit al performanței: contracte de servicii între guvern și Fundația INSPIRE*] – februarie 2016
- Performance Audit: Provision of residential long-term care for the elderly through contractual arrangements with the private sector [*Audit al performanței: furnizarea de îngrijiri de lungă durată pentru vârstnici în instituții de tip rezidențial pe bază de contracte cu sectorul privat*] – aprilie 2015

Polonia

- System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian (megainformacja) [*Sistemul de sănătate al Poloniei – situația prezentă și schimbările necesare în viitor (raport de sinteză)*] (2019)
- Dostępność refundowanych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie i bezpieczeństwo ich stosowania [*Disponibilitatea și siguranța dispozitivelor medicale rambursabile oferite cu împrumut*] (2019)
- Funkcjonowanie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej [*Funcționarea asistenței medicale primare în spitale*] (2019)
- Bezpieczeństwo pacjentów przy stosowaniu antybiotykoterapii w szpitalach [*Protejarea siguranței pacienților pe durata tratamentului cu antibiotice în spitale*] (2019)
- Wsparcie osób z autyzmem i zespołem Aspergera w przygotowaniu do samodzielnego funkcjonowania [*Sprrijinirea persoanelor cu autism sau cu sindrom Asperger care se pregătesc pentru o viață autonomă*] (2019)
- Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej [*Furnizarea de îngrijiri paliative și de îngrijire în centre specializate*] (2019)
- Pomoc państwa realizowana w formie środowiskowych domów samopomocy udzielana osobom z zaburzeniami psychicznymi [*Centre comunitare de autoajutorare finanțate de stat pentru persoanele cu tulburări psihiatrice*] (2019)

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

175

- Wdrożenie przez podmioty lecznicze regulacji dotyczących ochrony danych osobowych [*Asigurarea punerii în aplicare de către unitățile medicale a reglementărilor privind protecția datelor*] (2019)
- Profilaktyka uzależnień od alkoholu i narkotyków [*Prevenirea dependenței de alcool și de droguri*] (2019)
- Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży [*Disponibilitatea tratamentului psihiatric pentru copii și tineri*] (2019)
- Działania podejmowane przez wojewodę wobec placówek udzielających całodobowej opieki bez wymaganego zezwolenia [*Măsurile luate de guvernatorul provinciei împotriva unităților care acordă îngrijiri non-stop fără a deține autorizarea necesară*] (2019)
- Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie [*Sistemul de informații de e-sănătate al provinciei Podlaskie*] (2018)
- Profilaktyka i leczenie cukrzycy typu 2 [*Prevenirea și tratarea diabetului de tip 2*] (2018)
- Tworzenie map potrzeb zdrowotnych [*Cartografierea nevoilor de sănătate*] (2018)
- Żywienie pacjentów w szpitalach [*Alimentația pacienților în spitale*] (2018)
- Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej [*Funcționarea farmaciilor de spital și a unităților farmaceutice din spitale*] (2018)
- Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich [*Disponibilitatea îngrijirilor ginecologice și obstetrice finanțate din fonduri publice în zonele rurale*] (2018)
- Zapobieganie i leczenie depresji [*Prevenirea și tratarea depresiei*] (2018)
- Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym [*Servicii de asistență medicală pentru elevi și adolescenți*] (2018)
- Zakażenia w podmiotach leczniczych [*Infecțiile în unitățile medicale*] (2018)

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

176

- Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach [*Protejarea intimității și demnității pacienților în spitale*] (2018)
- Bezpieczeństwo badań genetycznych [*Siguranța testării genetice*] (2018)
- Działalność organów państwa na rzecz zapewnienia dostępności produktów leczniczych [*Acțiunile autorităților naționale în vederea asigurării disponibilității medicamentelor*] (2018)
- Realizacja strategicznego programu badań naukowych „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” – STRATEGMED [*Implementarea programului strategic de cercetare „Prevenirea și tratarea «bolilor civilizației»” – STRATEGMED*] (2018)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku [*Performanța Fondului național pentru sănătate în 2017*] (2018)
- Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów [*Acțiunile extrajudiciare pentru pacienți*] (2018)
- Finansowanie i realizacja „Programu inwestycji rozwojowych i modernizacyjnych w szpitalach wojewódzkich na lata 2009-2016” w województwie kujawsko-pomorskim [*Finanțarea și implementarea programului de investiții în dezvoltarea și modernizarea spitalelor din provincia Kujawsko-Pomorskie pentru perioada 2009-2016*] (2018)
- Nadzór nad obrotem i stosowaniem produktów zawierających substancje anaboliczne, hormonalne, odurzające i psychotropowe w leczeniu zwierząt, w tym towarzyszących [*Monitorizarea comercializării și a utilizării, în tratarea animalelor, a produselor care conțin substanțe anabolizante, hormonale, narcotice și psihotrope și a produselor conexe*] (2018)
- Wykorzystywanie naturalnych surowców leczniczych w lecznictwie uzdrowiskowym [*Utilizarea materiilor prime farmaceutice naturale în tratamentele balneare*] (2018)
- Dostępność i efekty leczenia nowotworów [*Disponibilitatea și rezultatele tratamentului pentru cancer*] (2017)
- Przeciwdziałanie sprzedaży dopalaczy [*Acțiunea de combatere a comercializării de „droguri legale”*] (2017)

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

177

- Realizarea programów wczesnego wykrywania raka piersi oraz raka szyjki macicy w województwie lubelskim [*Implementarea de programe pentru depistarea timpurie a cancerului mamar și cervical în provincia Lublin*] (2017)
- Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia [*Tratamentul profilactic în sistemul de sănătate*] (2017)
- Realizacja zadań Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego [*Derularea programului național de protecție a sănătății psihice*] (2017)
- Dostępność i finansowanie diagnostyki laboratoryjnej [*Disponibilitatea și finanțarea diagnosticului de laborator*] (2017)
- Przygotowanie i wdrażanie pakietu onkologicznego [*Pregătirea și implementarea pachetului oncologic*] (2017)
- Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimerera oraz wsparcie dla ich rodzin [*Îngrijirea pacienților cu Alzheimer și acordarea de sprijin pentru familiile acestora*] (2017)
- Profilaktyka stomatologiczna dzieci i młodzieży w województwie lubelskim [*Tratament stomatologic profilactic pentru copii și tineri în provincia Lublin*] (2017)
- Respektowanie praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej [*Respectarea drepturilor pacienților în asistența medicală transfrontalieră*] (2017)
- Dostępność terapii przeciwbólowej [*Disponibilitatea terapiei durerii*] (2017)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku [*Performanța Fondului național pentru sănătate în 2016*] (2017)
- Realizacja zadań związanych z zapewnieniem pracownikom badań profilaktycznych [*Îndeplinirea sarcinilor legate de furnizarea controalelor medicale preventive pentru angajați*] (2017)
- Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze [*Furnizarea de îngrijiri cardiace de către instituțiile medicale publice și private*] (2016)

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

178

- Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych [*Instruirea și perfecționarea profesională a personalului medical*] (2016)
- Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej [*Crearea și partajarea dosarelor medicale*] (2016)
- Dostępność profilaktyki i leczenia chorób układu oddechowego [*Accesul la prevenirea și tratarea bolilor respiratorii*] (2016)
- Realizacja programów polityki zdrowotnej przez jednostki samorządu terytorialnego [*Implementarea programelor pentru politica în domeniul sănătății de către organismele guvernamentale locale*] (2016)
- Opieka okołoporodowa na oddziałach położniczych [*Îngrijirea perinatală din maternități*] (2016)
- Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne [*Utilizarea de servicii externe de către spitalele din sistemul public*] (2016)
- Przygotowanie szpitali do leczenia pacjentów z udarem mózgu [*Gradul de pregătire a spitalelor pentru tratarea pacienților cu atac vascular cerebral*] (2016)
- Badania prenatalne w Polsce [*Examinările prenatale în Polonia*] (2016)
- System szczepień ochronnych dzieci [*Sistemul de vaccinare infantilă*] (2016)
- Restrukturyzacja wybranych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z pomocy ze środków publicznych [*Restructurarea unor unități medicale selectate, independente și finanțate din fonduri publice*] (2016)
- Wykonywanie przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną zadań określonych w ustawie Prawo farmaceutyczne [*Îndeplinirea de către Inspekția națională în domeniul farmaceutic a rolului care îi revine în temeiul Legii privind produsele farmaceutice*] (2016)
- Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r [*Performanța Fondului național pentru sănătate în 2015*] (2016)

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

179

Portugalia

- Auditoria orientada às dívidas ao Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. [*Audit axat pe datoriile Institutului de Hematologie și Transplant din Portugalia, I.P.*] (2018)
- Auditoria às práticas de gestão no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, e no Centro Hospitalar de São João, EPE [*Auditul practicilor de gestiune din cadrul CHLN, EPE și CHS João, EPE*] (2018)
- Auditoria à Conta Consolidada do Ministério da Saúde – Exercícios de 2015 e 2016 [*Auditul situațiilor financiare consolidate ale Ministerului Sănătății – Exercițiile financiare 2015 și 2016*] (2017)
- Auditoria orientada à situação financeira da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE [*Audit axat pe situația financiară a serviciilor partajate ale Ministerului Sănătății (SPMS), EPE*] (2017)
- Auditoria ao Acesso a Cuidados de Saúde no Serviço Nacional de Saúde [*Audit privind accesul la asistență medicală în cadrul Serviciului național de sănătate al Portugaliei*] (2017)
- Auditoria aos acordos celebrados entre a Administração Regional de Saúde do Norte, IP, e a Santa Casa da Misericórdia do Porto [*Auditul acordurilor încheiate între Administrația Regională pentru Sănătate din regiunea Nord, I.P. și Santa Casa da Misericórdia do Porto*] (2017)
- Auditoria à prestação de contas por entidades do Ministério da Saúde [*Auditul contabilității entităților din cadrul Ministerului Sănătății*] (2017)
- Auditoria Financeira ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE – Exercício de 2014 [*Auditul financiar al CHLN, EPE – exercițiul 2014*] (2017)
- Auditoria à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Braga em Parceria Público-Privada (PPP). [*Auditul execuției contractului de gestiune a spitalului din Braga din cadrul unui parteneriat public-privat*] (2016)

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

180

- Auditoria orientada a procedimentos de contratação pública das unidades de saúde do setor empresarial do Estado. [*Auditul procedurilor de achiziții publice ale unităților sanitare din sectorul întreprinderilor de stat*] (2016)
- Auditoria de Seguimento de Recomendações Formuladas no Relatório de Auditoria ao Desempenho de Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários [*Audit de urmărire subsecventă a recomandărilor formulate în raportul de audit privind performanța unităților de asistență medicală primară*] (2016)
- Auditoria de resultados ao Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Algarve, EPE [*Auditul performanței serviciului de urgență al centrului spitalicesc din Algarve, EPE*] (2016)
- Auditoria de Seguimento das Recomendações formuladas no Relatório de Auditoria ao Sistema de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção) [*Auditul de urmărire subsecventă a recomandărilor formulate în raportul de audit privind sistemul de protecție socială a funcționarilor publici (Raportul nr. 12/2015 – Secțiunea 2)*] (2016)

România

- Dezvoltarea infrastructurii în sănătate la nivel național, regional și local în vederea creșterii accesibilității la serviciile de sănătate (2017)

Slovacia

- Verejné financie a majetok zdravotníckych zariadení [*Finanțele publice și proprietățile deținute de unitățile medicale*] (2017)

Slovenia

- Obvladovanje debelosti otrok [*Combaterea obezității infantile*] (2018)

Spania

- 1231.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, ejercicio 2015 (28.9.2017) [*Audit privind gestionarea și controlul prestațiilor farmaceutice de către*

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

181

compania mutuală de asigurări a funcționarilor publici (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, MUFACE) în anul fiscal 2015, publicat în 2017]

- 1213.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico „Esperanza del Mar”, ejercicio 2015 (29.3.2017) [*Audit privind gestionarea navei de asistență medicală și logistică „Esperanza del Mar” în anul fiscal 2015, publicat în 2017]*]
- 1205.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ejercicio 2015 (23.2.2017) [*Audit privind gestionarea și controlul prestațiilor farmaceutice de către Institutul de asigurări sociale al forțelor armate, anul fiscal 2015, publicat în 2017]*]
- 1200.- Fiscalización de la Fundación Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III, ejercicio 2014 (26.1.2017) [*Audit privind Centrul național pentru cercetare în domeniul bolilor cardiovasculare, Fundația Carlos III, anul fiscal 2014, publicat în 2017]*]
- 1199.- Fiscalización sobre la gestión del buque sanitario y de apoyo logístico „Juan de la Cosa”, ejercicio 2015 (26.1.2017) [*Audit privind gestionarea navei de asistență medicală și logistică „Juan de la Cosa”, anul fiscal 2015, publicat în 2017]*]
- 1185.- Fiscalización de la actividad económica desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación con el área farmacéutica, ejercicios 2014 y 2015 (19.12.2016) [*Audit privind activitățile economice ale Ministerului Sănătății, Serviciilor Sociale și Egalității în sectorul medicamentelor, anii fiscali 2014 și 2015, publicat în 2016]*]
- 1167.- Fiscalización sobre la gestión y control de las prestaciones farmacéuticas a cargo de la Mutualidad General Judicial (22.7.2016) [*Audit privind gestionarea și controlul prestațiilor farmaceutice de către Regimul mutual general de asigurări al magistraturii, publicat în 2016]*]
- 1119.- Fiscalización sobre la gestión y el control efectuados por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria concertada con medios ajenos (26.11.2015) [*Audit privind activitățile de gestionare și de control ale societăților de asigurare mutuale*]

Lista activităților de audit privind sănătatea publică efectuate, începând din 2014, de către instituțiile supreme de audit participante din UE

182

pentru accidente și boli de muncă (din cadrul Sistemului național de asigurări) în ceea ce privește asistența medicală furnizată din resurse externe, publicat în 2015]

Ungaria

- A kórházak ellenőrzési tapasztalatait összegző elemzés (2019) [*Analiză sintetică a experienței dobândite în cadrul auditurilor desfășurate în spitale*, publicat în 2019]

Curtea de Conturi Europeană

- Raportul special nr. 07/2019: Acțiunile UE în domeniul asistenței medicale transfrontaliere: ambiții importante, dar este nevoie de o ameliorare a gestionării (2019)
- Raportul special nr. 28/2016: Gestionarea amenințărilor transfrontaliere grave la adresa sănătății în UE: au fost făcuți pași importanți în acest sens, dar sunt necesare eforturi suplimentare (2016)

Acronime și abrevieri

ASI: Autoritatea pentru sisteme de informații (Estonia)

BPOC: bronhopneumopatie cronică obstructivă

DG SANTE: Direcția Generală Sănătate și Siguranță Alimentară

ECHI: indicatori principali de sănătate la nivelul Uniunii Europene

EHF: Fundația estoniană pentru e-sănătate

EOPYY: Institutul național de sănătate publică din Grecia

ETK: Casa de pensii din Finlanda

FEIS: Fondul european pentru investiții strategice

FNAS: Fondul național de asigurări de sănătate (Bulgaria)

FSE+: Fondul social european Plus

HSE: Administrația serviciilor de sănătate (*Health Service Executive*) (Irlanda)

IRM: imagistică prin rezonanță magnetică

Model SOME: model de analiză a cheltuielilor de asigurări sociale

MUFACE: Compania de asigurări mutuală a funcționarilor publici din Spania (*Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado*)

NAOF: Oficiul Național de Audit din Finlanda

NIK: Oficiul Suprem de Audit din Polonia (*Najwyższa Izba Kontroli w Polsce*)

OCDE: Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică

OMS: Organizația Mondială a Sănătății

ONU: Organizația Națiunilor Unite

ÖQMed: Societatea pentru asigurarea calității și managementul calității în medicină din Austria (*Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin*)

PIB: produsul intern brut

PTD: Asociația pentru diabet din Polonia

Reformă SOTE: reformă a sistemului social și de sănătate

RER: rețea europeană de referință

RKKP: Programul transregional de dezvoltare a calității clinice (Danemarca)

TFUE: Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene

TIC: tehnologia informației și comunicațiilor

TVA: taxa pe valoarea adăugată

Glosar

Acces universal la asistență medicală: disponibilitatea serviciilor medicale la momentul oportun, la locul potrivit și la prețul adecvat.

Dezvoltare durabilă: potrivit „raportului Brundlandt” întocmit în 1987 pentru Adunarea Generală a ONU, dezvoltarea durabilă înseamnă dezvoltarea care satisface nevoile prezente fără a compromite posibilitatea generațiilor viitoare de a răspunde propriilor nevoi.

Directiva UE privind asistența medicală transfrontalieră: directiva din 2011 a UE privind asistența medicală transfrontalieră care are ca obiectiv garantarea accesului la asistență medicală sigură și de înaltă calitate dincolo de frontierele naționale, în interiorul UE, precum și asigurarea rambursării costului unei astfel de îngrijiri medicale în aceleași condiții ca în statul membru de afiliere al pacientului respectiv.

e-Sănătatea: toate instrumentele și serviciile care utilizează tehnologii ale informației și comunicațiilor pentru a îmbunătăți prevenirea, diagnosticarea, tratamentul, monitorizarea sau gestionarea sănătății.

Evaluarea tehnologiilor medicale (ETM): o abordare științifică privind evaluarea eficacității tehnologiilor medicale.

Fondul european pentru investiții strategice (FEIS): FEIS este o inițiativă lansată în comun de Grupul BEI – Banca Europeană de Investiții și Fondul european de investiții – și de Comisia Europeană cu scopul de a contribui la eliminarea decalajului actual în materie de investiții din UE. FEIS este unul dintre cei trei piloni ai Planului de investiții pentru Europa, care urmărește revitalizarea investițiilor în proiecte strategice pe întregul continent, pentru a se asigura faptul că banii ajung în economia reală.

Fondul social european Plus (FSE+) / fonduri structurale: fonduri ale UE care cuprind: Fondul european de dezvoltare regională (FEDR) și Fondul social european (FSE). Împreună cu Fondul de coeziune, valoarea activităților derulate în cadrul fondurilor structurale cu scopul de a sprijini creșterea economică la nivel regional și de a stimula crearea de locuri de muncă se ridică, pentru perioada de programare 2007-2013, la 308 miliarde de euro (la prețurile din 2004).

Indicatori principali de sănătate la nivelul Uniunii Europene (ECHI): un set de indicatori prin care se monitorizează starea de sănătate a cetățenilor UE și performanța sistemelor de sănătate.

Infecție asociată asistenței medicale: o infecție care survine în timpul tratării unui pacient de către un cadru medical, în ambulatoriu, într-o instituție de asistență medicală socială sau într-o instituție sanitară.

Logos: rețele de sănătate locale (în Belgia).

Model de asigurări de sănătate mixt: un sistem de asigurări de sănătate bazat pe finanțare privată, prin sisteme de asigurare voluntare sau prin plăți directe.

Modelul Beveridge: un sistem public de asigurări de sănătate, finanțat din impozitele, care asigură de obicei o acoperire universală, pe baza rezidenței sau a cetățeniei.

Mortalitate din cauze care pot fi prevenite: decese care ar putea fi evitate prin politici de sănătate publică și prin prevenire.

Mortalitate din cauze tratabile: decesul ar fi putut fi evitat prin îngrijiri medicale eficace și administrate la timp.

Orizont 2020: instrument financiar de punere în aplicare a Uniunii inovării, o inițiativă emblematică a Strategiei Europa 2020, care vizează asigurarea competitivității globale a Europei.

Piață unică digitală: o piață în care libera circulație a persoanelor, a serviciilor și a capitalurilor este asigurată, iar persoanele fizice și întreprinderile, indiferent de cetățenie sau de locul de reședință, pot beneficia de un acces neîntrerupt la activități online și pot exercita astfel de activități în condiții de concurență loială și la un nivel ridicat de protecție a consumatorilor și a datelor cu caracter personal.

Politica de coeziune a UE: politică ce are drept scop consolidarea coeziunii economice și sociale în cadrul Uniunii Europene, prin reducerea decalajului de dezvoltare dintre regiunile UE.

Prescripție electronică: generarea, transmiterea și arhivarea electronică a prescripțiilor medicale.

Rețele europene de referință (RER): rețele virtuale la care participă furnizori de servicii medicale din toată Europa. Scopul lor este acela de a facilita discuțiile pe tema bolilor și afecțiunilor rare sau complexe care necesită tratament foarte specializat și o concentrare de cunoștințe și de resurse.

Sănătate publică: știința prevenirii bolilor, a prelungirii vieții și a promovării sănătății prin eforturile organizate ale societății.

Semestrul european: cadrul de coordonare a politicilor economice la nivelul de ansamblu al Uniunii Europene. Permite țărilor din UE să discute planurile lor economice și bugetare și să monitorizeze progresele realizate în momente specifice pe parcursul anului.

Sistem de asigurări sociale de sănătate (sau modelul Bismarck): un sistem de asigurări de sănătate în care asistența medicală este finanțată prin contribuții obligatorii la sistemul de asigurări sociale.

VRIND (indicatori pentru Regiunea Flamandă): un instrument de monitorizare utilizat de guvernul Regiunii Flamande.

Contactați UE

În persoană

În întreaga Uniune Europeană există sute de centre de informare Europe Direct. Puteți găsi adresa centrului cel mai apropiat de dumneavoastră la: https://europa.eu/european-union/contact_ro

La telefon sau prin e-mail

Europe Direct este un serviciu care vă oferă răspunsuri la întrebările privind Uniunea Europeană. Puteți accesa acest serviciu:

- apelând numărul gratuit 00 800 6 7 8 9 10 11 (unii operatori pot taxa aceste apeluri);
- apelând numărul standard: +32 22999696; sau
- prin e-mail, la: https://europa.eu/european-union/contact_ro

Găsiți informații despre UE

Online

Informații despre Uniunea Europeană în toate limbile oficiale ale UE sunt disponibile pe site-ul Europa, la: https://europa.eu/european-union/index_ro

Publicații ale UE

Puteți descărca sau comanda publicații ale UE gratuite și contra cost la adresa: <https://publications.europa.eu/ro/publications>. Mai multe exemplare ale publicațiilor gratuite pot fi obținute contactând Europe Direct sau centrul dumneavoastră local de informare (a se vedea https://europa.eu/european-union/contact_ro).

Dreptul UE și documente conexe

Pentru accesul la informații juridice din UE, inclusiv la ansamblul legislației UE începând din 1952 în toate versiunile lingvistice oficiale, accesați site-ul EUR-Lex, la: <https://eur-lex.europa.eu>

Datele deschise ale UE

Portalul de date deschise al UE (<http://data.europa.eu/euodp/ro>) oferă acces la seturi de date din UE. Datele pot fi descărcate și reutilizate gratuit, atât în scopuri comerciale, cât și necomerciale.

