

# Reforma spitalelor publice

Evidențe din spațiul european



## Reforma spitalelor publice – evidențe din spațiul european

Autor: Adrian Gheorghe

Observatorul Român de Sănătate este o organizație non-guvernamentală a cărei misiune este aceea de a contribui la îmbunătățirea serviciilor de sănătate din România. Observatorul desfășoară studii de cercetare privind activitatea acestor servicii, integrând evidențele disponibile privind teme de interes pentru a informa elaborarea unor politici de sănătate coerente și eficiente.

[www.ors.org.ro](http://www.ors.org.ro)

Seria „**Policy reports**” cuprinde studii care colectează, analizează, sintetizează și interpretează rațional evidențele din literatura de specialitate cu relevanță pentru o temă specifică.

Conflict de interese: niciunul.

Citare recomandată: Gheorghe, A. (2012) Reforma spitalelor publice – evidențe din spațiul european (Policy report 01/2012). București: Observatorul Român de Sănătate.

## Cuprins

---

Sumar executiv .....	1
1. Introducere .....	3
2. Evidențe privind reforma spitalelor publice.....	5
3.1. Contextul reformei spitalelor publice în spațiul post-socialist .....	5
3.2. Conținutul reformei spitalelor publice în spațiul european .....	8
3.2.1 Țări cu sisteme de sănătate de tip Beveridge.....	8
3.2.2 Țări cu sisteme de sănătate de tip Bismarck .....	11
3.2.3. Țările din spațiul post-socialist.....	13
4. Discuție .....	15
5. Concluzii.....	22
6. Recomandări.....	23
Tabele.....	25
Tabelul 1. Situația spitalelor în țările de tip Beveridge .....	25
Tabelul 2. Situația spitalelor în țările de tip Bismarck.....	27
Tabelul 3. Situația spitalelor în țările din spațiul post-socialist .....	29
Notă metodologică .....	33

## Sumar executiv

---

Spitalele publice din statele europene au suferit în ultimii douăzeci de ani reforme care au urmărit reducerea presiunii asupra bugetelor naționale și creșterea adaptabilității serviciilor spitalicești la nevoile locale. Pe fundalul acestor reforme, majoritatea acestor state s-au aflat în această perioadă în plin proces de reducere a capacității serviciilor spitalicești, susținut de augmentarea funcțiilor de medicină primară, respectiv de sănătate publică.

**Obiectivul studiului** a fost acela de a prezenta evidențele privind reforma spitalelor publice desfășurate în ultimii 20 de ani în spațiul european, cu accent pe statutul juridic al spitalelor.

**Contextul reformei spitalelor publice** în țările din spațiul post-socialist a fost caracterizat de o serie de disfuncții:

- Atenția insuficientă acordată etapei de implementare a schimbărilor propuse;
- „Importarea” unor soluții specifice paradigmei sistemelor de sănătate occidentale insuficient adaptate la factorii contextuali locali;
- Introducerea unor reforme radicale într-un orizont de timp scurt, fără a se asigura informarea și sprijinul principalelor categorii de actori;
- Incapacitatea administrației publice de a absorbi, implementa și monitoriza reformele introduse;
- Prezența disturbatoare a factorului politic în procesul reformativ, acționând în unele situații contrar evidențelor, iar în alte situații denotând lipsă de leadership în procesul de elaborare și implementare a politicilor publice;
- Ignorarea faptului că procesul de implementare și monitorizare a reformei este consumator de resurse.

**Conținutul reformei spitalelor publice** în spațiul european a fost dependent de tipul sistemului de sănătate în care s-au desfășurat:

- În țările de tip Beveridge (cu servicii de sănătate finanțate predominant prin taxare generală), după 1990 a fost introdusă competiția în procesul de contractare, respectiv a fost stimulată creșterea autonomiei manageriale a spitalelor publice.
- În țările de tip Bismarck (cu servicii de sănătate finanțate predominant prin asigurări sociale de sănătate) nu au fost introduse reforme semnificative privind statutul spitalelor publice. Accentul a căzut pe planificarea serviciilor spitalicești și pe asigurarea standardelor de calitate ale actului medical.
- În țările foste socialiste (majoritatea au ales modelul asigurărilor sociale de sănătate) s-a urmărit descentralizarea controlului asupra spitalelor publice

către autoritățile locale și regionale, în paralel cu descentralizarea administrativă.

Astfel, în majoritatea țărilor predomină spitalele aflate în proprietatea autorităților publice, urmate de spitalele private non-profit. Există un număr restrâns de țări unde spitalele private pentru profit dețin ponderi importante. Principalul tip de efort la nivel guvernamental asociat reformelor a fost acela de reglementare și monitorizare a cvasi-piețelor create în urma introducerii mecanismelor de competiție.

**Punctele cheie** evidențiate de analiza noastră sunt următoarele:

1. Creșterea autonomiei manageriale a spitalelor publice a fost adesea legată de descentralizarea administrativă, deși evidențele privind acest tip de politică sunt încă neconcludente. Spitalele publice pot fi administrate cu succes de autoritățile locale sau regionale numai în cazurile în care acestea din urmă beneficiază de instrumente administrative și fiscale care să le permită atingerea obiectivelor asumate.
2. Introducerea competiției în procesul de contractare poate duce la scăderea ușoară a costurilor actului medical, iar stabilizarea pieței poate dura 3 până la 5 ani. Efectele competiției asupra calității serviciilor spitalicești sunt controversate și o concluzie fermă nu poate fi încă formulată.
3. Existența unui plan național de organizare a capacității spitalelor și aplicarea fermă a standardelor de calitate privind actul medical sunt instrumente esențiale pentru controlul efectelor competiției și pentru asigurarea obiectivelor de ansamblu ale sistemului de sănătate, precum accesibilitate și echitate.
4. Evidențele sugerează că spitalul privat non-profit se arată a fi soluția cel mai ușor acceptabilă din perspectiva a trei criterii fundamentale: acceptabilitate politică, eficiență economică și calitatea actului medical. Nu există dovezi concludente care să susțină, pe nicio dimensiune, superioritatea spitalului privat pentru profit.
5. Există puține exemple de state care au inițiat privatizări complete sau parțiale ale spitalelor publice; acest tip de reforme a fost adesea sistat fie din cauza eșecului financiar, fie din cauza rezistenței opiniei publice și a personalului medical.

Experiența statelor europene indică faptul că nu există un principiu economic de natură să conducă automat la eficiență. În plus, nu există niciun substitut pentru buna guvernare a autorităților centrale în aspecte ce țin de reglementarea competiției și de suportul administrativ, legal și tehnic ce trebuie oferit spitalelor publice pentru a se integra într-un model nou de organizare și livrare a serviciilor.

## 1. Introducere

---

Dezbaterea pe marginea recentului proiect de lege privind reforma sănătății în România, lansat în primavara anului 2012, a fost concentrată în jurul câtorva teme fundamentale, precum regândirea sistemului de asigurări de sănătate și reorganizarea spitalelor publice. Direcțiile descrise pentru reformarea spitalelor s-au referit la creșterea autonomiei instituționale prin modificarea statutului juridic al acestora, respectiv la introducerea competiției în procesul de contractare a serviciilor. Proiectul de lege a fost retras în varianta prezentată inițial, însă funcția și statutul spitalelor în ansamblul sistemului de sănătate din România sunt teme relevante pentru conținutul oricărei reforme de profil.

Un sistem de sănătate poate fi privit ca un ansamblu de piețe care interacționează și se condiționează reciproc, iar piața serviciilor medicale instituționalizate reprezintă una dintre verigile acestui ansamblu (Hsiao 1995). Se numără printre instituțiile care alcătuiesc această piață spitalele, sanatoriile, unitățile de tratament balneo-climateric, centrele de îngrijire terțiară specializată etc. Discursul public se concentrează asupra spitalelor din motive ce țin atât de volumul important de capital financiar și uman care le este asociat, cât și de fluxul crescut de pacienți pe care îl suportă. Contextului clinic iminent în care pacienții accesează serviciile spitalicești este doar unul dintre motivele pentru care percepția publică este adesea rezistentă adoptării condițiilor de piață în acest sector. Prin comparație, serviciile de medicină primară (medicină de familie), serviciile stomatologice și cele farmaceutice sunt în acest moment oferite în regim privat în majoritatea statelor europene, inclusiv în România, fără ca acest fapt să fi fost identificat ca necesitând o reforma particulară. Absența mecanismelor de piață elementare face ca supra-reglementarea din partea autorităților centrale să fie, adesea, singura modalitate prin care calitatea și eficiența serviciilor spitalicești să poată fi încurajate.

Obiectivul acestui raport este acela de a prezenta sintetic evidențele privind reforma spitalelor publice în spațiul european pentru a informa dezbaterea pe marginea restructurării sistemului spitalicesc din România, unde majoritatea spitalelor se află în proprietatea și administrarea autorităților publice. Mai specific, studiul vizează statutul juridic al spitalelor. Din acest punct de vedere, Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) distinge următoarele categorii:

- Spitale aflate în proprietate publică: spitale care sunt deținute sau controlate de o agenție guvernamentală sau altă corporație publică;
- Spitale aflate în proprietate privată non-profit: spitale care sunt entități legale sau sociale create cu scopul de a produce bunuri și servicii, al căror statut nu le permite să constituie sursă de venit, profit sau orice alt câștig financiar pentru entitățile care le înființează, controlează sau finanțează;
- Spitale aflate în proprietate privată pentru profit: spitale care sunt entități legale create pentru a produce bunuri și servicii și care pot genera profit sau alte câștiguri financiare pentru proprietarii lor.

Pe parcursul materialului ne vom referi la aceste categorii drept ‚spitale publice‘, ‚spitale private non-profit‘, respectiv ‚spitale private pentru profit‘. În plus, spitalele publice pot fi organizate ca instituții de drept public sau ca instituții de drept privat, în funcție de forma juridică după care sunt constituite.

Accentul analizei noastre cade preponderent pe elementele de proces asociate reformelor și, în plan secund, pe rezultatele acestora. Justificarea acestei perspective se leagă de transformările profunde prin care trece sectorul spitalicesc la nivel continental: paradigma de îngrijire actuală urmărește întărirea capacităților medicinei primare, accentuarea funcției de sănătate publică, reducerea sistematică a volumului îngrijirilor acordate în spitale și transferul unei părți semnificative a acestora către servicii de îngrijire în comunitate, servicii de telemedicină etc.

România este una dintre ultimele țări din Europa de Est care ia în considerare o reformă substanțială a serviciilor publice de îngrijire secundară și, din acest punct de vedere, evidențele disponibile din experiența altor țări pot informa cu succes exercițiul de elaborare a unei reforme coerente și consistente. Studiul de față își propune să ofere un cadru metodologic pentru elaborarea și implementarea reformei, bazat pe dovezi transparente și relevante. Deși limitele comparațiilor transnaționale sunt evidente și elementele de context sunt strâns legate de rezultatele implementării reformelor, elementele de proces au o valoare care transcende contextul local și pot fi încorporate într-o dezbateră informată.

Structura raportului este următoarea: secțiunea 2 prezintă principalele evidențe referitoare la reforma spitalelor publice în spațiul european; secțiunea 3 conține o discuție a acestor evidențe; secțiunea 4 oferă scurte concluzii, urmate de o serie de recomandări privind reforma spitalelor publice în România.

## 2. Evidențe privind reforma spitalelor publice

---

Studiul și-a propus să răspundă la două întrebări:

1. Care au fost condițiile generale în care s-a desfășurat reforma spitalelor publice în țările din spațiul post-socialist<sup>1</sup> după 1990? și
2. Care sunt evidențele privind reformele care au vizat modificarea statutului juridic al spitalelor publice în țările din întreg spațiul european?

Capitolul de față prezintă evidențele privitoare la aceste întrebări. Prima secțiune descrie contextul reformelor spitalelor publice din țările foste socialiste, iar a doua secțiune prezintă succint conținutul acestor reforme.

### 3.1. Contextul reformei spitalelor publice în țările din spațiul post-socialist

Majoritatea statelor foste comuniste au demarat imediat după 1990 reforme ale serviciilor de sănătate. Contextul în care s-au desfășurat aceste inițiative a fost unul dintre cele mai nefavorabile, fiind caracterizat de elemente precum: un mediu economic, social și politic instabil; absența evidențelor legate de performanța serviciilor medicale; și graba cu care s-au elaborat reforme scriptice pentru a impresiona agențiile internaționale. Moștenitoare ale unei infrastructuri spitalicești deosebit de extinse, cu o dotare tehnologică precară și o populație obișnuită să îi acceseze frecvent serviciile, obiectivul declarat al reformelor privind spitalele a fost adesea reducerea cheltuielilor bugetare și a capacității acestora.

În ansamblu, reformele au vizat introducerea unor elemente de cvasi-piață care să simuleze controlat condițiile unei piețe reale, astfel încât să fie încurajată participarea capitalului privat la livrarea serviciilor medicale și să fie redusă povara bugetară a acestora. Planurile de reformă au fost adesea redactate și implementate cu asistența organizațiilor internaționale de profil (de exemplu Organizația Mondială a Sănătății, Banca Mondială, USAID) și au presupus restructurarea fluxurilor de finanțare și a formei de organizare a întregului sistem de servicii medicale, inclusiv a spitalelor.

Literatura de specialitate a prezentat primele evaluări ale acestor inițiative începând cu anul 2000 (Healy și colab. 2002;Rechel și colab. 2009) și a constatat în majoritatea cazurilor eșecul acestora în raport cu obiectivele asumate. Investigația pe marginea ineficienței reformelor a evidențiat o serie de bariere importante:

1) S-a acordat insuficientă atenție procesului de **implementare** a schimbărilor propuse, în sensul că elementele de paradigmă pluralistă prezente atât în noile economii în tranziție, cât și în spiritul reformelor (precum descentralizarea administrative, creșterea numărului și a ponderii diferiților actori în actul decizional)

---

<sup>1</sup> Pentru simplitatea exprimării, în contextul acestui material sintagma 'țările din spațiul post-socialist' se referă la țările foste comuniste din Europa Centrală și de Est, precum și la fostele republici sovietice.



au fost contrapuse paradigmei birocratice în care aceste reforme au fost implementate i.e. centralizat, ierarhic, normativ. Un exemplu în acest sens este reprezentat de implicarea insuficientă a tuturor actorilor în procesul decizional și nealinierea obiectivelor reformei cu stimulente adecvate, ceea ce a generat rezistență la schimbare.

### *Exemplu*

Ungaria a demarat o reformă a spitalelor la sfârșitul anilor '80 prin introducerea unui sistem de rambursare a activității spitalelor corelat cu complexitatea cazului și performanța clinică prin intermediul metodologiei DRG (Diagnosis Related Group). Inițial sistemul a fost introdus sub formă de pilot în 1987, apoi pe scară națională în 1993 (Orosz și colab. 2001). Această reformă a condus la scăderea duratei medii de internare și la scăderea gradului de ocupare a paturilor, expunând supradimensionarea capacității spitalelor. Drept consecință, Parlamentul ungar a votat în 1996 introducerea unui plan național de reducere semnificativă a numărului de paturi de spital. Deși măsura era validă din punct de vedere economic, planul a fost întâmpinat cu vehemență de medici (expuși la scăderea volumului de plăți informale rezultate din internări și servicii asociate), manageri de spital (preocupați de asigurarea profitabilității spitalului pe termen scurt prin menținerea crescută a numărului de internări), comunitățile de pacienți (obișnuiți să utilizeze abundant serviciile spitalelor) și politicieni, astfel că doar 12% din numărul total de paturi a putut fi redus înainte ca programul să fie sistat. Mai mult, reducerea numărului de paturi s-a efectuat relativ uniform, astfel că spitalele ineficiente au continuat să funcționeze și au păstrat același volum de personal.

2) Au fost adesea inițiate modificări radicale, copiate după modelul sistemelor de sănătate occidentale, care au fost implementate într-un orizont de timp foarte scurt (**'big bang'**). Absența exercițiului dezbaterii publice și a capacității administrative de implementare și monitorizare a reformei au generat rezistență la schimbare și efecte paradoxale, urmate de eșecul acesteia.

### *Exemplu*

Prima inițiativă de reformă a sistemului de sănătate din Kazahstan a demarat la mijlocul anilor '90 (Kulzhanov și colab. 2007). Reducerea prin edict prezidențial a bugetelor spitalelor a condus la scăderea cu 43% a numărului total de paturi disponibile, însă această scădere a fost susținută de închiderea spitalelor mici de provincie în timp ce spitalele din centre universitare au fost foarte puțin afectate. În 1995 a fost lansat un amplu program de reformă a serviciilor de sănătate (ZdravReform) în două provincii pilot, cu scopul de a dezvolta experiență și de a stimula leadershipul (Wickham și colab. 1999). Conținutul reformelor a fost legat de introducerea asigurărilor sociale de sănătate obligatorii, stimularea formării de cabinete de medicină primară și introducerea unui nou sistem de rambursare a serviciilor spitalicești. Reformele au debutat promițător în cele 2 provincii, însă când s-a luat în discuție adoptarea acestor modele la nivel național (în perioada 1999-2000) s-a constatat absența cadrului organizațional, tehnic și legal care să permită absorbția acestora. Pe alt palier, Fondul Național de Asigurări de Sănătate, introdus în 1996, a fost desființat în 1998 din cauza nesustenabilității financiare și a incapacității guvernamentale.

Astfel, la începutul anilor 2000 în Kazahstan fuseseră retrase toate reformele începute în anii '90 și o nouă reformă a fost demarată abia după 2004. A fost irosită, astfel, o întreagă decadă de inițiative pe fondul asumării unor reforme profund incompatibile cu capacitatea de absorbție a autorităților publice. A reieșit din acest context necesitatea desfășurării unor reforme incrementale, elaborate și implementate pas cu pas, care să asigure absorbție și monitorizare controlate.

3) **Complexitatea** crescută a reformei și coordonarea insuficientă a mecanismelor de finanțare și reglementare au condus la obiective contradictorii pentru unitățile care livrează servicii medicale.

*Exemplu*

Polonia a inițiat procesul de reformă a sistemului de sănătate în 1999 odată cu introducerea asigurărilor sociale de sănătate, administrate prin intermediul a 17 fonduri de asigurări independente (Kuszewski și colab. 2005). Spitalele publice au fost obligate ca în interval de un an să devină unități autonome pentru a putea încheia contracte cu fondurile de asigurări pentru serviciile prestate. În același timp, însă, spitalele beneficiau de fonduri pentru investiții majore de capital de la bugetul de stat și de fonduri pentru investiții de anvergură redusă de la bugetele locale. S-a creat, astfel, un sistem de stimulente contradictorii: pe de o parte, contractele cu fondurile de asigurări încurajau scăderea costului per caz rezolvat (inclusiv prin reducerea capitalului fix), iar pe de altă parte bugetele de investiții erau acordate direct proporțional cu numărul de paturi. Această situație a condus managementul spitalelor la identificarea unei soluții care să poată asigura scăderea costurilor per caz rezolvat fără a compromite radical numărul total de paturi disponibile. Unul dintre rezultate a fost reorganizarea internă a paturilor din secții: în primii doi ani după introducerea reformei numărul paturilor de spital destinate cazurilor acute a scăzut cu aproximativ 13 000, însă această scădere a fost compensată parțial prin creșterea cu aproximativ 5000 a numărului de paturi destinate cazurilor cronice (Kozierkiewicz și colab. 2001). Acest răspuns a avut drept consecințe creșterea gradului de utilizare a spitalelor și îndatorarea accentuată a acestora în anii care au urmat.

4) **Resursele financiare** au fost insuficiente pentru a susține reformele propuse.

*Exemplu*

În anii care au urmat dobândirii independenței (1991), cheltuielile publice pentru îngrijiri de sănătate în Georgia s-au situat sub 10\$ per capita, cu un minim istoric de 0.45\$ per capita în 1993 (Chanturidze și colab. 2009). O amplă reformă a sistemului de sănătate a fost inițiată în 1995 odată cu introducerea asigurărilor sociale de sănătate obligatorii. Spitalele publice au fost transformate în unități autonome cu management independent numai teoretic deoarece statul a devenit acționar unic. Sistemul nu a fost sustenabil financiar și nivelul plăților informale a crescut spectaculos, astfel încât a fost necesară dizolvarea sa în 2004.

5) Influența nefastă a **factorului politic** în procesul de elaborare și implementare a reformelor, luând forme precum:

- fundamentarea deciziilor privind politicile de sănătate (a se citi *policy*) pe argumente politice (a se citi *politics*) și nu pe evidențe;

*Exemplu.* În Polonia cele 17 fonduri de asigurări independente înființate în 1999 au fost ulterior comasate într-unul singur, aparent fără a fi consultată explicit nicio evidență privind performanța acestora.

- numiri politice în poziții de management ale structurilor de servicii de sănătate.

*Exemplu.* În 2005 Grecia a renunțat la numirea unui management profesionist al spitalelor în favoarea numirii politice a directorilor.

Disfuncțiile identificate mai sus au valoare indicativă, iar lista prezentată nu poate fi exhaustivă. Rolul său a fost de a semnaliza elemente de context care trebuie evitate (sau încorporate, după caz) în procesul de elaborare și implementare a reformelor. Secțiunea care urmează se referă explicit la conținutul acestor inițiative, de această dată la nivelul întregului spațiu european.

## 3.2. Conținutul reformei spitalelor publice în spațiul european

După anul 1990 majoritatea țărilor din spațiul european au demarat reforme ale sectorului spitalicesc. Aceste reforme trebuie privite în contextul arhitecturii de ansamblu a sistemului de sănătate deoarece obiectivele și modul de implementare ale reformei spitalelor nu pot fi dissociate de tipul de sistem în care ele au avut loc. Majoritatea țărilor din Europa Occidentală au reformat modul de funcționare a spitalelor fără a modifica filozofia de finanțare și organizare a întregului sistem, în timp ce majoritatea țărilor din spațiul post-socialist au inițiat reforme radicale la nivelul sistemului, care au inclus și reforma spitalelor. Din aceasta perspectivă se pot distinge trei categorii de state:

- țări cu sisteme de sănătate construite după model Beveridge<sup>2</sup> care au introdus reforme privind spitalele publice;
- țări cu sisteme de sănătate construite după model Bismarck care au introdus reforme privind spitalele publice;
- țările din spațiul post-socialist, care au inițiat reforme în organizarea spitalelor publice odată cu trecerea către un nou sistem de organizare și finanțare a serviciilor de sănătate.

În cele ce urmează vom trece în revistă principalele reforme desfășurate în fiecare dintre aceste categorii de state, amintind obiectivele, conținutul, elementele de proces și consecințele asociate.

### 3.2.1 Țări cu sisteme de sănătate de tip Beveridge

În sistemele de sănătate de tip Beveridge îngrijirile medicale sunt asimilate unui serviciu public, fiind finanțate predominant prin taxare generală și livrate prin intermediul unităților sanitare aflate în majoritate în proprietatea statului. Un astfel de model se regăsește în Marea Britanie, Irlanda, Spania, Italia, Portugalia și țările nordice (Danemarca, Suedia, Finlanda). Un caz aparte este Irlanda, unde asigurările suplimentare private sunt explicit încurajate de către guvern. Din punct de vedere economic, trăsătura fundamentală a acestor sisteme este aceea că serviciile medicale nu fac obiectul unor tranzacții de piață deoarece statul este atât principalul cumpărător, cât și principalul furnizor de servicii.

---

<sup>2</sup> Delimitarea sistemelor de sănătate folosind terminologia 'Beveridge/Bismarck/Shemasko' este contestată în prezent pentru faptul că nu surprinde adecvat complexitatea finanțării și organizării sistemelor de sănătate moderne. Suntem de acord cu conținutul acestui punct de vedere, însă am făcut apel la acești termeni în materialul de față pentru simplitatea exprimării.

Obiectivul reformei spitalelor în aceste țări a fost acela de a crește eficiența și calitatea actului medical prin intermediul introducerii unei cvasi-piețe care să ofere fundalul pentru competiție și tranzacții reale în sistem. Spitalele au fost puse în situația de a intra în competiție pentru pacienți, respectiv pentru fondurile publice alocate acestora. Reformele de acest tip au demarat în 1991 în Marea Britanie, elemente ale acestui model fiind rapid preluate și adaptate în Italia, Suedia și Portugalia. Gestiunea fondurilor a fost transferată de la nivel central la nivel local către instituții independente care primesc un buget pe care îl folosesc pentru a contracta servicii medicale în comunitate (de la medici de familie, spitale etc.). Un exemplu de astfel de organizații sunt Primary Care Trusts (PCTs) din Marea Britanie, în număr de 152 la momentul scrierii acestui material.

Reforma spitalelor a vizat următoarele aspecte:

- introducerea unor terțe organizații de interes public, cu caracter regional, care să achiziționeze servicii de la spitale în interesul populației în baza unui buget repartizat de la nivel central;
- stimularea dezvoltării relațiilor contractuale între aceste organizații și spitale; și
- creșterea autonomiei manageriale a spitalelor, de exemplu în ceea ce privește mixul de personal și remunerarea acestuia, în interesul adaptării la nevoile de îngrijire ale comunității.

Deși aceste trei aspecte ale reformei se află într-o interdependență logică, ele trebuie diferențiate clar din perspectiva procesului de politică publică. Statele care au inițiat acest tip de reformă nu au implementat nici simultan, nici integral toate elementele identificate mai sus. Spre exemplu, în Marea Britanie reformele au debutat cu introducerea organizațiilor terțe cu rol de contractare (Health Authorities în perioada 1991-1997, apoi Primary Care Trusts începând cu 2002), în timp ce procesul de creștere a autonomiei manageriale a spitalelor a început abia în 2005, preconizându-se inițial să se încheie în aprilie 2014<sup>3</sup>. Pe de altă parte, reformele în Suedia și Italia au debutat cu accent pe trecerea spitalelor în proprietatea și/sau administrarea autorităților regionale.

Tabelul 1 prezintă succint aspectele esențiale ale reformei spitalelor publice din țările Beveridge. Principalele elementele de proces care pot fi desprinse din aceste reforme sunt următoarele:

- Competiția pe piața serviciilor spitalicești este implementabilă cu succes numai în condițiile unui cadru legal și administrativ clar și adecvat, deoarece introducerea tranzacțiilor și a autonomiei crescute a spitalelor au consecințe ce se cer reglementate privind aspecte precum destinația profitului/acoperirea deficitelor, contractele de munca, regimul investițiilor de capital etc.

---

<sup>3</sup> În iunie 2011 a fost eliminată ținta 'aprilie 2014' în favoarea unui calendar individualizat pentru fiecare spital.

### *Exemplu*

Spania s-a angajat începând cu 1990 într-un proces de creștere a autonomiei spitalelor în condițiile în care autoritatea centrală de sănătate, INSALUD, avea în administrare serviciile de sănătate în 10 dintre cele 18 regiuni. Regiunile neacoperite de INSALUD au acordat autonomie spitalelor în diferite proporții, organizându-le în forme precum Consorții, Fundații sau Societăți Mercantile în care guvernele regionale sau autoritățile locale aveau participare unică. În regiunile acoperite de INSALUD, însă, reformele au fost frânate de dificultăți legale, precum flexibilitatea redusă a contractelor de muncă pentru personalul medical angajat de stat, care nu au permis reorganizarea spitalelor conform cerințelor cvasi-pieței. Reforma s-a putut desfășura pe întreg teritoriul țării doar odată cu dizolvarea INSALUD în 2001 (Busse și colab. 2002).

- Inclusiv în prezența unui cadru legislativ adecvat, introducerea unor noi condiții de operare face ca organizațiile prezente pe piața serviciilor de sănătate să aibă dificultăți în a își îndeplini corespunzător funcțiile - spre exemplu funcția de contractare sau funcția managerială. Asistența administrației centrale, în speță a ministerului de resort, este absolut necesară în primii ani de reformă pentru a facilita tranziția și pentru a asigura implementarea reală a noilor procese.

### *Exemplu*

Italia a inițiat în 1992 reforme care au introdus 'piața internă' pentru contractarea serviciilor spitalicești. Guvernul a ales să traseze doar o serie de linii directoare privind reforma și a lăsat implementarea acestora la nivelul regiunilor. La acel moment, regiunile erau beneficiarele unui buget repartizat de la bugetul central. În ciuda emiterii unui set de recomandări care să asigure implementarea uniformă (1994-1995), regiunile mai puțin dezvoltate din sudul țării au acționat foarte firav în această direcție comparativ cu cele din centru și nord. Absența progresului a fost pusă pe seama competențelor manageriale scăzute ale personalului administrativ și a asistenței insuficiente din partea autorităților centrale. În 1998 un raport al Comisiei pentru Competiție semnala dezechilibre geografice majore privind nivelul implementării pieței interne. Soluția guvernului italian a fost un nou val de reforme (1997-2000) care a transferat întreaga responsabilitate privind contractarea și livrarea îngrijirilor de sănătate la nivel regional: aparatul administrativ public a fost reorganizat după principii manageriale specifice sectorului privat și a fost inițiată federalizarea fiscală a sistemului național de sănătate (Lo Scalzo și colab. 2009).

- Un grad înalt de autonomie locală asigură un cadru necesar pentru creșterea latitudinii decizionale a spitalelor și pentru adaptarea acestora la nevoile comunității, însă efectele pot fi imprevizibile și nedorite.

### Exemplu

În Suedia întreaga responsabilitate a livrării serviciilor medicale a fost transferată către autoritățile regionale în 1982. Guvernul a acordat puteri depline consiliilor regionale/locale în administrarea spitalelor pentru a stimula autonomia acestora. Odată cu introducerea pieței interne la începutul anilor 1990, Spitalul de urgență St. Görans din Stockholm a fost transformat în societate pe acțiuni cu participație unică a consiliului local (1993). În Decembrie 1999 operațiunile spitalului au fost vândute către o companie privată pentru profit și consiliul local Stockholm pregătea privatizarea și a altor spitale. Precedentul privatizării unui spital fusese creat, însă în 2001 guvernul a oprit acest curs potențial prin emiterea unei legi care a interzis privatizarea spitalelor de urgență către companii private (Palme și colab. 2002).

### 3.2.2 Țări cu sisteme de sănătate de tip Bismarck

În sistemele de sănătate de tip Bismarck finanțarea serviciilor medicale se realizează predominant prin colectarea contribuțiilor obligatorii ale populației active, atât de la angajatori cât și de la angajați. În acest tip de aranjament populația activă susține financiar îngrijirile medicale de care beneficiază întreaga populație. Se poate face o distincție suplimentară în funcție de tipul organizației care administrează contribuțiile: aceasta poate fi o instituție independentă (Belgia, Bulgaria, Estonia, Franța, Germania, Letonia, Olanda, Polonia și România) sau pot fi mai multe societăți de asigurari de sănătate (Austria, Cehia, Grecia, Lituania, Slovacia și Slovenia). Un caz aparte îl reprezintă Franța și Grecia, unde finanțarea prin taxare generală și asigurări sociale contribuie în proporții comparabile la cheltuielile totale pentru sănătate.

Din punct de vedere economic, există de la bun început o distincție formală între funcția de achiziție și funcția de livrare a serviciilor medicale ('purchaser-provider split'). Este asigurat, astfel, cadrul unei cvasi-piețe în care elementele de competiție sunt cu atât mai pronunțate cu cât numărul organizațiilor aflate în rol de 'cumpărător' (organizațiile care administrează fondurile de asigurări) este mai mare.

**Tabelul 2** prezintă situația spitalelor din aceste țări și principalele reforme desfășurate în ultimele două decenii privind funcționarea spitalelor. Am exclus din această analiză țările foste socialiste deoarece le vom prezenta separat în secțiunea următoare.

Se pot desprinde următoarele puncte centrale privind reforma spitalelor în aceste sisteme:

- În toate aceste țări spitalele acoperă un spectru larg în ceea ce privește formele de organizare și administrare. Coexistă, practic, toate cele trei tipuri majore de organizații - public, privat non-profit și privat pentru profit - în proporții variabile. Spitalele publice reprezintă, în general, mai puțin de 40% din numărul total de unități cu paturi, însă concentrează adesea un procent mai ridicat din numărul total de paturi. Predomină instituția spitalului privat non-profit.

- În ultimii 20 de ani nu au avut loc reforme semnificative privind statutul juridic al spitalelor, menținându-se mixul public-privat. Pot fi menționate 2 excepții: în Grecia a fost interzisă intrarea pe piața a spitalelor private pentru profit (1992), măsură ulterior abandonată; și în Olanda au fost inițiate proiecte pilot privind posibilitatea ca spitalele private non-profit să poată transfera profitul către acționari (2008). Privind retrospectiv, trebuie spus că Olanda a transformat spitalele publice în spitale private non-profit la finalul anilor '80, interzicând prin lege existența spitalelor private pentru profit.
- În condițiile în care premisele competiției există deja, efortul de reformă privind activitatea spitalelor s-a concentrat pe reglementarea pieței interne și a autonomiei decizionale:
  - În ceea ce privește reglementarea competiției, majoritatea acestor state au introdus planuri naționale de acoperire a serviciilor spitalicești, care reglementează locația geografică și mixul de servicii-personal-echipament în limitele cărora trebuie să se încadreze dinamica pieței. A fost recunoscut faptul că existența competiției conduce în mod firesc la desființarea spitalelor ineficiente sau la achiziția lor de către alte unități; pe acest fond, rolul acestor planuri naționale este de a dirija mecanismele pieței astfel încât să limiteze impactul acestor tranzacții asupra inechităților în ceea ce privește accesul la servicii de specialitate. De asemenea, sistemul de rambursare a activității spitalelor bazat pe modelul DRG a impus un plafon maxim al prețului pentru fiecare caz rezolvat, ajustat pentru complexitate. Acest tip de aranjament lasă loc pentru reducerea costurilor în detrimentul calității, ceea ce a condus la ranforsarea criteriilor de calitate privind livrarea actului medical (de exemplu, Austria a adoptat Quality Act în 2005).
  - În ceea ce privește reglementarea autonomiei, remarcăm, ca și în cazul introducerii competiției în țările Beveridge, tandemul autonomie decizională - descentralizare administrativă. Ca exemplu, Austria a transferat fluxurile de finanțare la nivelul landurilor (1997), în timp ce Grecia a transferat aceleași responsabilități autorităților regionale de sănătate publică (2001). O autonomie funcțională este legată de asigurarea coerenței stimulentei de performanță de care beneficiază spitalele. Domeniile aferente se referă la destinația profitului, sistemul de rambursare a cheltuielilor medicale și regimul investițiilor de capital.



### 3.2.3. Țările din spațiul post-socialist

În urma înlăturării regimurilor socialiste, țările din Europa Centrală și de Est au inițiat după 1990 reforme ample ale sistemelor de sănătate al căror punct de interes a fost în primă fază modalitatea de finanțare a serviciilor medicale, în sensul renunțării la dependența exclusivă de bugetul central. În ceea ce privește spitalele, perioada comunistă lăsase drept moștenire o infrastructură supradimensionată și mult inferioară tehnologic față de spitalele din Europa Occidentală.

**Tabelul 3** prezintă principalele reforme desfășurate în regiune, atât la nivelul sistemului de servicii de sănătate cât și la nivelul spitalelor publice. Se desprind următoarele puncte cheie:

- Din punct de vedere al modalității de finanțare a sistemului de sănătate, majoritatea acestor state au optat pentru o finanțare bazată preponderent pe asigurări sociale de sănătate. Acest tip de sistem s-a menținut până în prezent în toate aceste țări cu excepția Georgiei, unde a fost abandonat după 9 ani (1995-2004) în favoarea contribuțiilor private (Chanturidze și colab. 2009). Georgia este, în acest sens, un caz aparte deoarece guvernul instalat după Revoluția Trandafirilor din 2003 a optat pentru o politică profund neo-liberală și a urmărit introducerea competiției în majoritatea serviciilor publice, în special prin privatizare.
- Majoritatea spitalelor sunt în continuare spitale publice, aflate în proprietatea guvernului, a autorităților regionale sau comunităților locale. Spitalele private non-profit și pentru profit sunt prezente pe piață, însă au deocamdată ponderi reduse în volumul infrastructurii. O prezență mai consistentă a spitalelor private non-profit se înregistrează în Polonia și Cehia. Singurul stat unde predomină spitalele private este Georgia, a cărei administrație a încurajat explicit vânzarea tuturor spitalelor publice începând cu 2007, dublată de implementarea unui plan național de construcție a 100 spitale în regim privat.
- Se constată o variabilitate crescută în ceea ce privește statutul juridic al spitalelor publice, întâlnindu-se societăți comerciale cu răspundere limitată, societăți pe acțiuni și fundații. Trăsătura definitorie este aceea că în majoritatea acestor țări spitalele aflate în proprietatea instituțiilor publice sunt organizate ca instituții de drept privat.
- Observăm reforme similare desfășurate în arii care țin de reglementarea dinamicii tranzacționale (exemplu: planuri naționale privind acoperirea cu servicii spitalicești) și a autonomiei - reforma de fond a fost, în fapt, descentralizarea administrativă. Au existat inițiative care au vizat introducerea mediului privat, legate în principal de externalizarea managementului spitalelor către companii private.



*Exemple*

În Ungaria prima inițiativă legislativă privind corporatizarea spitalelor a fost respinsă în 2003, însă vânzarea unor operațiuni ale spitalelor publice către companii private a început în 2004 (Gaal și colab. 2011). În 2009 existau pe piață 8 companii private implicate în administrarea a 16 spitale și policlinici publice. În septembrie 2009 compania Hospinvest, care administra 5 astfel de unități, a dat faliment și a creat un curent media defavorabil corporatizării spitalelor publice. Interesant este că Banca Europeană de Reconstrucție și Dezvoltare deținea 30% din activele Hospinvest, pe care le-a vândut cu 6 luni înaintea declarării falimentului. Eșecul inițiativei a fost pus pe seama clarității insuficiente în formularea politicii de corporatizare.

## 4. Discuție

---

În contextul unor bugete naționale mult diminuate după obținerea independenței, reforma spitalelor în țările foste socialiste a avut drept obiectiv major reducerea sarcinii bugetare asociate acestora. Acest obiectiv a fost operaționalizat în primul rând prin reducerea sistematică a capacității spitalicești substanțiale moștenite din perioada comunistă. În paralel s-a urmărit transferul de autoritate asupra spitalelor din direcția administrației centrale către autoritățile regionale și locale. Astfel, procesul de reformă a spitalelor s-a desfășurat adesea pe fondul unei descentralizări administrative substanțiale.

Prima secțiune a acestui capitol a trecut în revistă cauzele frecvente ale acestor eșecuri și a identificat un număr de factori cheie în acest sens:

- Atenția insuficientă acordată etapei de implementare a schimbărilor propuse;
- „Importarea” unor soluții specifice paradigmei sistemelor de sănătate occidentale, insuficient adaptate la factorii contextuali;
- Introducerea unor reforme radicale într-un orizont de timp scurt, fără a se asigura informarea și sprijinul principalelor categorii de actori (administrație centrală, administrație locală, corpul medical, pacienți, industrie farmaceutică etc.);
- Incapacitatea administrației publice de a absorbi, implementa și monitoriza reformele introduse. Un punct esențial în acest sens ține de incompatibilitatea dintre cultura organizațională de la nivelul administrației publice (predominat ierarhică și bazată pe transmiterea comenzilor, moștenire din perioada socialistă) și spiritul profund participativ, bazat pe transmiterea informațiilor, în care au fost elaborate reformele.
- Prezența disturbatoare a factorului politic în procesul reformativ, acționând în unele situații contrar evidențelor, iar în alte situații denotând lipsă de leadership în procesul de elaborare și implementare a politicilor publice;
- Lipsa de substanță și coerență a aparatului legislativ pus la dispoziția efortului reformativ; și
- Ignorarea faptului că procesul de implementare și monitorizare a reformei este consumator de resurse.

În ceea ce privește situația spitalelor din spațiul european, punctele cheie identificate de analiza noastră sunt următoarele:

- În majoritatea țărilor predomină **spitalele publice** (atât ca număr de unități, dar mai ales ca număr de paturi în condițiile în care spitalele publice au constant o capacitate superioară spitalelor private), urmate de spitalele private non-profit. Există un număr restrâns de țări unde spitalele private pentru profit dețin ponderi importante (Franța, Germania, Grecia, Georgia).
- Principalul tip de reformă adus serviciilor spitalicești după 1990 a fost introducerea **competiției** între spitale pentru pacienți și pentru fondurile de sănătate (administrare public sau nu) asociate acestora în scopul creșterii eficienței manageriale a acestui tip de unități. În paralel, avansul major din ultimele două decenii în ceea ce privește rambursarea serviciilor spitalicești a fost introducerea plăților bazate pe complexitatea cazurilor folosind sistemul DRG.
- Principalul tip de efort la nivel guvernamental asociat reformelor a fost acela de **reglementare și monitorizare** a cvasi-piețelor create în urma introducerii mecanismelor de competiție.

Cele trei puncte cheie de mai sus conduc în mod firesc la trei întrebări:

## **1. Care sunt evidențele referitoare la eficiența diferitelor tipuri de spitale?**

Dacă acceptăm faptul că serviciile medicale sunt un tip diferit de bun economic, tranzacționat pe o piață aparte (Arrow 1963), livrarea acestor servicii prin intermediul unor instituții care corectează deficiențele inerente ale acestei piețe și transmit un mesaj de încredere prin independența de profit devine un obiectiv nu numai acceptabil din punct de vedere etic și economic, dar și dezirabil politic. În acest sens, legitimitatea spitalului privat non-profit este relativ ușor de stabilit (Frank și colab. 1994).

Literatura privind comparația între performanțele spitalelor private pentru profit și spitalele private non-profit este vastă și provine în special din Statele Unite. O revizie sistematică a 149 studii comparând cele două tipuri de organizații a pus în evidență că spitalele private non-profit tind să fie superioare celor private pentru profit atât în ceea ce privește calitatea actului medical, cât și cost-eficiența intervențiilor (Rosenau și colab. 2003). O analiză similară cu accent pe rata mortalității intra-spitalicești a pus în evidență un rezultat similar (Devereaux și colab.

2002). Cu toate acestea, variațiile între spitale sunt semnificative și rezultatele nu sunt consistente de-a lungul tuturor ariilor terapeutice. Comparații ample între spitalele publice și cele private (profit, respectiv non-profit) au fost realizate în Statele Unite (Eggleston și colab. 2008), China (Eggleston și colab. 2010), Italia (Barbetta și colab. 2007), Grecia (Kondilis și colab. 2011) și Germania (Tiemann și colab. 2012)<sup>4</sup>. Acestea au sugerat că nivelul cost-eficienței și cel al calității serviciilor în spitalele publice sunt comparabile cu cele din spitalele private, după ajustarea pentru complexitatea cazurilor<sup>5</sup>.

Există, astfel, puține dovezi certe care să încline în favoarea unuia sau altuia dintre modele. Elementul cel mai important de reținut este că, în pofida percepției generale conform căreia mediul privat este asociat cu eficiență crescută a livrării serviciilor, evidențele nu susțin acest punct de vedere în ceea ce privește îngrijirile spitalicești.

Concluzia comună a studiilor citate mai sus este că **elementele de context instituțional** sunt cele care dictează, în final, eficiența unei organizații, și nu fundamentele economice intrinseci după care aceasta operează. **Spitalul privat non-profit** se arată a fi soluția cel mai ușor acceptabilă din perspectiva a trei criterii fundamentale: acceptabilitate politică, eficiență economică și calitatea actului medical.

## **2. Care sunt evidențele privind efectele introducerii competiției pe piața serviciilor spitalicești?**

Conform așteptărilor, există dovezi care indică faptul că spitalele aflate în regim de competiție au adesea un management intern mai performant decât spitalele ale căror servicii nu sunt contestabile (Dorgan și colab. 2010). Marea Britanie este țara în care introducerea 'contestabilității' spitalelor a fost cercetată cel mai intens. În urma introducerii reformelor pro-competiție în 1991, a fost înregistrată o scădere ușoară a costurilor asociate intervențiilor efectuate în spitale (scăderea costurilor a fost observată în intervalul 4-14%), însă această scădere s-a produs lent, de-a lungul a mai mult de 3 ani de la modificarea structurii pieței (Propper și colab. 1998). Aceste observații sunt în concordanță cu evoluția unor reforme similare în Statele Unite (Newhouse 1996).

În ceea ce privește calitatea serviciilor oferite în spitale, a fost pus în evidență pentru Marea Britanie faptul că spitalele aflate în condiții crescute de competiție sunt

<sup>4</sup> Acest studiu reprezintă o revizie mai amplă a literaturii internaționale pe această temă.

<sup>5</sup> Spitalele private pentru profit tind natural să atragă pacienți cu pronostic favorabil, astfel că ajustarea în funcție de complexitatea cazurilor este necesară pentru discriminarea efectului real al formei de proprietate asupra efectelor clinice.

asociate unei calități mai scăzute a actului medical, măsurat în termenii ratei mortalității după infarct miocardic (Propper si colab. 2004). Literatura de profil din Statele Unite, unde spitalele sunt în majoritate private pentru profit, oferă informații contradictorii privind influența competiției asupra costurilor și capacității spitalelor: literatura din anii '80 a pus în evidență o creștere a costurilor în spitalele supuse competiției, explicabilă în condițiile în care spitalele concurează pentru pacienți în termeni de calitate, care conduce la costuri crescute pentru acoperirea investițiilor în tehnologii superioare etc.; iar literatura din anii '90 prezintă efecte contrare, explicabile prin optimizarea practicilor de management. Tot literatura din Statele Unite a pus în evidență o asociere pozitivă între prezența competiției și calitatea actului medical. Diferențele majore între sistemul de sănătate american și cel britanic pot explica parțial discrepanțele dintre evidențe. Un studiu recent privind efectele introducerii competiției între spitalele din Olanda în 2006 a sugerat o relație invers proporțională între gradul de concentrare al spitalelor și marja preț-cost, însă autorii au precizat că evaluarea efectelor este încă prematură (Halbersma si colab. 2011).

Evidențele prezentate anterior conduc la două concluzii importante:

**1. Introducerea competiției per se nu reprezintă o garanție pentru scăderea costurilor (care se vor reflecta în prețuri) și pentru creșterea calității serviciilor medicale.** Este de așteptat ca factorii determinanți pentru sensul în care evoluează acești parametri să fie de natură contextuală. Mai precis, miza unei reforme de succes rezidă în modul în care sunt dirijate concentrarea furnizorilor (spitale) și cumpărătorilor (societăți/fonduri de asigurări) de servicii medicale, respectiv ajustarea fină a mecanismelor competitive astfel încât competiția să se poată produce simultan în termeni de cost și calitate fără compromiterea amândurora i.e. escaladarea prețurilor în condițiile unei competiții centrate exclusiv pe oferirea unor servicii de calitate cât mai înaltă sau deprecierea calității actului medical în condițiile unei competiții axate pe minimizarea costurilor.

2. Este documentat faptul că **eventuala scădere a costurilor în urma introducerii competiției este puțin spectaculoasă și nu se produce subit**, fiind necesară o perioadă de cel puțin 3-5 ani pentru ca piața să atingă o stare de echilibru.

### 3. Care sunt evidențele privind principalele direcții de reglementare și monitorizare a pieței serviciilor spitalicești?

Competiția trebuie înțeleasă, în contextul pieței interne, ca desfășurându-se simultan de-a lungul a două dimensiuni corelate direct: cost și calitate. Obiectivul primordial al funcției de guvernare a administrației centrale devine acela de a nu permite dezechilibre incontrollabile în relația calitate-preț, introducând mecanisme care să prevină escaladarea exagerată, respectiv prăbușirea parametrilor ce reflectă aceste două dimensiuni.

Analiza noastră a identificat câteva direcții către care trebuie concentrat acest tip de efort, pe baza experienței țărilor care au desfășurat reforme în acest sector:

- **Introducerea unui plan național de organizare a capacității spitalelor**, document normativ care să cuprindă localizarea geografică, necesitățile tehnologice și capacitatea unităților cu paturi precum și limitele între care acestea pot varia, este necesară din cel puțin două considerente.

În primul rând, spitalele sunt organizații de dimensiuni mari, cu o concentrație ridicată de capital și cu o inerție crescută a proceselor interne. În plus, elemente de cultură profesională fac din decizia de tip clinic principalul instrument al activității acestora, în sensul că medicii sunt responsabili, înainte de toate, față de proprii pacienți și tind să prioritizeze interesul medical al acestora în fața argumentelor economice. La acestea se pot adăuga interese profesionale legate de cercetare academică, prestigiu personal etc. Aceasta face ca spitalele să aibă tendința de a supradimensiona atât calitatea cât și cantitatea serviciilor pe care le oferă, devenind ineficiente economic (Newhouse 1970). O planificare națională și rațională a nevoilor de îngrijire ale populației devine necesară pentru a modera tendința intrinsecă a spitalelor de a crește continuu, oferind servicii pentru care nevoile nu sunt demonstrabile.

În al doilea rând, introducerea unei cvasi-piețe în domeniul serviciilor spitalicești deschide aceste organizații către achiziții, restructurări și falimente, dictate de dinamica eficienței economice și a profitabilității. Un plan național în acest sens asigură un cadru legal care menține contactul direct între nevoile de îngrijire ale populației și dinamica tranzacțiilor. Cu alte cuvinte, unui spital nu i se va permite să închidă o secție doar pentru că aceasta nu este profitabilă dacă prin această măsură va expune populația pe care o deservește riscului de a nu putea beneficia de intervențiile respective. În acest sens, planul național contribuie și la distribuția echitabilă a infrastructurii serviciilor medicale.

Majoritatea țărilor luate în discuție în acest material au implementat astfel de planificări naționale. Un exemplu concret este Estonia, ale cărei reglementări prevăd ca distanța dintre orice comunitate și un spital generalist să fie de maximum 75km sau să poată fi parcursă în condiții de trafic rutier în maximum 60 de minute (Koppel și colab. 2008). Un alt exemplu este Danemarca, unde la baza planului se afla trei factori: frecvența episoadelor de morbiditate, complexitatea traseului de îngrijire și consumul de resurse (Andersen și colab. 2010).

- **Reglementarea și monitorizarea calității serviciilor oferite de spitale** este un instrument esențial în asigurarea echilibrului pieței, pe de o parte, și în îndeplinirea obiectivelor de ansamblu ale sistemului de sănătate (precum echitatea) pe de altă parte.

Atâta vreme cât introducerea competiției pentru pacienți presupune ajustarea permanentă a costului serviciilor oferite în raport cu calitatea acestora, introducerea unui standard minim al calității serviciilor spitalicești, susținut de protocoale clinice **relevante** prin actualitate și conținut, contribuie la o competiție în care calitatea nu este iremediabil compromisă în favoarea unui cost (reflected în preț) acceptabil. Aspecte ale calității actului medical sunt încorporate și în mecanismele de rambursare a activității spitalelor: de exemplu sistemul DRG oferă tarife ajustate în funcție de rata complicațiilor.

O limită minim acceptabilă privind standardul de calitate al actului medical este un concept relativ transparent, implementabil printr-un proces de acreditare a unităților sanitare și la care s-a recurs în majoritatea statelor. Pe de altă parte, o limită maximă în acest sens este dificil de luat în discuție, iar instrumentele care oferă un control parțial în acest sens sunt ghidurile clinice relevante și planul național de organizare a capacității spitalelor (vezi mai sus). Existența reglementărilor ferme în ceea ce privește calitatea minimă explică într-o anumită măsură scăderea modestă a costurilor în condiții de competiție, așa cum a fost discutat mai sus, însă absența unui prag superior ferm permite escaladarea mai rapidă și mai amplă a acestora.

- **Reglementarea atentă a aspectelor ce țin de managementul spitalelor și a modului în care este interpretată 'autonomia'** acestora poate face diferența între o reformă care își atinge obiectivele și una care conduce la efecte paradoxale.

Este necesar ca responsabilitatea managementului spitalului să fie corelată cu mecanisme adecvate îndeplinirii obiectivelor sale. Spre exemplu, în Austria autoritățile municipale, proprietare ale spitalelor locale, s-au organizat în holdinguri regionale sub umbrela guvernelor landurilor pentru a

administra mai eficient riscurile financiare și operațiunile. În acest context, utilitatea unei planificări naționale devine evidentă. Pe de altă parte, absența responsabilității de facto poate fi la fel de ineficientă. În Suedia, piața internă introdusă în 1992 a fost absolut ineficientă până în 1995 deoarece spitalele nu erau penalizate dacă nu puteau atrage pacienți, iar consiliile locale nu le puteau forța desființarea. Costurile în creștere ale spitalelor neprofitabile s-au reflectat asupra pacienților prin creșterea listelor de așteptare pentru intervenții electivă.

Descentralizarea este o temă recurentă în procesul de reformă: majoritatea țărilor au transferat responsabilitatea asupra administrării spitalelor publice către autoritățile locale și regionale. Evidențele asupra efectelor acestui proces asupra performanței actului medical nu sunt încă lămuritoare, iar în unele state precum Finlanda s-a produs ulterior o recentralizare (Bankauskaite et al 2004). Cu toate acestea, în contextul descentralizării, autoritățile publice locale și regionale, în calitate de proprietari ai spitalelor, trebuie înzestrate atât cu responsabilitatea, cât și cu instrumentele administrative și fiscale pentru a își îndeplini obiectivele, și nu „lăsate să se descurce” pentru ca ulterior să recurgă la soluții limită la momentul acumulării datoriilor – exemplele privatizărilor eșuate din Ungaria sunt elocvente în acest sens.



## 5. Concluzii

---

Experiența statelor europene a arătat că reforma constă nu atât în implementarea unor inițiative radicale, ci mai ales în crearea și menținerea unui cadru politic, legislativ, administrativ și tehnic apt să permită monitorizarea și ajustarea schimbărilor introduse. Nu există, astfel, principii economice care conduc automat la eficiență.

Odată implementate modificările structurale, rolul administrației centrale devine acela de a direcționa funcționarea acestor mecanisme în sensul rezultatelor vizate printr-un efort de reglementare și monitorizare. Într-un cuvânt, vorbim despre tranziția de la asigurarea funcției de guvernare la asigurarea funcției de guvernanță. Deși pare un truism, dificultățile întâmpinate în implementarea reformelor discutate mai sus au fost adesea legate de insuficiența guvernanță și nu de o deficiență structurală a principiilor din spatele schimbărilor.

Două elemente fundamentale pot fi reținute din lecțiile oferite de experiențele acestor state:

1. Este de importanță vitală gândirea reformei diferitelor componente ale sistemului de sănătate în general (și a spitalelor în particular) în termeni de **proces** și nu în termeni de stare staționară care va fi atinsă instantaneu după implementarea reformelor. Actorii (pacienți, personal medical, funcționari publici, politicieni, reprezentanți ai industriei), resursele (financiare, umane, tehnologice), constrângerile (legale, organizaționale) și orizontul de timp pe care se desfășoară procesul de reformă – toate aceste elemente interacționează. Succesul unei reforme depinde de măsura în care activitățile aferente (planificare, implementare, monitorizare, ajustare) sunt gândite de la bun început în ansamblul acestor factori.

2. Economia rezultată din scăderea cheltuielilor bugetare asociate spitalelor publice prin creșterea autonomiei manageriale și prin introducerea competiției în contractare este doar aparentă. Această economie este compensată cel puțin parțial de către costurile privind efortul de reglementare a pieței interne și suportul ce trebuie oferit autorităților locale/regionale, respectiv noilor echipe de management ale spitalelor, pentru a se adapta la noile condiții de contractare. Orice nou aranjament rezultat din reformă va continua să consume resurse de la bugetul central, cu deosebirea că accentul va cădea pe funcțiile de monitorizare și asistență tehnică.

## 6. Recomandări

---

În vederea procesului de reformă a spitalelor publice din România odată cu adoptarea unei noi legi a sănătății, evidențele prezentate în secțiunile anterioare conduc la formularea următoarelor recomandări:

- Transformarea treptată a spitalelor publice în societăți non-profit cu participare majoritară a actualilor proprietari (autoritățile locale sau regionale) este preferabilă privatizării totale sau parțiale a acestora.
- Introducerea competiției în procesul de contractare poate avea un efect pozitiv în sensul relevării costurilor reale ale serviciilor spitalicești și a creșterii cost-eficienței. Cu toate acestea, așteptările privind scăderea spectaculoasă a acestor costuri, respectiv îmbunătățirea calității serviciilor, trebuie să fie cel mult moderate. Efortul de reglementare a dinamicii pieței interne va fi el însuși costisitor.
- Se impune inițierea unui pilot privind noile forme de organizare la nivel de unități administrativ-teritoriale pentru a se putea simula condiții de competiție pe o piață reală. Pilotarea pe unități individuale (spitale izolate) poate oferi numai concluzii limitate. Având în vedere latența semnificativă a stabilizării unei astfel de piețe, un perioadă pilot mai scurtă de 2 ani poate oferi concluzii limitate privind efectele potențiale ale reformei.
- Stabilirea unui calendar individualizat pentru fiecare spital în vederea modificării statutului legal este preferabilă încorporării „în masă” sau în baza unui termen calendaristic arbitrar. Un interval de timp asumat, corelat cu un pilot național de cel puțin 2 ani, le oferă timp autorităților publice locale și regionale pentru a identifica măsuri fiscale și de management care să le faciliteze tranziția către noul model de contractare.
- Responsabilitatea financiară a managementului spitalului trebuie corelată cu capacitatea fiscală a autorităților publice de care aparțin. În acest sens, autoritățile centrale vor trebui să ofere suport tehnic, legal și educațional către echipele de management ale spitalelor în vederea adaptării la contractarea serviciilor în condiții de competiție.
- Este recomandabilă stimularea asocierii spitalelor în rețele regionale de îngrijire pentru creșterea eficienței în administrarea riscului de faliment și a managementului operațiunilor.
- Autoritatea managementului spitalelor privind achizițiile și privatizările parțiale sau totale trebuie limitată prin planul național de organizare a capacității (vezi mai jos). În absența bunei guvernante, riscul privatizărilor oportuniste către companii private pentru profit este ridicat și acestea sunt de evitat.

- Numirea managerului de spital trebuie să revină consiliului de administrație, alcătuit din reprezentanți ai autorităților locale/regionale, personalului medical angajat și lideri ai comunității. Numirile politice trebuie descurajate explicit.
- În contextul autonomiei manageriale, flexibilizarea statutului personalului medical în sensul ușurinței încheierii/desfacerii contractului de muncă și a desfășurării negocierilor salariale susține o dinamică normală a pieței interne.
- Autoritatea centrală (Ministerul Sănătății) trebuie să inițieze elaborarea unui plan național de organizare a capacității spitalelor, în linia recomandărilor Raportului comisiei de selecție a unităților sanitare cu paturi care nu pot încheia contracte cu casele de asigurări de sănătate, aprobat prin HG 345/2011. Acest document, conținând localizarea geografică, capacitatea și tipul de servicii spitalicești ce răspund nevoilor populației, va deveni act normativ și va reglementa dinamica pieței interne.
- Elaborarea, diseminarea și monitorizarea modului de implementare al ghidurilor clinice trebuie accelerată. Accentul va trebui să cadă pe relevanța acestor ghiduri pentru practica clinică și pe corelarea acestora cu modalitatea de rambursare a costurilor intervențiilor (DRG).

## Tabele

**Tabelul 1. Situația spitalelor în țările de tip Beveridge**

<b>Tara</b>	<b>Ponderele spitalelor publice<sup>1</sup></b>	<b>Reforme privind statutul spitalelor</b>
Marea Britanie (date pentru Anglia)	83% din numărul total de unități (1484/1788) 93.5% din numărul total de paturi Spitalele private nu contractează cu fondurile publice. (Boyle 2011; NHS The Information Centre 2011)	2004: Spitalelor li s-a oferit posibilitatea să devină fundații pentru a putea accesa o plajă mai largă de resurse financiare, inclusiv din sectorul bancar, pentru investiții de capital. Inițial nu au existat constrângeri în acest, ci un singur termen limită: toate spitalele trebuiau să devină fundații până în aprilie 2014. În iunie 2011 s-a renunțat la acest termen limită în favoarea unui calendar individualizat pentru fiecare spital.
Portugalia	73% din numărul total de paturi (Eurostat 2012)	2003: Spitale transformate în întreprinderi publice cu participare unică a guvernului: inițial reforma s-a aplicat pentru jumătate dintre unități, apoi treptat și la restul. 2003: Spitalele apropiate sunt administrate de o singură echipă managerială. (Barros și colab. 2007) 2011: S-a vehiculat privatizarea unor spitale publice pentru a reduce cheltuielile bugetare.
Suedia	88% din numărul total de unități (European Hospital and Healthcare Federation 2007) Spitalele private pot contracta cu fondurile publice.	Spitalele se afla în proprietatea autorităților locale și regionale în urma unei reforme din 1982. Începutul anilor 1990: Introducerea pieței interne. 1999: Trecerea spitalelor publice în proprietatea autorităților locale și regionale. (Glennard și colab. 2005)
Italia	68% din numărul total de paturi (Eurostat 2012) 44% din numărul total de unități (Organisation for Economic Co-operation and Development 2012) Majoritatea spitalelor private sunt organizații non-profit care contractează cu serviciile publice.	1992: Introducerea parțială a pieței interne. Autonomie crescută a spitalelor. Inegalități în implementare - nord vs sud. 1997: Federalizarea fiscală a regiunilor, creșterea răspunderii către finanțarea locală a serviciilor de sănătate. 1999: Reglementarea pieței interne și introducerea normelor naționale de calitate a actului medical. (Lo Scalzo și colab. 2009)

## Reforma spitalelor publice: evidențe din spațiul european

Irlanda	97% din numărul total de paturi (Eurostat 2012) - cifre din 2008  Spitale publice sunt finanțate de către stat, dar sunt administrate de organizații non-profit (de exemplu organizații caritabile).	2002: Primul asigurator privat intră pe piața asigurărilor de sănătate.  2003: Se organizează rețele integrate de îngrijire spitalicească.  2007: Plan pentru construcția a 6 spitale private pe siturile unor spitale publice deja existente, pentru a prelua o parte din sarcina acestora astfel încât numărul pacienților cu contribuție privată din spitalele publice să nu depășească 20%. (McDaid și colab. 2009)
Finlanda	96% din numărul total de paturi (Eurostat 2012)  78% din numărul total de unități (Organisation for Economic Co-operation and Development 2012)  Spitalele private pot contracta cu fondurile publice.	1993: Introducerea competiției, municipalitățile pot achiziționa servicii de la furnizori privați. Reforma a fost controversată și contractarea cu furnizori privați de servicii medicale este un fenomen puțin comun. (Vuorenkoski și colab. 2008)
Danemarca	95% din numărul total de paturi (Eurostat 2012)  Spitalele private pot contracta cu fondurile publice.	Spitalele publice se află în proprietatea regiunilor în urma unei reforme din 1970.  2005: Reorganizare administrativă la nivel național prin care este redus numărul municipalităților și este raforsată funcția de planificare a spitalelor. (Andersen și colab. 2010; Strandberg-Larsen și colab. 2007)
Spania	67% din numărul total de paturi (Eurostat 2012)  Spitalele private pot contracta cu fondurile publice.	1981: Începe descentralizarea serviciilor de sănătate cu provincia Catalonia. Procesul se încheie în 2005.  2002: Dizolvarea autorității centrale de sănătate INSALUD, care încă administra 10 din totalul de 17 regiuni autonome. (Garcia-Armesto și colab. 2010)

<sup>1</sup>Cifrele privind numărul de paturi din spitalele publice sunt din 2009 dacă nu este specificat altfel. Sursa principală este baza de date Eurostat, cu excepția statelor pentru care au putut fi identificate surse mai recente și a statelor care nu sunt acoperite de Eurostat (Suedia). Bazele de date OECD și Eurostat folosesc aceleași definiții pentru spitale publice, spitale private non-profit, respectiv spitale private pentru profit.

Tabelul 2. Situația spitalelor în țările de tip Bismarck

Tara	Ponderele spitalelor publice <sup>1</sup>	Reforme privind statutul spitalelor
Belgia	28% din numărul total de unități, restul sunt spitale private non-profit (Gerkens si colab. 2010)	Nicio reformă relevantă.
Franta	63% din numărul total de paturi (Eurostat 2012), 33% din numărul total de unități (Organisation for Economic Co-operation and Development 2012)  Spitale private pentru profit: 23% din numărul total de paturi. Spitale private non-profit: 14% din numărul total de paturi.	Nicio reformă relevantă.  <u>Reforme adiacente:</u>  1991: Introducerea unui plan național de rationalizare a numărului de spitale, implementat în trei generații până în 2006.  1996: Descentralizarea responsabilității privind planificarea și livrarea serviciilor spitalicești către agenții regionale.  2010: Reorganizarea agențiilor regionale în scopul planificării și coordonării traseelor de îngrijire (Chevreul si colab. 2010)
Germania	41% din numărul total de paturi (Eurostat 2012), 26% din numărul total de unități (Organisation for Economic Co-operation and Development 2012)  Spitale private pentru profit: 29% din numărul total de paturi. Spitale private non-profit: 30% din numărul total de paturi.	Nicio reformă relevantă.  Tendință lentă de achiziție a unor spitale publice de către spitale private pentru profit.
Olanda	Nu exista spitale publice. Toate spitalele sunt private non-profit.	Nicio reformă relevantă.  <u>Reforme adiacente:</u>  2006: Reforma întregului sistem prin introducerea asigurării universale. Introducerea competiției reglementate între spitale.  2008: Au fost inițiate studii pilot privind transferul profitului spitalelor private non-profit către acționari.
Austria	71% din numărul total de paturi (Eurostat 2012), 58% din numărul total de unități (Organisation for Economic Co-operation and Development 2012)  Spitale private pentru profit: 18% din numărul	1997: Transferul substanțial al fluxurilor de finanțare de la nivel federal la nivelul Landurilor  1997: A fost introdus un plan național de planificare a spitalelor în funcție de locație,

*Reforma spitalelor publice: evidențe din spațiul european*

---

	total de paturi. Spitale private non-profit: 11% din numărul total de paturi.	capacitate și specialități. 1997-2007: Spitalele aflate în proprietatea autorităților municipale s-au organizat în holdinguri deținute de autoritățile regionale. 2005: Reglementarea calității serviciilor medicale.
Grecia	70% din numărul total de paturi (Eurostat 2012), 35% spitale publice (67% din numărul total de paturi). Spitale private pentru profit: 28% din numărul total de paturi. Spitale private non-profit: 3% din numărul total de paturi.	1992: A fost permisă intrarea pe piață a spitalelor private pentru profit. 2001: Crearea pieței interne, a autorităților de sănătate regionale și introducerea autonomiei administrative a spitalelor publice printr-un sistem de management profesionist. 2002: Reformă profundă a sistemului - introducerea asigurărilor sociale de sănătate. 2005: Renunțarea la managementul profesionist în spitalelor în favoarea numirilor politice ale directorilor de spital.

---

<sup>1</sup>Cifrele privind numărul de paturi din spitalele publice sunt din 2009 dacă nu este specificat altfel. Sursa principală este baza de date Eurostat.

Tabelul 3. Situația spitalelor în țările din spațiul post-socialist

Țara	Reforme la nivelul sistemului de sănătate	Situația spitalelor
România	1999: Introducerea asigurărilor sociale de sănătate, colectate și administrate printr-un fond național unic.	<p>Spitale publice: 99% din numărul total de paturi. Spitale private pentru profit: 1% din numărul total de paturi (Eurostat 2012)</p> <p><u>Reforme adiacente:</u> 2002: A fost inițiată descentralizarea controlului asupra spitalelor publice prin trecerea imobilelor și a terenurilor spitalelor în proprietatea autorităților locale și regionale. 2010: Continuarea descentralizării prin trecerea în bloc a spitalelor publice în proprietatea și administrarea autorităților locale.</p>
Polonia	1999: Introducerea asigurărilor sociale de sănătate. Resurse administrate inițial de 17 fonduri, ulterior de un fond național unic.	<p>Spitale publice: 88% din numărul total de paturi. Spitale private pentru profit: 12% din numărul total de paturi. (Eurostat 2012).</p> <p>Spitalele publice sunt unități independente aflate în proprietatea autorităților regionale sau comunităților locale.</p> <p><u>Reforme adiacente:</u> 1991: A fost inițiată descentralizarea spitalelor către autoritățile locale și regionale, continuată în 1993 și 1999 (Kuszewski și colab. 2005). 1999: Odată cu introducerea asigurărilor sociale de sănătate, spitalele au avut un an la dispoziție pentru a deveni instituții independente și pentru a încheia contracte cu fondurile de asigurări. 2008: Inițiativă pentru privatizarea spitalelor, respinsă prin veto de președintele în exercitiu. 2009: Guvernul a recurs la stimularea privatizării spitalelor publice de către regiuni prin ștergerea unei părți a datoriilor acestora în cazul privatizării (Watson 2010).</p>
Cehia	1991: Introducerea asigurărilor sociale de sănătate, administrate de 10 societăți de asigurări cvasi-publice.	<p>Spitale publice: 86% din numărul total de paturi. Spitale private pentru profit: 14% din numărul total de paturi. (Eurostat 2012).</p>



		<p><u>Reforme adiacente:</u>                  2003: Aproximativ jumătate din spitalele publice au trecut în administrarea celor 14 regiuni autonome, dintre care o mare parte au fost convertite în societăți pe acțiuni cu participatie unică a guvernelor regionale.                  2006: S-a încercat adoptarea unei legislații care obliga regiunile să înființeze spitale publice non-profit, însă a fost respinsă și nu s-a aplicat. (Bryndova si colab. 2009)</p>
Bulgaria	<p>1998: Introducerea asigurărilor sociale de sănătate, colectate și administrate printr-un fond național unic.</p>	<p>Spitale publice: 89% din numărul total de paturi.                  Spitale private pentru profit: 11% din numărul total de paturi. (Eurostat 2012).</p>
		<p><u>Reforme adiacente:</u>                  1992: Spitalele publice au fost trecute în proprietatea autorităților locale și regionale.                  1999: Spitalele publice sunt transformate în companii de drept privat. Spitalele regionale și municipale sunt organizate ca societăți pe acțiuni cu participatia Ministerului Sănătății și a consiliilor municipale. Spitalele locale sunt organizate ca societăți comerciale aflate în proprietatea consiliilor locale. (Georgieva si colab. 2007)</p>
Slovenia	<p>1992: Introducerea asigurărilor sociale de sănătate, colectate și administrate printr-un fond național unic</p> <p>1998: Distincție între asigurarea obligatorie și asigurări voluntare. Asigurările private sunt administrate începând cu 2005 de societăți non-profit.</p>	<p>Spitale publice: 90% din numărul total de unități. (Albreht si colab. 2009)</p>
Slovacia	<p>1994: Crearea unui fond unic de asigurări sociale (sănătate, pensii, ajutoare sociale), administrate de multiple fonduri de asigurări (maximul atins a fost de 13 astfel de fonduri).</p> <p>2004: Asigurările sociale sunt administrate de companii de asigurări (în prezent 1 companie deținută de stat, 2 companii private). Fondurile de asigurări au fost obligate să devină societăți</p>	<p>Majoritatea spitalelor sunt în prezent deținute de stat.</p> <p><u>Reforme adiacente:</u>                  2004: Spitalele au fost transferate în subordinea autorităților locale, care au avut libertatea de a le transforma în societăți pe acțiuni cu participatie unică sau organizații non-profit sau societăți comerciale                  2011: A fost propus un plan de privatizare a spitalelor prin transformarea lor în societăți pe acțiuni aflate în proprietatea companiilor private de asigurari medicale. Opoziție publică, reforma a fost abandonată.</p>

*Reforma spitalelor publice: evidențe din spațiul european*

	pe acțiuni și li s-a oferit libertatea de a negocia individual prețuri cu furnizorii de servicii medicale. În 2011 companiile de asigurări private au câștigat dreptul de a folosi profitul și pentru alte activități decât achiziționarea de servicii medicale.	
Ungaria	1992: Introducerea asigurărilor sociale de sănătate, administrate de o singură agenție aflată sub controlul statului.	Spitale publice: 97% din numărul total de paturi. Spitale private non-profit: 3% din numărul total de paturi. (Eurostat 2012).
		<p><u>Reforme adiacente:</u>            1996: Introducerea unui plan național de planificare a capacității spitalelor, continuat în 2003 și 2007.            2004: A început externalizarea managementului spitalelor publice către companii private.            2008: A fost încurajată corporatizarea spitalelor. Au fost corporatizate 36 spitale înainte ca legea să fie abrogată în 2010. Un audit național a apreciat că managementul companiilor private a îndatorat spitalele care au adoptat acest model. (Gaal și colab. 2011)</p>
Georgia	1995: Introducerea asigurărilor sociale de sănătate, abandonate în 2004.  2007: Privatizarea tuturor palierelor sistemului de servicii medicale.	Majoritatea spitalelor publice au fost privatizate, statul păstrând numai 6 spitale în Tbilisi.
		<p><u>Reforme adiacente:</u>            2007: Introducerea unui plan național privind dezvoltarea capacității spitalelor, reglementând construcția a 100 spitale private noi. (Chanturidze și colab. 2009)</p>
Letonia	Finanțare prin taxare generală, fondurile fiind administrate de o agenție unică aflată în subordinea guvernului.	Spitale publice: 95% din numărul total de paturi. Spitale private pentru profit: 5% din numărul total de paturi. (Eurostat 2012).
		<p><u>Reforme adiacente:</u>            2004: Introducerea unui plan național privind dezvoltarea capacității spitalelor. (Tragakes și colab. 2008)</p>

*Reforma spitalelor publice: evidențe din spațiul european*

---

Estonia	1991: Introducerea asigurărilor sociale de sănătate.	Spitale publice: 90% din numărul total de paturi. Spitale private non-profit: 5% din numărul total de paturi. Spitale private pentru profit: 5% din numărul total de paturi. (Eurostat 2012).  Majoritatea spitalelor aparțin guvernelor locale și operează sub formă de societăți pe acțiuni sau fundații, ca instituții de drept privat.  <u>Reforme adiacente:</u> 2003: Introducerea unui plan național de organizare a dezvoltării capacității spitalelor. (Koppel și colab. 2008)
Lituania	1991: Introducerea asigurărilor sociale de sănătate. Reviziune în 1996.	Spitale publice: 100% din numărul total de paturi. (Eurostat 2012).  <u>Reforme adiacente:</u> 1991: Planificarea, finanțarea și livrarea serviciilor spitalicești sunt descentralizate la nivelul autorităților locale. 1997: Spitalele sunt reorganizate ca instituții publice non-profit. (Cerniauskas și colab. 2000)

---

## Notă metodologică

---

Am efectuat o revizie a literaturii de specialitate prin care să identificăm publicațiile referitoare la procesul de reformă a spitalelor publice în țările din spațiul european. Pentru a identifica articolele publicate în jurnale de specialitate am efectuat o căutare sistematică în baza de date ISI Web of Knowledge (Science Citation Index, Social Sciences Citation Index) și Google Scholar folosind următorii termeni: „hospital\*”, „reform\*”, „privatization”, „restruct\*”, „public”, „efficien\*”.

De asemenea, am căutat manual publicații relevante (cărți, rapoarte, policy briefs, baze de date statistice) editate sub egida următoarelor organizații:

- Organizația Mondială a Sănătății (World Health Organization, WHO);
- Observatorul European pentru Sisteme și Politici de Sănătate (European Observatory for Health Systems and Policies);
- Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD).

Am studiat publicațiile care descriu reforme desfășurate după 1990 în țările din actualul spațiu european și în țările foste socialiste.

Referinte

- Albrecht, T., Turk, E., Toth, M., Ceglar, J., Marn, S., Pribakovic Brinovec, R., Schafer, M., Avdeeva, O., & van Ginneken, E. 2009, "Slovenia: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 11, no. 3, pp. 1-168.
- Andersen, P. T. & Jensen, J. J. 2010, "Healthcare reform in Denmark", *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 38, no. 3, pp. 246-252.
- Arrow, K. J. 1963, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review*, vol. 53, no. 5, pp. 941-973.
- Barbetta, G. P., Turati, G., & Zago, A. M. 2007, "Behavioral differences between public and private not-for-profit hospitals in the Italian national health service", *Health Economics*, vol. 16, no. 1, pp. 75-96.
- Barros, P. & de Almeida Simoes, J. 2007, "Portugal: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 9, no. 5, pp. 1-140.
- Boyle, S. 2011, "United Kingdom (England): Health system review.", *Health Systems in Transition*, vol. 13, no. 1, pp. 1-486.
- Bryndova, L., Pavlakova, K., Roubal, T., Rokosova, M., & Gaskins, M. 2009, "Czech Republic: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 11, no. 1, pp. 1-122.
- Busse, R., van der Grinten, T., & Svensson, P.-G. 2002, "Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice," in *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*, R. B. Saltman, R. Busse, & E. Mossialos, eds., Open University Press, Buckingham, pp. 126-145.
- Cerniauskas, G. & Murauskiene, L. 2000, *Health care systems in transition: Lithuania* European Observatory on Health Systems and Policies.
- Chanturidze, T., Ugulava, T., Duran, A., Ensor, T., & Richardson, E. 2009, "Georgia: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 11, no. 8, pp. 1-116.
- Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernandez-Quevedo, C., & Mladovsky, P. 2010, "France: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 12, no. 6, pp. 1-291.
- Devereaux, P. J., Choi, P. T. L., Lacchetti, C., Weaver, B., Schunemann, H. J., Haines, T., Lavis, J. N., Grant, B. J. B., Haslam, D. R. S., Bhandari, M., Sullivan, T., Cook, D. J., Walter, S. D., Meade, M., Khan, H., Bhatnagar, N., & Guyatt, G. H. 2002, "A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 166, no. 11, pp. 1399-1406.
- Dorgan, S, Layton, S, Bloom, N, Homkes, R, Sadun, R, and van Reenen, J Management in Healthcare: Why good practice really matters. 2010. Disponibil la <http://cep.lse.ac.uk/new/events/event.asp?id=114>, accesat la data de 27 Mar 2012.

Eggleston, K., Lu, M., Li, C., Wang, J., Yang, Z., Zhang, J., & Quan, H. 2010, "Comparing public and private hospitals in China: Evidence from Guangdong", *BMC Health Services Research*, vol. 10, no. 1, p. 76.

Eggleston, K., Shen, Y. C., Lau, J., Schmid, C. H., & Chan, J. 2008, "Hospital ownership and quality of care: what explains the different results in the literature?", *Health Economics*, vol. 17, no. 12, pp. 1345-1362.

European Hospital and Healthcare Federation The hospitals in the 27 European countries. Country profile Sweden. 2007. Disponibil la [www.hope.be/03activities/quality\\_eu\\_hospitals/eu\\_country\\_profiles/sweden-eu\\_hospitals-profile.pdf](http://www.hope.be/03activities/quality_eu_hospitals/eu_country_profiles/sweden-eu_hospitals-profile.pdf), accesat la data de 20 Mar 2012.

Eurostat Hospital beds by hospital ownership. 2012. Disponibil la [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public\\_health/data\\_public\\_health/database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database), accesat la data de 20 Mar 2012.

Frank, R. G. & Salkever, D. S. 1994, "Nonprofit Organization in the Health Sector", *The Journal of Economic Perspectives*, vol. 8, no. 4, pp. 129-144.

Gaal, P., Szigeti, S., Csere, M., Gaskins, M., & Panteli, D. 2011, "Hungary: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 13, no. 5, pp. 1-266.

Garcia-Armesto, S., Abadia-Taira, M., Duran, A., Hernandez-Quevedo, C., & Bernal-Delgado, E. 2010, "Spain: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 12, no. 4, pp. 1-295.

Georgieva, L., Salchev, P., Dimitrova, S., Dimova, A., & Avdeeva, O. 2007, "Bulgaria: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 9, no. 1, pp. 1-156.

Gerkens, S. & Merkur, S. 2010, "Belgium: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 12, no. 5, pp. 1-266.

Glennard, A., Hjalte, F., Svensson, M., Anell, A., & Bankauskaite, V. 2005, *Health Systems in Transition: Sweden* WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Halbersma, R., Mikkers, M., Motchenkova, E., & Seinen, I. 2011, "Market structure and hospital insurers bargaining in the Netherlands", *The European Journal of Health Economics*, vol. 12, no. 6, pp. 589-603.

Healy, J. & McKee, M. 2002, "Implementing hospital reform in central and eastern Europe", *Health Policy*, vol. 61, no. 1, pp. 1-19.

Hsiao, W. C. 1995, "Abnormal economics in the health sector", *Health Policy*, vol. 32, no. 1-3, pp. 125-139.

- Kondilis, E., Gavana, M., Giannakopoulos, S., Smyrnakis, E., Dombros, N., & Benos, A. 2011, "Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece", *BMC Health Services Research*, vol. 11, no. 1, p. 234.
- Koppel, A., Kahur, K., Habicht, T., Saar, P., Habicht, J., & van Ginneken, E. 2008, "Estonia: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 10, no. 1, pp. 1-230.
- Kozierkiewicz, A. & Karski, J. B. 2001, "Hospital sector reform in Poland", *Eurohealth*, vol. 7, no. 3, pp. 32-35.
- Kulzhanov, M. & Rechel, B. 2007, "Kazakhstan: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 9, no. 7, pp. 1-158.
- Kuszewski, K. & Gericke, C. 2005, *Health Systems in Transition: Poland* WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Lo Scalzo, A., Donatini, A., Orzella, L., Cicchetti, A., Profili, S., & Maresso, A. 2009, "Italy: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 11, no. 6, pp. 1-216.
- McDaid, D., Wiley, M., Maresso, A., & Mossialos, E. 2009, "Ireland: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 11, no. 4, pp. 1-268.
- Newhouse, J. P. 1970, "Toward a Theory of Nonprofit Institutions: An Economic Model of a Hospital", *The American Economic Review*, vol. 60, no. 1, pp. 64-74.
- Newhouse, J. P. 1996, "Health Reform in the United States", *The Economic Journal*, vol. 106, no. 439, pp. 1713-1724.
- NHS The Information Centre NHS England Hospital Estates and Facilities Statistics. 2011. Disponibil la [www.hefs.ic.nhs.uk](http://www.hefs.ic.nhs.uk), accesat la data de 20 Mar 2012.
- Organisation for Economic Co-operation and Development OECD.StatExtracts Health Care Resources: Hospitals. 2012. Disponibil la [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT), accesat la data de 30 Mar 2012.
- Orosz, E. & Hollo, I. 2001, "Hospitals in Hungary: the story of stalled reforms", *Eurohealth*, vol. 7, no. 3, pp. 22-25.
- Palme, J, Bergmark, A, Fritzell, J, Lundberg, O, Nasman, E, Sommestad, L, and Szebehely, M Welfare in Sweden: the balance sheet of the 1990s. 2002. Disponibil la <http://www.regeringen.se/content/1/c4/08/85/f3f328dc.pdf>, accesat la data de 30 Mar 2012.
- Propper, C., Burgess, S., & Green, K. 2004, "Does competition between hospitals improve the quality of care?: Hospital death rates and the NHS internal market", *Journal of Public Economics*, vol. 88, no. 7-8, pp. 1247-1272.

Propper, C. & Soderlund, N. 1998, "Competition in the NHS internal market: an overview of its effects on hospital prices and costs", *Health Economics*, vol. 7, no. 3, pp. 187-197.

Rechel, B. & McKee, M. 2009, "Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union", *The Lancet*, vol. 374, no. 9696, pp. 1186-1195.

Rosenau, P. V. & Linder, S. H. 2003, "Two Decades of Research Comparing For-Profit and Nonprofit Health Provider Performance in the United States\*", *Social Science Quarterly*, vol. 84, no. 2, pp. 219-241.

Strandberg-Larsen, M., Nielsen, M., Vallgarda, S., Krasnik, A., Vrangbaek, K., & Mossialos, E. 2007, "Denmark: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 9, no. 6, pp. 1-164.

Tiemann, O., Schreyagg, J., & Busse, R. 2012, "Hospital ownership and efficiency: A review of studies with particular focus on Germany", *Health Policy*, vol. 104, no. 2, pp. 163-171.

Tragakes, E., Brigis, G., Karaskevica, J., Rurane, A., Stuburs, A., Zusmane, E., Avdeeva, O., & Schafer, M. 2008, "Latvia: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 10, no. 2, pp. 1-253.

Vuorenkoski, L., Mladovsky, P., & Mossialos, E. 2008, "Finland: Health system review", *Health Systems in Transition*, vol. 10, no. 4, pp. 1-168.

Watson, P. 2010, "Poland's painful market reforms", *BMJ*, vol. 340.

Wickham, C, Borowitz, M, and O'Dougherty, S Kazakhstan Health Reform Overview. 1999. Disponibil la [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PNACG431.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACG431.pdf), accesat la data de 27 Mar 2012.