

I. Mereuță, d.h.m., prof. univ., USMF "N. Testemițanu", IOM,
S. Lupu, doctorand USMF "N. Testemițanu"

MANAGEMENTUL FINANCIAR AL SPITALELOR

The article under discussion is a vast synthesis of the financial management peculiarities of the medical institutions. Such items as the system of payment, fees and expenses as well as experience of development and working policy in this area are discussed in the given article.

Key words: financial management, medical institution.

Sistemul de plăți creează noi stimulente pentru motivarea prestatorilor de servicii medicale atât de ordin organizațional, cât și de ordin financiar. Ca urmare, spitalele vor fi mai concentrate și vor deveni, mai curând, centre de cheltuieli, decât centre de generare a veniturilor. Personalul medical va fi instruit pentru prestarea serviciilor medicale, iar spitalele nu vor mai reprezenta punctul de bază al sistemului ocrotirii sănătății.

Finanțarea sectorului spitalicesc a devenit o problemă majoră, iar căutarea instrumentelor și tehnicilor mai eficiente este ceva caracteristic majorității sistemelor de ocrotire a sănătății din Europa, America de Nord și alte state. Probabil, mult mai important este faptul că aceste tendințe recente, pentru toate țările reprezintă doar un început al tranziției de termen lung pentru spitale și rolul acestora în sistemul general de ocrotire a sănătății.

Vom analiza schimbările graduale în politicile de plăți la spitale pentru sistemele mature, dar schimbătoare, de ocrotire a sănătății și sectoarele din Europa de Est și fosta Uniune Sovietică. Acest grup include în jur de 25-35 de state.

Majoritatea acestor state trec printr-un climat nou și provocator. Există probleme serioase în domeniul ocrotirii sănătății cu privire la finanțarea totală a sectorului ocrotirii sănătății, cât și eficiența sau valoarea relativă a modalității prin care sunt cheltuite fondurile pentru prestarea serviciilor medicale. Spre sfârșitul anilor 80, a devenit clar că performanța slabă și rezultatele scăzute din domeniul ocrotirii sănătății au fost cauzate nu numai de finanțarea insuficientă, cât și de administrarea inadecvată a mijloacelor din domeniul ocrotirii sănătății. Abordarea tradițională față de prestarea serviciilor medicale în Europa de Est și țările din fosta Uniune Sovietică nu a încurajat utilizarea eficientă a mijloacelor de către

prestatori. Un alt domeniu de îngrijorare fusese direcționarea serviciilor medicale către asistența primară și eficiența medicilor ce practică activitatea medicală la clinici de pacienți externi. Lipsa competiției și alegerii, precum și lipsa stimulentele în sporirea veniturilor și profiturilor au avut tendința de a îi încuraja pe medici să acționeze în calitate de expeditori indiferenți, trimitându-i pe pacienți la spitale. Ratele de expediere la spitale au ajuns la 25-30% din primele vizite la clinici în state din Fosta Uniune Sovietică la începutul anilor 90 (Sheiman, 1993), comparativ cu rata de 8,6 % în Marea Britanie și 5,2% în Statele Unite la începutul anilor 90 (Sandier, 1989). Rata de admitere spitalicească (ca procentaj al populației) constituia de la 18 la 24 pentru aceste țări față de 16, în medie, pentru toate țările OCED. Această diferență poate fi, parțial, atribuită ratei înalte de expediere.

În general, o parte relativ înaltă a mijloacelor, aproximativ 65-85%, a fost alocată îngrijirii mai costisitoare a pacienților internați. Pentru țările din OCED, utilizarea spitalicească, plus asistența medicală pe termen lung — constituie în jur de 45-50%.

Exact ca în majoritatea statelor din cadrul OCED, Europa de Vest, America de Nord și Japonia, conducătorii examinează alternative referitoare la abordări de bugetare istorică ce vor îmbunătăți alocarea mijloacelor și utilizarea mai prudentă a finanțării existente pentru prestarea asistenței medicale de o calitate mai înaltă și rezultate îmbunătățite.

Plățile se împart, de regulă, în patru categorii:

- 1) diurne;
- 2) sisteme de plăți pe vreun anumit caz sau pe admitere, unele dintre ele fiind instrumente de ajustare pe cazuri mixte (case-mix adjuster);
- 3) bugetare globală;
- 4) capitație.

Abordările sunt examinate din perspectiva adoptării și implementării acestor abordări în Europa de Est și state din fosta Uniune Sovietică. Experiența este comparată și contrastată cu sistemele similare din țările de Europa de Vest.

Politicile și experiențele precoce de dezvoltare: Europa de Est și fosta Uniune Sovietică

Suntem de părerea că cea mai populară abordare, în primii ani de tranziție, a fost și rămîne sistemul de plată pe zi și caz. Atare sisteme pot fi privite avînd tangențe și trăsături similare în evoluare. Atare sisteme au fost implementate în Europa de Est, fosta Uniune Sovietică, și Asia Centrală în patru sau cinci niveluri succesive ale implementării modelului:

1) o rată per diem calculată în baza raportului bugetelor istorice la numărul de zile de spitalizare (din ultimii 1-3 ani), determinarea numitorului depinde de tipul spitalului (rural sau urban), sau de regiunea geografică;

2) o rată fixă de plată, indiferent de caz și tipul spitalului. O atare abordare a încurajat (cum și era de așteptat) spitalizarea mai multor cazuri ușoare decît grave (vezi, de exemplu, Wickham, 1997);

3) o anumită rată de plată, prevăzută în funcție de caz și de tipul spitalului. Astfel, un spital central de referință va fi diferențiat de unul mic rural, atît în ceea ce privește cazurile mixte, cît și cheltuielile de diagnostic, precum cele de laborator;

4) o rată specifică unui anumit departament clinic pentru toate spitalele, cu anumite ajustări, unde este nevoie, în funcție de tipul spitalului. Drept o parte a acestui proces, cheltuielile medii reale pentru tratamentele spitalicești sunt calculate pentru fiecare spital, de către fiecare departament în parte. Costurile rezultate sunt calculate, în medie, pentru toate spitalele și prezentate într-o scară unică de referințe a costurilor tratamentului pentru anumite cazuri într-o regiune dată;

5) în termen lung, se manifestă tendințele de creștere a numărului de grupuri sociale care plătesc serviciile medicale. Inițial, acestea numărau de la 25 la 50 și mai multe, în funcție de metodele de tratament și omogenitatea folosirii resurselor.

Nu toate țările pot fi asociate cu atare niveluri succesive de dezvoltare. Țările și-au început dezvoltarea independentă la diferite niveluri, în al doilea rînd, multe țări, ca să nu spunem majoritatea lor, se folosesc de o simbioză a diferitelor nivele, în cel de-al treilea rînd, finanțarea spitalelor, de obicei,

acoperă cheltuielile curente și variabile, nu pe cele capitale, legate de echipament sau construcții. Practicile existente nu prevăd măsuri legate de depreciere. Cu toate acestea, măsurile menționate aici pot servi drept cadru general de dezvoltare pentru studierea sectorului ocrotirii sănătății în regiune.

Taxe pentru servicii

Una din primele țări care a inițiat reforma sectorului ocrotirii sănătății a fost Republica Cehă, care inițial a folosit sistemul de taxe pentru serviciile spitalicești, obținînd rezultate negative. Legea Asigurării Generale a Sănătății (nr.550) din 1991 prevede trecerea finanțării de la cea din bugetul de stat la taxele salariale de 13,5% suportate de patroni și angajați. Furnizorii serviciilor medicale — spitalele, medicii-interniști, specialiștii și stomatologii — au devenit privați pe parcursul decadei. Într-adevăr, spitalele cehe sunt privatizate mai mult decît în orice altă țară din Europa și Asia Centrală, deși 75% sunt publice — naționale, districtuale sau municipale. Paturile publice sunt într-o proporție mai mare. Merită menționat faptul că majoritatea medicilor și membrii personalului spitalelor publice nu sunt funcționari publici, ci deținători ai contractelor de muncă, o mare inovație în regiune.

Pînă în anul 1993, existau 27 companii de asigurare non-profit, care concurează pentru atragerea pacienților dintr-o populație de 10 milioane. Plata pentru servicii se efectua sub formă de taxe conform listei de prețuri pentru 5 000 servicii diferite. Volumul serviciilor și cheltuielile inerente au crescut semnificativ la începutul anilor 90, de la 7.112 în 1993 la 12.744 coroane cehe în 1998. Cele două mari componente ale sectorului ocrotirii sănătății sunt personalul și produsele farmaceutice. Creșterea salariilor din domeniul ocrotirii sănătății oglindește creșterea salariilor în general pe economie; în 1996, pînă la 23% din resursele bugetare au fost cheltuite pentru produsele farmaceutice, cu mult mai mult decît, în medie pe O.E.C.D.

Începînd cu 1995, companiile de asigurări au început să dea faliment, numai 9 rămîn funcționale din cele 27 inițiale, cu 2 miliarde de coroane datorii nerambursabile față de agenții serviciilor medicale. Datoriile erau, cu precădere, față de spitalele publice.

Companiile de asigurări au acceptat noile sisteme de plată. Pînă în 1998, medicii interniști erau remunerați în funcție de numărul de pacienți,

asigurând serviciile de bază ambulatoriu; specialiștii conform „punctelor” acumulate. Taxele spitalicești continuau să crească, fiind unica sursă de cheltuieli excesive și datorii. Finanțarea din buget în baza alocațiilor tradiționale ale statului au fost introduse în 1997. Actualmente, în unele spitale-pilot există sisteme mixte, conform cărora primele primesc resurse bugetare, calculate în funcție de finanțarea cazurilor mixte.

Stimulentele timpurii au dus la o creștere a cheltuielilor spitalelor, iar falimentarea agențiilor de asigurare, cât și noile limite de finanțare au dus la acumularea de datorii. Mai există și datoriile istorice încă de la începutul decadei. Spitalele Ministerului Sănătății au cele mai mari datorii cu mult peste 400 milioane de coroane cehe. Spitalele municipale și cele private au datorii mai mici, dat fiind faptul că sunt de proporții mai mici, dar și datorită unei contabilități riguroase și accesului limitat la fondurile suplimentare ale Ministerului Sănătății (Filder, 1999).

Cheltuieli de spitalizare pe zi

În Croația, noul sistem al Asigurării medicale deține pînă la 95% din fondurile publice și contracte cu spitalele. Finanțarea spitalelor se efectuează printr-un sistem de trei componente; zile-pat, salarizarea separată a medicilor, conform sistemului de acumulare a „punctelor” ale activității medicale, și compensarea anumitor produse, precum hrana, medicamentele. Sistemul acumulării punctelor se bazează pe o îmbinare a capabilităților medicale și timpul necesar unei proceduri. Există o listă comprehensivă (mai mult de 90.000) de proceduri și valoarea lor în puncte acumulate.

Sistemele de finanțare pat/zi și taxe pentru servicii se dovedesc descurajante, dat fiind faptul că duc la creșterea cheltuielilor (ex., zile-pat în număr nejustificat și excesul de medicamente). Datele, din ultimii cîțiva ani, au situat rezultatele între categoriile de persoane nesolvabile și dezastruoase, indicînd o creștere a cheltuielilor de spitalizare cu 70% în 5 ani (1994-1998) și de 26% numai în perioada 1997-1998. Toate acestea au dus la o creștere a cheltuielilor de spitalizare, a numărului de admiteri la începutul anilor 90. Aceasta creștere a coincis cu eforturile de dezvoltare a politicilor naționale axate pe asistența medicală prin admiterea practicilor independente ale medicilor-interniști și achitarea unei taxe fixe pentru asistența medicală primară, deși aceasta din urmă a dus la încurajarea consultațiilor de

referință a specialiștilor și spitalizărilor. Alocările bugetare continue să fie efectuate de Ministerul Sănătății pentru serviciile specializate și investiții capitale. Resursele bugetare, alocate ocrotirii sănătății în Croația, se situează între 10-12% din PNB, și este în creștere (Banca Mondială, 1999).

În **Republica Slovacă**, cheltuielile ocrotirii sănătății sunt acoperite în proporție de 96% de asigurarea medicală, cele 4% rămase prin alte mijloace. Aproximativ 45% din cheltuieli revin spitalelor; pe parcursul anului 1998, acestea erau finanțate în funcție de numărul de pat/zile, în dependență de tipul spitalului conform celor trei categorii:

- Regionale (patru departamente);
- Nivel districtual (un spectru mai larg de departamente de specialitate);
- Instituțiile cu un grad înalt de specializare și cele asociate școlilor medicale superioare.

Personalul angajat al acestor instituții este salarizat. Durata medie a spitalizării (ALOS), în Slovacia, în 1997, era de 11 zile. Un studiu al Băncii (martie 1999) a arătat că ALOS era relativ aceeași pentru toate tipurile de spital, chiar și pentru cele cu un grad înalt de specializare, și respectiv cazuri grave. În plus, în cazurile de tratament al bolilor oncologice, a nașterilor primare, durata spitalizării era de 7,5 zile. Studiul a mai scos la iveală rezultate paradoxale, care au arătat că, în scopul completării spitalelor, și deci, al colectării taxelor, pacienții erau spitalizați și în zilele de odihnă, durata de spitalizare, astfel, era prelungită cu 2 zile, dat fiind taxele existente încă din 1999. Din același grup fac parte și rezultatele care au arătat că spitalele preferau să spitalizeze cazuri mai puțin grave, taxele rămînînd aceleași, și să extindă durata de spitalizare mai mult decît e nevoie.

Guvernul slovac a întreprins un șir de măsuri în vederea monitorizării costurilor spitalizărilor, bazate pe sistemele de asigurare, inclusiv decizia de a trece de la sistemul de plată pe zile de spitalizare la cel de buget global al spitalelor.

În **Slovenia**, Institutul Național de Asigurare Medicală (HII) încheie contracte cu spitalele, care sunt, în marea majoritate, publice, finanțînd, astfel, numărul pat/zi conform contractelor, primele sunt calculate în funcție de numărul și durata fiecărei spitalizări.

Conform acestui sistem, HII monitorizează cheltuielile globale ale spitalelor, în același timp,

sistemul bugetelor inițiale nu emite realocarea economiilor, fie datorită reducerii ALOS, fie altor măsuri eficiente. Economii nu ar putea fi folosite nici pentru plata primelor sau școlarizarea personalului, nici pentru procurarea echipamentului. Personalul este salarizat lunar.

Au fost, totuși, introduse și măsuri de excepție în scopuri stimulative; primele pentru locurile/paturile libere și o taxă fixă pentru spitalizarea cazurilor grave, operații la inimă, transplanturi și dialize.

Banca Mondială a finanțat un proiect de 11,3 milioane de dolari pentru implementarea sistemului informațional al sectorului național al sănătății, cu inițierea acestuia în 2000. Sistemul informațional, va contribui, printre altele, și la asigurarea unei baze statistice-informaționale în scopul armonizării bugetelor spitalicești în funcție de rezultatele obținute.

Letonia și-a consolidat cele 33 fonduri medicale locale în 8 Fonduri regionale, care sunt în relații contractuale cu spitalele pentru un pachet de bază al serviciilor spitalicești. Serviciile specializate și cele terțiare sunt finanțate în cadrul programelor de stat care prevăd un buget fix în acest scop, dar care pe viitor vor fuziona cu fondurile medicale regionale. Sectorul spitalicesc este public în proporție de 98%, și se caracterizează printr-un exces de capacitate (10,3 paturi pentru 1000 locuitori) și lipsuri, în ceea ce privește asigurarea îngrijirii medicale. Spitalele terțe de stat sunt finanțate în funcție de numărul de paturi și personal. Programele serviciilor de bază sunt finanțate în funcție de numărul de zile-pat, deși, în unele regiuni, a fost inițiat de probă modelul de plată DRG (diagnostic). Un nou proiect al Băncii Mondiale (1999) prevede acordarea unui Credit de Program (2 etape) de 42mln USD în scopul elaborării unei strategii pe termen lung de restructurare a serviciilor medicale.

Estonia a implementat un sistem de asigurare medicală cu 17 fonduri medicale regionale și unul central cu competențe manageriale și de realocare a fondurilor. Sistemul de finanțare al serviciilor de tratament spitalicesc este cel de zile/pat. Evaluarea taxelor pentru zile/pat include tarife speciale în funcție de ramura medicală și numărul respectiv de paturi drept categorie de complexitate. Nivelul de finanțare este, în cele ce urmează, calculat în funcție de cele 57 tipuri care diferă, în domenii de îngrijire, cum sunt: anamneza, examinarea,

diagnosticarea, tratamentul, planificarea, nursingul, alimentele, procedurile medicale simple, testele de laborator și produsele farmaceutice. Unele proceduri adiționale, testele de laborator preoperatorii, sau cele fizioterapeutice pot fi finanțate separat în baza sistemului taxe pentru servicii, conform listelor de preț. Există, totuși, un adaos pentru serviciile spitalicești. Fondul a demonstrat existența unui interes recent de a trece la un sistem mai consolidat de taxe pentru servicii. Estonia și țările baltice, în general, se caracterizează printr-o abordare relativ spontană privind finanțările capitale, deși spitalele locale arendează echipamentul de la agenții particulari.

Unele regiuni ale **Rusiei** folosesc sistemul de plată pe zi, care sunt ajustate pentru fiecare spital în funcție de nivelul acestuia și un adaos pe spitalizare în baza normelor de durată potrivit categoriilor de boli. Puține surse documentează rezultatele abordării unui atare sistem, cazul Rusiei este examinat în secțiunile ce urmează.

Finanțare pe caz

În Lituania, Fondul teritorial al pacienților colectează taxe (3% din salarii) odată cu taxe pe venit și veniturile globale. Serviciile tratamentelor spitalicești sunt finanțate în baza sistemului de tipuri de cazuri mixte, utilizând așa-numitele profiluri medicale cu prețurile respective indicate. Prețurile au fost calculate istoric, în funcție de zile/pat și domeniu/ramură. Taxele acoperă salarizarea, testele de laborator și o parte a depreciilor. Există 50 categorii, și tarifele respective variază în funcție de un factor aproximativ de 12. Serviciile spitalicești de nivelul doi sunt împărțite în 14 profiluri (grupuri) de tratament pentru adulți și 9 pentru copii. La nivelul terțiar (universitar) — 17 grupuri pentru adulți și 10 pentru copii. Taxa se calculează în funcție de zile/pat pentru o durată de spitalizare de până la 4 zile. Există tarife suplimentare pentru spitalizări de durată al căror preț depășește cu 130% prețul unui caz reglementar, și tarife suplimentare pentru 6 categorii de teste de diagnostic și tratament. Cheltuielile capitale sunt rambursate imediat prin alocările bugetare ale Ministerului Finanțelor și din bugetele municipale, dar sistemele de contabilitate nu reușesc să introducă depreciile.

Durata medie de spitalizare și numărul de paturi pe cap de locuitor s-au redus.

Heijnen și Schneider (1999) menționează faptul că totalitatea stimulentele și sistemul de plată pe

caz au dus la crearea unui flux de adresări ale pacienților la spitale și la creșterea treptată a numărului de spitalizări în anii 90. Poate apărea necesitatea limitării numărului de pacienți spitalizați.

În **Polonia** 19 fonduri de asigurări medicale au inițiat implementarea unui nou sistem național de asigurare. Concomitent, fondurile individuale regionale dețin flexibilitatea, în ceea ce privește sistemul de finanțare a serviciilor spitalicești, majoritatea alegând sistemul de plată pentru servicii între 9 și 29 categorii, depunând, în prezent, eforturi de armonizare a grupurilor. Banca asigură sprijin financiar în cadrul programului actual de armonizare. Sistemul de finanțare se aplică numai în cazul cheltuielilor curente, iar pînă în momentul cînd spitalele vor avea un statut juridic independent de guvernul central, managerii sunt constrînși de codul național al muncii și de incapacitatea de a lua decizii privind investițiile capitale, în afara echipamentului mobilier. Alocările bugetare încă se mai efectuează în conformitate cu pachetul specializat de servicii și investiții capitale.

Un indice al aplicării sistemului de cazuri mixte constă în faptul că Fondurile colectează și finanțează spitalizările pacienților, care, în prezent, au crescut cu 30% față de aceeași perioadă a anului trecut. Mai există date paradoxale privind imposibilitatea spitalizării cazurilor grave, și „selectării riguroase” de spitalizare a cazurilor ușoare (legături personale, directori ai Fondurilor regionale, la Wrocław și regiunile Varșoviei).

E greu de caracterizat situația din Rusia, deși sistemele de taxe predomină. După cum am menționat deja, sistemul rus se compune din 89 sisteme medicale regionale, care sunt, în mare măsură, independente unul de altul, dată fiind vechea structură de administrare federală a Ministerului Sănătății și noul sistem de asigurare medicală care a introdus o taxă de 3,6% din venitul angajaților. Legea privind asigurarea medicală obligă bugetele locale să contribuie la finanțarea serviciilor populației șomere. Cu toate acestea, bugetele locale nu se grăbesc să-și onoreze contribuțiile, lăsînd, astfel, o discrepanță vădită între resursele bugetare locale: fondurile de asigurare obligatorie. Bugetele tradiționale acoperă programele de asistență socială, pentru grupurile de șomeri și în scopurile ocrotirii sănătății la nivel municipal.

Legile adoptate în 1991 și 1993 nu stipulau clar mecanismele de finanțare, iar fondurile regionale și-au ales unul aparte. Un studiu recent al Fondului Federal a arătat că regiunile au abordat o îmbinare a sistemelor de finanțare a spitalizărilor. Majoritatea se folosesc de varianta sistemului zile/pat sau de caz, deși, în fond, prost documentate. Unele din aceste sisteme pot fi destul de complexe. De exemplu, la Kemerovo și în Regiunea Ciuvașă, fondul finanțează spitalele în funcție de cazurile tratate, și policlinicile — de vizite la medic. Categoriile de plată sunt calculate conform codului de clasificare a diagnosticului ICD (aproximativ 10.000) și în dependență de cele 5 niveluri de îngrijire (cu precădere, cele spitalicești). Ceea ce presupune existența a cel puțin 50.000 rate pentru serviciile spitalicești; și 10.000 pentru tratamentul ambulatoriu. Tarifele sunt revizuite periodic, pentru a introduce modificările legate de depreciere.

Kemerovo a abandonat recent acest sistem, dat fiind sistemul complicat de coduri, și revine la un sistem redus de pînă la 100 categorii. O creștere a numărului de spitalizări din ultimii ani, strategia abordată a fost cea de sporire a cheltuielilor de spitalizare și a celor de tratament ambulatoriu.

Sistemele de taxe pe zi și pe caz, în general, acoperă cheltuielile de salarizare, produse farmaceutice și hrană. Costurile capitale și de întreținere sunt suportate de un șir de „buzunare”, la nivel administrativ în regiune — oblaste, orașe, raioane. Fluxul de fonduri este fragmentat, de regulă. Multiplele alocări haotice subminează posibilitățile reformei de plăți în Rusia prin implementarea sistemului de fonduri.

Spitalele Ministerului Sănătății și cele ale autorităților regionale continuă să fie finanțate din buget.

În **Georgia**, există un nou sistem de asigurare medicală care prevede o taxă de 4% din venit, și are 12 ramuri regionale, responsabile de angajarea și salarizarea agenților serviciilor medicale finanțate de programele federale și municipale. Începînd cu 1995, Georgia a introdus un sistem de plată-caz-mixt pentru 30 categorii de servicii spitalicești. Tarifele sunt calculate prin cumularea cheltuielilor directe de spitalizare și celor aferente, în medie, pe zi (întreținere, servicii administrative, de spălătorie) și taxă medie pe durata de spitalizare. Există probleme de tipul: salarizarea se efectuează în funcție de un număr standard de spitalizări și grad de completare a

spitalului, fapt care a dus la reducerea acestora, cât și a tarifelor de spitalizare. Categoriile sunt revizuite anual pentru a le aduce în concordanță cu resursele de finanțare disponibile. Eficacitatea acestui sistem sau a oricărui altul este umbrită de existența la un nivel relativ înalt a unor plăți colectate direct de la pacienți pentru toate serviciile, estimat la 87% din cheltuieli.

Un sistem similar celui din Georgia este implementat, în prezent, în Armenia.

Un șir de reforme ale finanțării pe caz au fost inițiate în **Kirgizstan** și **Kazahstan**. Unele regiuni au început implementarea unui sistem relativ simplu, în funcție de caz, cu includerea a 55 grupuri clinice diferite. Fiecare din aceste grupuri are o pondere deosebită. Acestea variază în dependență de tipul de diagnostic și departament, în cadrul căreia este tratat pacientul, dacă a suportat sau nu intervenție chirurgicală și dacă a fost supus îngrijirii medicale intensive.

În Kazahstan, noile fonduri de asigurare din unele regiuni, precum Semipalatinsk și Djezkasgan au trecut cu succes de la sistemul de plăți pe zi, din mijlocul anilor 90, la unul mai simplu, cel pe caz și la cel mult mai sofisticat de caz mixt cu 55 categorii. Atare schimbări au coincis cu reformele organizaționale și manageriale, iar rezultatul acestora pentru regiunea Djezkasgan au fost: închiderea mai multor spitale, numărul lor reducându-se de la 55 la 22 (1994-1997), reducerea numărului de paturi de la 6 225 la 2 919, în aceeași perioadă (Horst, 1998). În același timp, micșorarea numărului de paturi și spitale este de 40-50% pe scară națională (inclusiv regiuni ce nu au fost cuprinse de reformă).

În Kirgizstan, Fondul a abordat inițial un sistem de 55, iar mai recent, unul de 154 categorii după o perioadă de implementare treptată de 2-4 ani. Fondul nu s-a dovedit capabil să finanțeze, în întregime, sistemul de caz, dar acoperirea cheltuielilor de salarizare, medicamente, resurse materiale și hrană — mai puțin de 30% din cheltuielile totale. Inițial, fondurile intenționau acoperirea numai a cheltuielilor curente ale spitalelor regionale, municipale și raionale de centru, cât și a citorva republicane. Dispensarele, spitalele specializate și cele mici sătești erau excluse, cât și cele care puteau fi închise în urma procesului raționalizării.

Baza de date a fondului numără 300.000 cazuri publicate și disponibile analiștilor, ceea ce

le dă posibilitatea de a evalua impactul reformelor din ultimii câțiva ani (O'Dougherty, 1999). Rezultatele preliminare studiate de Samushkin (1999) au arătat o reducere a ALOS de la 14,3 la 12,2 zile. Cazurile mixte nu s-au schimbat simțitor. Nu există informații privind micșorarea numărului de paturi, dar schimbările, aparent, nu au dus după sine la reforme structurale, puține din numărul de paturi sau spitale au fuzionat sau au fost închise.

Tarifele fixe vor fi abordate o dată cu reformele de raționalizare a fluxului de fonduri ale Ministerelor Sănătății și Finanțelor în următorii ani. Finanțarea rămîne completivă pentru agent și încurajează evident reformele.

În cele din urmă, unul din cele mai sofisticate sisteme din regiune poate fi găsit în **Ungaria**, care și-a dezvoltat și armonizat sistemul timp de un deceniu. La începutul anilor 90, în țară, a fost introdus sistemul universal de asigurare obligatorie a angajaților, începînd cu 1993. Administrația Fondului Național de Asigurare Medicală (HIFA) a abordat sistemul de contracte cu agenții serviciilor medicale, inclusiv spitalele. HIFA finanțează îngrijirea medicală primară pe cap de locuitor, conform calificării agenților medicali și categoriei de vîrstă a pacienților; serviciile ambulatoriu sunt finanțate conform sistemului german de puncte. Spitalele sunt finanțate în baza Grupurilor de boli tangențiale (HDG), aparent similare celor americane. Un fapt important este acela că pentru toate cele trei tipuri de servicii — primar, ambulatoriu și spitalizare, sunt prevăzute tarife suplimentare. Tarifele relative pe domenii au fost calculate, inițial, în 1992, și au rămas mai mult sau mai puțin aceleași. Majoritatea specialiștilor și angajaților ocrotirii sănătății sunt funcționari publici salarizați, iar spitalele, în marea lor majoritate, se află în subordinea și sunt monitorizate de guvernele locale (districtuale și municipale), institutele naționale și universitățile medicale se află în subordinea guvernului central. Un număr de medici profesioniști au clinici private care funcționează în afara sistemului național de asigurare medicală.

Sistemul HDG finanțează salarizarea și alte cheltuieli curente, dar nu pe cele capitale, inclusiv deprecierea și investițiile imobiliare și de echipament. Aceste cheltuieli, ce țin de responsabilitatea patronilor instituțiilor, subvenționate de stat, iar

distribuirea fondurilor fiind determinată de Ministerele Finanțelor, Sănătății și de Afaceri Interne în comun IQFCD, în prezent, există 758 categorii HDG aferente celor 26 categorii principale de diagnostic. Aceste 26 sunt împărțite pentru a răspunde cazurilor adiționale de diagnostic, proceduri și vârste ale pacienților. Cele 758 categorii prevăd aplicarea unei taxe privind „pondera” serviciilor; 12 — durata spitalizării (pînă în 1998). Tarifele specifice spitalelor sunt situate pînă la factorul 4 și sunt, de fapt, bazate mai mult pe structurile tradiționale de prețuri decît pe performanțe și rezultate (OECD, 1999).

Cheltuielile HDG erau, inițial, bazate pe un model de bază pentru 28 spitale. Programul-pilot introduce un nou sistem pentru aceste spitale. Spitalele au tins spre sisteme informaționale mai performante și erau conduse de manageri interesați de participarea în act program, dar din nefericire, aceste instituții medicale nu reprezentau toate spitalele din Ungaria. Un sistem informațional central a fost introdus în 1992, pentru a extinde baza de date, iar sistemul HDG a fost introdus pe scară națională, în 1993. De atunci, sistemul HDG a suportat 3-4 modificări structurale în scopul consolidării și extinderii numărului de grupuri (NHRA, 1998).

Sistemul HDG este prevăzut pentru cazurile spitalizate grave. Pentru pacienții de zi este prevăzută o taxă zilnică medie HDG înmulțită cu coeficientul 0,7. Pacienților cronici spitalizați pe termen lung li se rambursează o taxă zilnică fixă. Pentru așa-zisele „servicii speciale” care sunt, de regulă, costisitoare, prestate numai în instituțiile naționale și cele regionale, se achită o taxă pentru servicii și sunt finanțate separat de către Ministerul Asistenței Sociale. Atare tratamente include majoritatea formelor de transplant.

Impactul sistemului HDG a fost mixt, parțial, datorită stimulentelelor, parțial, din cauza altor influențe din sectorul ocrotirii sănătății. S-a indicat o creștere a alocărilor, și, concomitent, o micșorare a duratei de spitalizare de la 9,9 la 8,0, cît și a numărului de paturi pe cap de locuitor în perioada anilor 90. Aceste tendințe, în afara ultimei, pare să antedateze introducerea noilor stimulente financiare. Orosz și Hollo (1999) subliniază, în raportul lor, că finanțarea pe caz introduce mai multă transparență, iar nivelul cheltuielilor a permis să se evite un colaps al sistemului de finanțare a sectorului ocrotirii sănătății. Pe de altă parte,

procentul spitalizărilor a crescut de la 21,8 la 24,2, în perioada 1990-1996, sugerînd ideea că reducerea numărului de paturi nu împiedică tendința de creștere a nivelului de spitalizare. Totuși, există puțini factori care ar stimula îmbunătățirea calității sau prestarea de servicii ambulatoriu, dat fiind faptul că serviciile spitalicești sunt mult mai costisitoare. Indicele național al cazurilor mixte a crescut de la 0,97 în 1993 la 1,1 în 1996 (Orosz, Ellena și Jakab, 1997). O atare creștere ar putea duce la scăderea ratei de bază. De fapt, conform datelor OECD (1999), finanțarea pe caz a scăzut cu 22%, în perioada 1994-1997.

O dată cu reducerea duratei medii de spitalizare, excesul capacităților spitalicești devenit evident, dar sistemul pe caz nu contribuie la grăbirea modificărilor structurale importante. Guvernul a făcut încercări și a eșuat, în trei rînduri, încă din 1995, în utilizarea mecanismelor administrative de închidere a spitalelor publice sau de reducere a capacităților acestora. Un ultim eșec a survenit în legătură cu Proiectul finanțat de Bancă privind modernizarea regională, dar alegerile naționale din 1998 au oprit acest proces.

Există informații potrivit cărora spitalele nu mai asigură hrana, serviciile de spălătorie, pentru a reduce cheltuielile, cît și încercări de a spori veniturile prin implementarea serviciilor de antrepriză (NERA, 1998). Totuși, reducerea numărului de paturi nu a fost urmată de o reducere a personalului, drept o cale de a reduce cheltuielile și îmbunătăți calitatea serviciilor. Numărul medicilor-interniști a crescut cu 27%, în perioada 1990-1996, iar a specialiștilor cu 12%. Adițional, în timp ce șomajul, în medie, pe economie a crescut cu 20% în perioada 1991-1997, cel din sectorul ocrotirii sănătății numai cu 2%, dat fiind faptul că angajații sectorului se bucură de un statut special al funcționarilor publici. Sectorul spitalicesc, aparent, găzduiește în cadrul personalului său medici de vîrstă pensionară. Impactul acestor factori asupra bugetelor spitalelor a fost compensat prin micșorarea salariilor medicilor, cît și reducerea activității personalului de asistență medicală și fizioterapie etc., medicii-interniști adesea îndeplinind funcțiile asistentelor medicale.

Țări precum **România, Bulgaria și Bosnia-Herzegovina**, aflate într-o perioadă timpurie a tranziției spre sistemele noi de asigurare medicală, au publicat legislațiile adoptate în 1997 și 1998,

dar puțină informație este dată publicității în ceea ce privește noile sisteme de plată pentru serviciile medicale (vezi, de exemplu, Adeyi și alții, 1999; Balabanova, 1998). Legislația română stipulează clar necesitatea de abordare a sistemului pe caz sau a celui pe zi (Banca Mondială, 22 iunie 1999) cu reducerea surplusului de personal medical și sporirea flexibilității în negocierea salariilor personalului medical. În Bulgaria, politicienii au exprimat interesul față de sistemul pe caz sau, ca o altă posibilitate, cel al bugetelor globale (Comisia Australiană a asigurării medicale, 1999). Bosnia a examinat cele două sisteme pe caz și „alocări bugetare” (Conferința donatorilor, mai 1999). În fiecare din cazuri, Banca va acorda asistență dezvoltării și implementării sistemelor de plată în cadrul unui proiect finanțat de aceasta.

În același timp, problema cheltuielilor capitale nu este soluționată în cadrul legislațiilor în vigoare, în România, noua lege a asigurării medicale prevede ca întreținerea clădirilor și echipamentelor mari va fi, în continuare, finanțată din bugetul de stat. Cu toate acestea, numai 3% din resursele bugetare sunt rezervate investițiilor capitale, ceea ce face ca spitalele să caute căi de sporire a veniturilor pe cont propriu, inclusiv donații financiare și tehnice.

Ucraina, Moldova și Azerbaidjanul rămân să adopte un sistem de asigurare și să mențină sistemul tradițional de finanțare a spitalelor pe deviz de cheltuieli.

Uzbekistanul, Turkmenistan, Tajikistan, și Turcia (țară-membră a OECD) folosesc, în continuare, sistemul tradițional de finanțare a spitalelor pe deviz de cheltuieli.

Actualmente, un număr limitat din țările Europei de Est și fostei Uniuni Sovietice aprobă, chiar cu entuziasm, bugetele globale — cum am și menționat în ultima secțiune — vezi bugetele globale și taxele generale drept „noua generație” a sistemelor pe zi și caz. În aceste țări, au fost introduse anumite limite în cheltuielile spitalelor. O activitate mai largă de introducere a bugetelor globale se desfășoară în Rusia, iar încercări de a introduce sistemul de taxe medicale obligatorii s-au făcut într-un șir de țări. Aparent, atare schimbări sunt implementate, cu precădere, ca răspuns la problemele legate de excesul de volum, din cadrul sistemelor pe zi și caz.

Bugetele globale

În **Cehia** au fost introduse noi limite în utilizarea resurselor bugetare pentru a înfrunta volumul de cheltuieli al spitalelor, în Albania, s-

au păstrat bugetele istorice, dar devizul de cheltuieli a fost redus la un număr limitat. Se pune problema elaborării bugetelor globale.

În **Croația** devierile de cheltuieli pentru pacienții spitalizați au fost limitate. Limitarea cheltuielilor poate fi o soluție temporară acceptabilă, dat fiind faptul că structura cheltuielilor și tipologia cazurilor mixte au tendința de a se schimba în timp. Croația a inițiat metoda bugetelor globale-pilot în câteva localități de testare, începând cu septembrie 1999, iar în cadrul sistemului de buget global, în procesul de elaborare și armonizare a bugetelor, pot fi utilizate taxe speciale pentru cazuri mixte.

În **Turkmenistan**, au fost mai multe încercări de a introduce bugetele globale ale spitalelor. Intenția de a renunța la finanțarea conform devizului de cheltuieli și de a crea o nouă bază de elaborare a bugetelor în care stimulentele nu depind de normele de capacitate. Unele modificări au fost introduse în spitalele din Askhabad, ceea ce a permis un grad de flexibilitate a cheltuielilor fără a modifica metodele de elaborare a bugetului. În prezent, rapoartele financiare sunt tipărite la mașina de scris manuală și introducerea unui sistem mai complex de plată ar fi costisitoare pentru administrație.

Una din revendicările etapei inițiale de crearea a regulamentului bugetului global se referea la faptul că administrația îl considera drept o licență pentru fraudă. Atare idee se baza pe faptul că sistemul bugetelor globale presupune că toate resursele financiare sunt administrate în întregime de medicul-șef, ceea ce le permite să le utilizeze după bunul lor plac. În vederea soluționării acestei probleme, și din necesitatea de a planifica, într-un fel, schimbările legate de obiectivele reformei ocrotirii sănătății, bugetul global era elaborat conform unui plan aprobat de Ministerul Sănătății (Ensor, 1998). Acest plan indica modalitățile pe care spitalele le vor aborda în vederea realizării scopurilor ocrotirii sănătății în regiuni prin activități planificate, realocarea de resurse și cheltuieli conform devizului. Apoi cheltuielile vor fi monitorizate în baza bugetelor aprobate, iar obiectivele de restructurare vor fi introduse în procesul de planificare (Ensor și Langenbrunner, 1999).

În **Rusia**, în cel puțin două regiuni — Tver și Kaluga, sunt implementate bugetele globale drept strategie de răspuns la problemele legate de

creșterea sumelor plăților pe zi și celor pe caz. În Kaluga, Bugetele globale reprezintă o parte a reformei globale a plăților atât pentru îngrijirea spitalicească, cât și pentru cea ambulatorie.

Noul plan de finanțare presupune colectarea fondurilor, în scopul includerii în costuri a asistenței de urgență, medicamente pentru grupurile speciale de populație, și servicii de referință (la nivel de regiuni (oblast)). Un model de administrare parțială a fondurilor a fost elaborat în vederea finanțării spitalelor, cu sume alocate policlinicilor pe cap de locuitor pentru deservirea ambulatorie a pacienților (inclusiv îngrijirea primară, consultațiile specialiștilor, servicii clinice mixte, cazuri de urgență, medicamente), plus 20-30% servicii spitalicești (în caz de necesitate); iar cele 70-80% rămase, preconizate pentru finanțarea tratamentului în spitale, vor fi alocate acestora sub formă de bugete globale. Acestea nu vor fi alocate în baza celor 18 categorii, dar sub forma unor sume lunare, asigurându-le managerilor mai multă flexibilitate și autonomie în utilizarea resurselor în scopuri de asistență medicală. Adicional, erau prevăzute anumite stimulente pentru furnizorii de servicii ambulatorii, inclusiv taxe pentru servicii „prioritare” (de ex., imunizarea); prime pentru medicii interniști de prim ajutor (cu finanțarea Băncii, în etapa inițială), și pentru specialiștii de domenii „înguste” în scopul reducerii numărului de specialiști.

Administrarea parțială a fondurilor și bugetele globale au fost implementate într-un număr mic (pilot) de instituții medicale. Dar primele rezultate și-au făcut simțită prezența imediat. Conform uneia din policlinici:

- Cheltuielile pe numărul de pacienți s-au redus cu 13,8%, iar în unele cazuri (ex., categorii specifice de diagnosticare) — cu 30%.

- S-a redus numărul de consultații de referință în cadrul instituțiilor medicale (spitalelor) districtuale de la 131 la 111 pe lună; de la 88 la 62 pentru pacienții secțiilor de cardiologie.

- Numărul consultațiilor specialiștilor de referință, în cadrul policlinicilor, s-a redus cu 29%.

- Numărul de paturi a fost redus cu aproape 40% în una din regiuni, cu reduceri de personal de 5-15%.

Din cadrul bugetelor globale, spitalele vor rezerva 10% de resurse drept bonus pentru personal, în funcție de volumul și calitatea serviciilor. Standardele de calitate sunt în concordanță cu cele medicale economice, plus alte aspecte: spitalizarea

repetată a cazurilor ce nu necesitau vitalizare, diagnosticarea incorectă, adresări ICU în afara celor prevăzute, infecții chirurgicale, operații repetate, mortalitate post-operatorie, mortalitatea în general. Indicii variază de la un apartament la altul.

În regiunea Tver, noile modele de finanțare — bugetul global, a fost inițial implementat într-un număr mic — 6 localități-pilot începând cu sfârșitul anului 1996. Bugetele globale erau, inițial, calculate în baza alocărilor tradițional istorice, cu anumite sume în funcție de sex/vîrstă prevăzute pentru a fi alocate în timp. Experiența acestor modele-pilot a fost folosită pentru extinderea reformelor la nivelul regiunii (pentru 67 de instituții medicale) începând cu 1997. În prezent, fiecare raion primește o alocație pe cap de locuitor; în cadrul acestor alocări, instituțiile au primit bugetele globale, în raioanele rurale, instituția raională deține și distribuie fonduri celor individuale.

În același timp, un șir de probleme rămîn a fi soluționate înainte ca instituțiile medicale să fie finanțate conform sistemului clasic de buget global pentru servicii. Aceste probleme includ:

- Servicii și cheltuieli de întreținere — o lege adoptată recent de Guvernul Federației Ruse, fie un decret al Ministerului Finanțelor și Ministerului Sănătății (finanțat din bugetul central/Fondul federal), face o trimitere la Articolul 3 al vechiului buget al Ocrotirii Sănătății pe deviz de cheltuieli — servicii și cheltuieli de întreținere ai instituției medicale — ce ține de responsabilitatea „fondatorului” instituției respective, în absoluta majoritate a cazurilor fondatorii sunt autoritățile locale raionale, municipale și regionale. Acest decret a împiedicat Fondul să elaboreze bugete globale reale, dat fiind faptul că alocările se ridică la 20-30% din cheltuielile totale ale instituției. O atare strategie și acest decret încurajează funcționarea instituțiilor periferice, dată fiind existența a doi finanțatori, independent unul față de celălalt, iar departamentul regional al ocrotirii sănătății finanțează cheltuielile curente ale instituției fără a ține cont de eficacitatea lor.

- Cheltuieli capitale — în prezent, nu sunt incluse în bugetele globale, acestea sunt, în continuare, finanțate din bugetele locale și regionale ale ocrotirii sănătății. Atare situație descurajează implementarea bugetelor globale.

- Lipsa colectării de fonduri la nivel raional. La nivel raional și al instituțiilor în parte, fondurile nu sunt colectate, dat fiind faptul că veniturile la

nivel raional și regional sunt limitate de anumite capitole bugetare. Autoritățile raionale dețin o flexibilitate în ceea ce privește nivelul de finanțare, care depinde de alocările sociale din bugetul regional și taxe adiționale colectate la nivel raional. De regulă, bugetele raionale finanțează posturile sanitare (FAP), policlinicile rurale (SVA) și casele pentru bătrâni.

Bugetele globale pentru localitățile-pilot în primul an de implementare, 1996, erau, în proporție de 80/20, modele ale bugetelor istorice (pe cap de locuitor), plus alocări pe cap de locuitor în funcție de sex/vîrstă. Unele măsuri de utilizare incompletă a fondurilor și împărțire a surplusului, sau suprasolicitarea de resurse față de prevederile contractuale de cost/volum. În cazul unui număr prea mare de spitalizări, față de cel prevăzut de contract, finanțarea se va efectua în baza trecerii în revistă a fiecărui caz. Indexările anuale sunt calculate în funcție de majorarea salariilor, în urma inflației calculate de Ministerul Economiei, plus majorarea alocărilor pe cap de locuitor. Momentan, nu există alte indexări. Instituțiile sunt libere în generarea de venituri adiționale prin semnarea de contracte pentru servicii speciale, fie prin achitarea în numerar, aranjamente barter.

Primele rezultate puteau fi anticipate. Schimbările structurale au fost marcate de scăderea nivelului de spitalizare cu 5-20% în unele zone, și o reducere a capacităților de spitalizare în regiune de la 23.000 la 15.000 paturi. Parțial, acest fapt s-a datorat conversiei paturilor spitalicești în paturi de îngrijire de zi care numără în prezent 3000. Durata spitalizării a scăzut, deși nu radical, cu 10%. În unele regiuni, au fost alocate resurse de finanțare a îngrijirii medicale ambulatorii. Utilizarea tehnicilor manageriale a dat rezultate, în special în spitalizarea pacienților care necesitau operații chirurgicale.

Alocări financiare pe cap de locuitor

Unele din țările Europei de Est (**Ungaria, Croația, Polonia**) și-au exprimat interesul, implementînd o nouă organizare a serviciilor integre de ocrotire a sănătății, în unele regiuni ale Rusiei au fost implementate organizații de asistență medicală privată. Dar nu există informații privind evaluarea rezultatelor acestor implementări.

În marea majoritate, alocările pe cap de locuitor sunt la nivel raional. Fondurile de asigurare folosesc principiul de alocări pe cap de

locuitor pentru realocări pe teritoriul regiunii date, în scopul asigurării principiului exactității, trebuie să se țină cont de deosebirile locale de utilizare, „necesități” și costuri ale resurselor.

În unele regiuni, sectorul ocrotirii sănătății primește alocații pe cap de locuitor pentru cazuri de urgență. De exemplu, sistemul de finanțare din buget a regiunii Novgorod a evoluat, în ultimii cîțiva ani, de la bugete pe deviz de cheltuieli la alocări pe zile de tratament, și caz, sistem în care se percep taxe pentru consultații ale pacienților tratați ambulatoriu și spitalizări ale bolnavilor. O dată cu implementarea acestor sisteme de plată, nu e de mirare că a crescut numărul adresărilor, în consecință, în 1999, 21 din 22 raioane primesc „alocări globale pe cap de locuitor”, o finanțare totală a unui volum preconizat de servicii medicale. Raioanele, la rîndul lor, sunt responsabile de controlul asupra volumului de servicii. Bugetele sunt elaborate conform modelului tradițional al ocrotirii sănătății din ultimii 5 ani. Parțial, trecerea la alocările raionale pe cap de locuitor se datorează problemelor legate de volumul serviciilor, și drept strategie de răspuns la conceptul că 30-35% din cazurile spitalizate puteau fi tratate ambulatoriu.

Alocările pe cap de locuitor la nivel raional are un șir de trăsături importante. Prima constă în faptul că în proporție de 90% a fost adoptat modelul cheltuielilor tradițional istorice și de 10% — cel al alocărilor în funcție de vîrstă/sex. Un atare model are tendința de trecere, în timp, la un sistem cu precădere pe cap de locuitor, deși nu există o perioadă prestabilită, în unele instanțe, în special, cele ale raioanelor mici, sistemul cheltuielilor tradiționale poate fi cel mai elocvent privind necesitățile ocrotirii sănătății, dat fiind faptul că alocările demografice nu sunt substanțiale în regiunile mici.

Un alt factor este armonizarea bugetului pentru modelele de asistență medicală de frontieră, chiar și la nivel de regiuni/oblast. Trimiterile de referință, în afara raioanelor, necesită să fie aprobate de specialiști; consultațiile pe cont propriu presupun achitare deplină a taxelor.

În ceea ce privește finanțarea serviciilor spitalicești, o combinație a sistemelor de alocări în cazuri mixte și buget global se implementează, în prezent, într-un mare număr de țări din Europa de Vest. Sistemul de alocări pe cazuri mixte este aplicat ca o parte a procesului de finanțare a serviciilor spitalicești într-un șir de țări din Europa

Occidentală, inclusiv **Belgia, Franța, Irlanda Portugalia, Italia, Spania și Norvegia**. Faptul dacă acest sistem se implementează la nivel național sau regional se datorează, în mare măsură, structurii sistemului ocrotirii sănătății al țării date. De exemplu, dat fiind faptul că finanțarea serviciilor spitalicești, în țări ca Irlanda și Portugalia, este foarte centralizată, sistemul alocărilor pe caz mixt este implementat la nivel național. Pentru o țară de tipul Spaniei, cu un grad ridicat de autonomie, la nivel regional, în ceea ce privește serviciile medicale locale, alegerea sistemului va fi determinată tot la nivel regional.

Revizuirea sistemului de finanțare a spitalelor a fost subiectul evenimentelor desfășurate, în Belgia, încă din 1987. Obiectivele acestei reforme se axau pe identificarea necesităților pacientului, reducerii costurilor, concomitent cu ridicarea calității serviciilor și introducerea stimulentei de eficientizare, în plus, asigurarea unei echități în alocarea de resurse spitalelor. S-a calculat că durata medie de spitalizare, pentru toate spitalele, este cu 2-10% mai lungă decât cea prevăzută pe scară națională, 505 din resursele bugetare pentru surplusul de zile/pat nu vor fi alocate, astfel, alocările au scăzut cu 25% în cazurile în care perioada de spitalizare depășea media pe țară cu mai mult de 10% (Closon și alții, 1996). Astfel, aplicarea acestei proceduri poate surveni în realocarea substanțială a fondurilor între spitale.

Încă de la mijlocul anilor 80 un șir de reforme au fost inițiate cu scopul de a raționaliza **sistemul francez** al ocrotirii sănătății și în vederea consolidării controlului devizului de cheltuieli. Spitalele publice și cele private non-profit, asociate sectorului de stat (PSPH) sunt finanțate, conform bugetelor globale de perspectivă, încă din 1984-85. Cea mai recentă reformă a sistemului ocrotirii sănătății a fost introdus în Franța în primăvara anului 1996 și este cu succes implementată în următorii ani. Din 1997, bugetele pacienților gravi spitalizați ai spitalelor franceze erau parțial întocmite în baza sistemului caz-mixt evaluat de DRG. Conform acestei proceduri, bugetele spitalelor sunt calculate parțial în baza cheltuielilor specifice spitalului, și cazurilor mixte caracteristice regiunii. În 1996, GHM era utilizat la determinarea a 0,5% din buget, cu timpul preconizându-se ca acest nivel să crească. Deși bugetele spitalelor publice și celor private cu profit au fost determinate separat, pe viitor se

intenționează includerea tuturor spitalelor în cadrul bugetelor regionale.

În sectorul spitalicesc de urgență atît în Irlanda, cît și Portugalia, modelul abordat de alocări pentru cazuri mixte, în cadrul unui buget global, este foarte asemănător. În momentul implementării acestui model în Portugalia, în 1990, pentru prima dată, a fost aplicat principiul cazurilor mixte în elaborarea bugetului în mediul european. În 1993, cînd Departamentul irlandez pentru ocrotirea sănătății și copiilor a decis să implementeze atare modificări, ei s-au bazat pe experiența portugheză. Aplicarea principiilor cazuri mixte, implică, în mod natural, o evaluare a unor cheltuieli relativ mai mari ale spitalelor conform DRG. În acest context, se presupune că atare cheltuieli sunt un indiciu al eficacității. O anumită parte a bugetelor spitalelor sunt determinate în baza indexării caz mixt. Această indexare poate fi pozitivă sau negativă funcție de eficacitatea spitalului în raport cu un grup de referință. Administrarea fondurilor adiționale, astfel obținute, este la discreția autorităților spitalului.

La determinarea alocărilor de resurse consiliilor medicale regionale și spitalelor mari din Irlanda, se ia în considerare nivelul acestora din urmă, determinat conform statutului de predare. În prezent, 15% din alocări pentru caz mixt sunt calculate în raport cu ratele de cheltuieli pentru un grup de spitale similare, în timp ce 85% — în baza cheltuielilor istorice, în Portugalia această proporție este de 30/70.

În **sistemul italian**, punctele medicale locale finanțate pe cap de locuitor direct fondurilor pe care le dețin, în urma reformei din 1995, a fost introdus sistemul de tarife pentru finanțarea activității de peste frontieră și spitalelor care nu făceau parte din Punctele Medicale Locale. Pentru aceste servicii, tarifele calculate în perspectivă, conform DRG în limitele unor bugete deja elaborate. În timp ce finanțarea activității de peste frontieră se bazează pe tarife determinate conform DRG, regiunile pot decide în ceea ce privește modalitatea de aplicare a sistemului de tarife. Astfel, aplicarea sistemului de taxă pentru servicii sau alegerea unității de valută ține de opțiunea autorităților regionale. Obiectivul principal al acestei inițiative era ca spitalele să fie finanțate conform volumului și calității serviciilor prestate. Drept stimulent adițional de eficientizare a serviciilor, s-a propus ca unitățile medicale locale să dispună de surplusul resurselor bugetare conform obiectivelor coordonate cu autoritățile regionale.

În timp ce regiunile autonome ale Spaniei pot decide abordarea sistemului de finanțare a cheltuielilor curente ale spitalelor, în general, spitalele sunt finanțate conform bugetelor globale. Atare bugete sunt determinate în baza cheltuielilor istorice cu indexări anuale legate de inflație și modificări legate de livrarea anumitor servicii. Din ce în ce mai mult, o indexare privind activitatea desfășurată este implementată în procesul de elaborare a bugetelor. Există un șir de cazuri de aplicare a DRG în toate regiunile, cu prevalarea versiunii americane în Catalonia, Valencia și Insulele Canare, începând cu 1997, o serie de sisteme regionale au introdus alocări de caz mixt în bugetele sale. În Catalonia, 30% din resursele bugetare spitalicești sunt calculate conform DRG, în Valencia — o îmbinare a sistemului alocărilor pe cap de locuitor și DRG.

Schimbările efectuate în modelele de finanțare a spitalelor din ultimele două decenii în țările Europei Occidentale au fost, în general, pozitive. Reducerea volumului PNB rezervat finanțării ocrotirii sănătății în aceste perioade poate fi sesizată numai într-un număr mic de țări, între timp majoritatea țărilor înregistrează o scădere a ponderii cheltuielilor de spitalizare față de cele alocate ocrotirii sănătății, în general. Numărul țărilor cu o atare tendință a crescut de la 9 în 1980-1985 la 12 la sfârșitul anilor 80. Acestea sunt: Belgia, Danemarca, Finlanda, Franța, Italia, Olanda, Spania, Suedia și Marea Britanie. În perioada 1990-1995, s-a înregistrat o tendință inversă, majoritatea țărilor-membre investind în serviciile de tratament în spital. Atare schimbări de proporții au la bază mai multe cauze și sunt determinate de funcționarea sistemelor ocrotirii sănătății și evoluarea economică a țării atât pe plan intern, cât și la scară mondială. E evident că accentul noilor sisteme de finanțare a spitalelor este axat pe schimbarea modelului de cheltuieli.

Nici unul din modele nu este evident superior, și nici unul nu rezistă în timp, din punct de vedere al eficacității sale în realizarea obiectivelor de domeniu. Alegerea unui model de finanțare a spitalelor într-un sistem dat de ocrotire a sănătății va fi influențată de o serie de factori, inclusiv prioritățile sistemului/spitalului și organizarea acestuia, informațiile și tehnicile existente, în paralel cu nivelul general de dezvoltare a sistemului. Dat fiind natura dinamică a sistemului spitalicesc, în special, și a sistemului ocrotirii

sănătății, în general, modelele de finanțare vor continua să fie supuse modificărilor și armonizărilor pentru a ține cont de avansările tehnologice, sistemelor informaționale și analitice, și continua presiune asupra resurselor financiare.

Experiența țărilor Europei Occidentale poate da o imagine Europei de Est și țărilor fostei Uniuni Sovietice, în ceea ce privește condițiile de finanțare a serviciilor spitalicești. Cert este faptul că experiența precoce din Europa de Est și țările fostei Uniuni Sovietice indică o trecere de la vechiul model bazat pe devizul de cheltuieli la unul nou, mai „axat pe rezultate”. Implementarea noilor sisteme de finanțare corelează cu trecerea la sistemele de asigurare obligatorii din taxe, similar cazurilor întâlnite în Europa de Vest. Sistemele pe zi și caz, de la cele mai simple la cele mai complicate, par să domine în regiune.

În același timp, nu este clară măsura în care aceste implementări au dus la încurajarea activității agenților serviciilor medicale. Din fericire, unele sisteme de taxe pe zi sunt limitate (Estonia și Slovenia), dar acestea vor fi menținute cu greu pe cale promovării eficienței și accesului larg. Sistemele pe caz, cu excepția Ungariei sunt la o etapă timpurie de formare. Nu sunt destule informații care ar confirma că noile sisteme axate pe rezultate au fost elaborate să reflecte cheltuielile reale, să sporească eficiența. Primele experiențe de introducere a sistemelor pe caz și zi sunt asociate cu creșterea volumului serviciilor, a cheltuielilor totale și regulamentelor administrative. Adicional, atare sisteme necesită investiții semnificative în practicile manageriale, sistemele informaționale și monitorizarea administrativă (ex., sisteme de asigurare a calității și monitorizare).

În prezent, unele țări privesc cu atenție limitele de finanțare, bugetele globale și sistemele de finanțare pe cap de locuitor în cadrul întregului sistem de ocrotire a sănătății. Dar, abordările nu trebuie să se excludă unele pe altele. Sistemele pe caz, în paralel cu taxele generale sau bugetele globale, pot fi complementare. Un buget global elaborat în baza cheltuielilor din trecut cu indexări de inflație are avantaj asupra sistemului de norme, pentru că primul nu încurajează utilizarea în exces a locurilor în spitale. Dar e probabil ca tot acesta să nu creeze stimulente în vederea eficacității serviciilor medicale.

Un aspect mult mai grav este existența mai multor factori care subminează stimulentele noilor

sisteme de finanțare, diminuând eficacitatea acestora. Una din probleme este rambursarea echipamentului și investițiilor capitale, puține țări au abordat problema investițiilor capitale. Unele metode de investiții capitale au fost examinate în legătură cu împrumuturile obținute de la Bancă, în cazul Estoniei și Rusiei, dar contribuabilii nu par să investească în sistemele curente de finanțare în acest moment. O parte a explicației acestei situații poate fi criza finanțării. Majoritatea țărilor au alocat mai puțin ocrotirii sănătății în 1995, decât au făcut-o în 1990. O soluționare pe termen scurt abordată de multe țări a fost reducerea investițiilor capitale, finanțând numai cheltuielile curente.

O altă problemă conexă este faptul că sistemul axat pe pacient a fost introdus mai degrabă în paralel, decât în locul celui bugetar, în special în țările fostei Uniuni Sovietice. Serviciile finanțate de stat au fost împărțite între fondurile de asigurare și buget. Bugetele continuă să fie alocate conform normelor istorice, iar spitalele pot fi finanțate din ambele surse, în consecință, dacă spitalul decide să reducă numărul de locuri sau durata de spitalizare în vederea obținerii de economii sau spitalizării mai multor pacienți, acesta este penalizat de buget, dar răsplătit de fond.

A treia problemă este faptul că finanțarea serviciilor medicale se bazează, în continuare, pe taxele neoficiale achitate de pacienți. Nivelul acestei finanțări variază. În Polonia, acest tip de finanțare se ridică la 29%, Kazahstan — 42%; Rusia — 52%; în Georgia și Azerbaidjan — mai mult de 80%. În fiecare din aceste țări, plățile neoficiale prevalează. Utilizarea lor va submina motivația lucrătorilor medicali de a presta servicii calitative.

A patra problemă sunt datoriile și deficitul. Preker (1999) a menționat insuccesul mai multor țări de consolidare a bugetelor spitalelor. Agenții au continuat să beneficieze de bugete modificate, în loc să-și adapteze activitatea la condiții financiare mai rigide, în majoritatea țărilor, spitalele au intrat în datorii, iar administrația a obținut o eliberare sub cauțiune aranjată din centru. Atare cazuri au fost numeroase. Acumulări de datorii existau în cadrul diferitelor instituții — cele mai caracteristice fiind companiile farmaceutice, în special cele care nu au fost privatizate în întregime (Albania), companii utilitare (Croatia, Cehia) și medici-interniști (Georgia, Albania). În Ungaria, spitalele au acumulat datorii, în fiecare an, începând

cu 1995. În mod similar, sistemul achitării datoriilor reciproce din ocrotirea sănătății sau alte sectoare în țările fostei Uniuni Sovietice subminează sistemul de finanțare, cu condiția că: sau garanțiile de stat sunt reduse pînă la un nivel justificat, sau veniturile vor crește.

Unele probleme așteaptă să fie examinate. De exemplu, unele regiuni sau țări au trecut de la sistemele pe zi și caz la cele pe caz mixt sau bugete globale și pe cap de locuitor. Astfel va crește și gradul de abordare a sistemelor informaționale performante și structurilor manageriale avantajoase. Acest studiu nu conține date privind schimbările la nivelul spitalelor. Încă nu este clar dacă acestea sunt pregătite pentru atare schimbări în ceea ce privește modificările de personal, capacitățile, hard-urile și soft-urile, sau dacă autoritățile și contribuabilii sunt dispuși să le acorde o flexibilitate în acțiuni.

Disponibilitatea spitalelor este legată de o problemă mai globală, dacă sistemul de finanțare elaborat trebuie să fie implementat în coordonare strînsă cu alte elemente sectoriale ale reformei și în ce mod vor fi implementate, determinarea pachetului de servicii, politicile de muncă, autonomia spitalelor, protocolul tratamentelor, asigurarea și îmbunătățirea calității, consolidarea capacităților manageriale și sistemelor informaționale ale spitalelor. Kîrgîzstanul este una din țările cu o atare situație, în care reforma finanțării a fost treptat implementată o dată cu alte schimbări de sistem. Aceste schimbări erau considerate „determinante” ale reformei finanțării și cuprindeau domeniile: 1) strategia de restructurare regională; 2) noul sistem de acreditare și licențiere a spitalelor; 3) creșterea autonomiei spitalelor; 4) noile sisteme informaționale pentru agenți și contribuabili; 5) formularele spitalicești; 6) sistemele de asigurare a calității cu utilizarea informațiilor de rutină administrative ale facturilor spitalului în vederea studierii setului de indicatori specifici, inclusiv spitalizările și operațiile chirurgicale repetate, durate de spitalizare sub limitele determinate sau care le depășesc, admiterea în secțiile de terapie intensivă, divergențele de diagnostic clinic și cel de autopsie.

Se pare că aceștia și alți factori sunt semnificativi în elaborarea și implementarea unei reforme viabile, dar simbioza elementelor și strategia globală de coordonare nu este încă pe deplin înțeleasă și apreciată de autoritățile sectorului ocrotirii sănătății.

Bibliografie

1. Abid S. M., Hajjar H., Lowand T. Cost length-of-stay of hospital care billend to the Ministry of Public Health by private hospitals.//Journal Medical Libanais. — 1997. — vol. 45. — nr. 1. — p. 4-9.
2. Atkinson S. L., Local Management and the Quality of Urban Health Services: Prenatal Care in Northeast Brazil, New-York, 1995.
3. Cichon M. Health insurance development: a scenario for CCEE. — Geneva. — World Health Organization. — 1992.
4. Danzi J. T., Boom M. L. Fundamentals of financial statement analysis for academic physician managers. //Academic Medicine. — 1998. — voi. 73. — nr. 4.

— p. 363-369.

5. Horizon 2000: Le prive face a fon public et l'Europe de la sante: Propgr. Realise sous la responsabilite de A. Benichou.//Journées d'enseignement post-univ. d'anesthésie et de reanimation. — Paris. — 1990. — 96 p.
6. Michael Gordon, Philip B. Beger. The alluring myth of private medicine.//Canadian Medical Association Journal. — 1996. — nr. 155. — p. 404-406.
7. Payton D., Dunleavey, Smith H. General practitioners perceptins of private health screenind: too much paper, anxiety, and reassurance.//British Journal of Gen-eral Practice. — 1998. — nr. 48 (43). — p. 1327-1328.

Prezentat la 27.04.2004

Vladimir Gherman, Președintele Asociației “TEHNICA ȘI TEHNOLOGII TEHNICO-MEDICALE”
din Republica Moldova, doctor în științe tehnice

METODOLOGIA INTEGRĂRII INFORMAȚIEI MEDICINALE PENTRU SISTEMUL POLINIVELISTIC A OCROTIRII SĂNĂȚĂII

This Paper describes the efficiency and characteristics of the main elements of the automatisation system of the multylevel health care system. The Paper presents the analysis of the automatisation system as well as scientific conclusions with regard to an efficient management of the components of the health care system based on integration of the medical information on all levels.

Key words: medical information, health care system

Una din trăsăturile caracteristice ale dezvoltării societății contemporane este intensificarea prelucrării și schimbului informației în toate sferile ale activității umane, inclusiv – în domeniul ocrotirii sănătății. O metodă pe larg răspândită privind micșorarea contradicțiilor dintre cerințele referitoare la volumul și viteza de prelucrare a informației, pe de o parte, și posibilitățile structurilor de dirijare, păstrare și prelucrare a informației, pe de altă parte, este metoda automatizării. În acest caz, automatizarea se percepe ca funcția de dirijare (activitate diriguitoare) cu utilizarea tehnicii de calcul în procesul de dirijare a întreprinderilor, instituțiilor, serviciilor etc.

Eficiența activității diriguitoare în cadrul sistemului ocrotirii sănătății, organizat în ordine ierarhică, se stabilește în conformitate cu proprietățile segmentelor lui și calitățile legăturilor între segmente, acestea având caracter informațional.

Proprietățile elementelor de pe pozițiile automatizării se determină în dependență de gradul și nivelul lor de automatizare, iar calitățile contactelor informaționale depind de eficiența

organizării și valorificării proceselor de interacțiune informațională a elementelor sistemului.

Referitor la sistemul de ocrotire a sănătății, interacțiunea informațională obține forma documento-rotăției, ca proces de însoțire a integrării informației.

Dacă gradul automatizării procesului de funcționare a unui element anumt (de exemplu, a unui factor de decizie) este o caracteristică cantitativă (care se stabilește ca raport dintre numărul de operații efectuate cu utilizarea mijloacelor de automatizare și cantitatea totală a operațiilor necesare pentru un proces anume), atunci nivelul automatizării are un caracter calitativ. Acest fapt conduce la conștientizarea importanței privind examinarea detaliată și separată a noțiunii de nivele de automatizare și sisteme de automatizare, a schemei de organizare a documento-rotăției.

Noțiunea privind nivelele automatizării

Orice automatizare a activității umane, efectuată ca proces al restrucurării concrete, poate fi caracterizată drept o simbioză a