

## PERSPECTIVE ALE DEZVOLTĂRII SERVICIILOR MEDICALE ÎN EUROPA

MARIANA STANCIU

Dacă țările dezvoltate ale Europei sunt preocupate, în prezent, de reducerea cheltuielilor cu serviciile medicale publice, țările estice și central-europene urmăresc creșterea alocăției de fonduri către asistența medicală. Aceste tendințe, aparent divergente, s-au conturat după ce, timp de peste trei decenii, în Europa a dominat ideea că serviciile medicale constituie un sector privilegiat ce trebuie susținut prin eforturi financiare colective. Ca urmare, pe fondul creșterii economice generale, a avut loc un proces de extindere a tuturor rețelelor de servicii medicale din Europa, în țările dezvoltate, până la nivelul satisfacerii celor mai înalte așteptări ale cererii. În aceste țări, „sănătatea publică” a devenit o industrie complexă cu evoluție rapidă, favorizată de consensul larg, cel puțin până în anii '70, asupra ideii că rata creșterii activității în acest sector al economiei trebuie să fie mai mare decât în celelalte.

Prima alertă a apărut în anii '80, când specialiștii au relevat că extinderea cheltuielilor în domeniul sănătății publice nu a fost urmată conform previziunilor, de progresul proporțional al duratei și calității vieții. Mai mult, deși, pe ansamblu, speranța de viață a înregistrat o oarecare creștere, incidența multor afecțiuni acute și cronice s-a mărit, ca urmare a neglijării măsurilor de ordin preventiv. În același timp, un număr important de profesioniști au sugerat că, potrivit principiului „cererea este indusă de către ofertă”, o cotă substanțială a cererii de servicii medicale s-ar putea dovedi artificială, majorând inutil cheltuielile sociale.

Dezbateri alternative s-au născut și în mediile științifice preocupate de înfăptuirea justiției sociale și de menținerea creșterii calității vieții. Acestea au relevat că o eventuală diminuare a resurselor economice alocate sectorului medical ar genera grave dileme de natură etică în plan social.

Cu toate acestea, verificarea și influențarea directă a nivelului și conținutului costurilor aferente serviciilor medicale a devenit o practică tot mai răspândită, avansând dinspre SUA spre Europa.

În anul 1982, cu ocazia întâlnirii, la Versailles, a reprezentanților țărilor industrializate, s-a ajuns la concluzia că prioritatea numărul unu pentru aproape toate țările Europei constă în reducerea cheltuielilor publice (primul factor susceptibil de a induce creșterea cheltuielilor publice fiind inflația). Acest deziderat s-a dovedit însă mult mai dificil de atins decât părea la momentul respectiv. Cauzele vizau schimbările complexe ce aveau să se producă în peisajul economic, social și politic european, doar câțiva ani mai târziu.

Unele studii de specialitate au relevat că implantările masive de tehnologii avansate, în sectorul medical, au transformat domeniul dintr-unul relativ informal (până la sfârșitul celui de-al doilea război mondial) într-unul înalt formalizat. Costurile din ce în ce mai mari ale noilor tehnologii și cerințele de perfecționare profesională a utilizatorilor au impus creșterea prețurilor serviciilor medicale, cu mult peste solvabilitatea potențialilor beneficiari.

Odată cu finanțarea publică a serviciilor medicale, relațiile dintre medici și pacienți s-au schimbat și ele, evoluând dinspre modelul unei tranzacții de tip consumator-producător, spre o relație mult mai subtilă. În cadrul acesteia costurile au căpătat un rol din ce în ce mai periferic, până la punctul ieșirii din atenția celor ce ar trebuie să fie, în primul rând, conștienți de ele. Conștiința dimensiunilor reale ale costurilor, a migrat astfel, aproape în întregime, la nivelul decizional cel mai înalt. Paradoxal, toate acestea se petreceau într-o perioadă când consumul de resurse înregistra o rapidă ascensiune în majoritatea sistemelor de asistență medicală de pe continent.

Singura soluție, pentru a putea face față acestei situații, părea a fi adoptarea unor metode noi de planificare și finanțare a activității. Principiile ce aveau să stea la baza intervenției erau eficientizarea activității și realizarea unei cât mai avansate echități sociale.

### Eficiența economică

A desfășura activități eficiente economic în serviciile medicale nu este sinonim cu controlarea costurilor resurselor consumate (cum s-a procedat în unele din țările est-europene, printre care și România). Minimalizarea costurilor în vid, fără raportarea la atingerea anumitor obiective nu poate fi decât o practică extrem de păgubitoare, mai ales în acest domeniu, al cărui scop expres este de a promova și susține aspecte particulare ale calității vieții.

Raportarea constructivă la anumite obiective presupune însă ca acestea să fie clare pentru cei chemați să le îndeplinească și să fie integrate într-o strategie coerentă, responsabilă față de nevoile sistemului.

Conținutul obiectivelor de politică socială, în domeniul sănătății, și eficiența îndeplinirii lor au fost foarte diferite de la un grup de țări la altul, prezentând o oarecare omogenitate în interiorul grupurilor. De exemplu, țările OECD<sup>1</sup> au avut o serie de scopuri similare, chiar dacă nu toate au acordat aceeași importanță fiecărui scop. Obiectivele lor economice au fost: realizarea unui acces echitabil și adecvat, cel puțin la un pachet minim de servicii finanțate public; protejarea veniturilor, prin fixarea unor plăți corelate cu posibilitatea individuală de a plăti; eficiența macroeconomică și microeconomică a cheltuielilor pentru sănătatea publică; libertatea alegerii pentru consumatorii serviciilor de sănătate, prin realizarea de asigurări publice și private; autonomia și libera inițiativă a

---

<sup>1</sup> Jeremy W. Hurst, *Reforming Health Care in Seven European Nations*, în *Health Affairs*, Fall, Ed. J. K. Iglehart, 1991.

producătorilor de servicii, mai ales în domeniul inovării medicale și organizaționale.

Un concept teoretic frecvent utilizat în țările vest-europene pentru delimitarea obiectivelor politicii în domeniul sănătății publice este „funcția de producție a sănătății”. Aceasta specifică relația tehnică ce există între „ieșirile” din sistemul de producție, adică „starea de sănătate a populației” și „intrările” în sistem, adică „toți factorii care afectează starea sănătății populației”, „îngrijirea medicală” fiind doar unul dintre ei. Analistii politici în domeniul sănătății publice iau în calcul ambele variante ale formulei funcției de producție a sănătății - cea orientată spre nivelul macro, cuprinzând variabile de natură ecologică, economică, socială, culturală, politică etc., și cea orientată spre nivelul micro, referindu-se la variabilele familial - individuale cu impact asupra stării de sănătate.

O asemenea abordare conceptuală facilitează identificarea principalilor determinanți ai stării de sănătate și, îndeosebi, a celor care o pot influența mai eficient decât asistența medicală curativă. De exemplu, mult mai eficiente ar fi dirijarea unei părți a resurselor economice spre aplicarea unor măsuri de prevenire a afecțiunilor cardio-vasculare decât spre medicina curativă a acestora. Menținerea stării de sănătate prin acțiuni de medicină preventivă s-ar putea dovedi de multe ori mai eficientă, dar impune intervenții specializate în numeroase alte domenii ale vieții comunitare. Unele previziuni afirmă însă, că o asemenea perspectivă ar duce, în final, la efectuarea unor cheltuieli socio-economice mult mai mari, prin costul ridicat al acelor intervenții menite să determine creșterea generală a calității vieții și, deci, diminuarea naturală a cererii de servicii medicale. Interesul teoreticienilor pentru acest tip de abordare a problemelor a fost până în prezent, relativ limitat pe plan european. Ca o confirmare a faptului că, deocamdată, nu s-a făcut și nu se poate face mai mult în domeniile colaterale celui medical, accesul egal la serviciile medicale este recunoscut ca drept fundamental al omului în toate țările europene. Totuși, devin tot mai largi cercurile de politicieni care pun în discuție opțiunea între „a acorda acces egal la serviciile medicale” și „a investi mai mult în acele domenii ce pot duce la egalizarea șanselor de păstrare a sănătății, pentru toți indivizii”. A doua variantă ar îndreptăți creșterea treptată a responsabilității individuale pentru starea sănătății, prin introducerea unor penalități la nivelul accesului. Realizarea ei practică vizează însă, o temeinică fundamentare teoretică și aplicarea unor strategii simultane pe termen lung, în acele domenii care impun cele mai severe restricții asupra calității vieții comunitare și individuale.

### Echitatea socială

Diferențe de ordin cultural, etic sau religios au acreditat accepțiuni diferite ale acestui concept la nivelul continentului. În esență, de interes general sunt *echitatea orizontală* și *echitatea verticală* care statuează drepturile și obligațiile unor subiecți egali, și respectiv, inegali pe diferite criterii (statut al sănătății, nivel al veniturilor, apartenențe la anumite categorii demo-economice etc).

În cazul intervențiilor medicale foarte costisitoare, problema echității sociale este privită și din perspectiva relației între beneficiul social și nivelul sacrificiului

economic impus societății. Din acest unghi, aparenta contradicție dintre „acțiunea eficientă economic” și „realizarea unei avansate echități sociale”, își pierde consistența, acreditând ideea că, adesea, ceea ce nu este eficient economic este susceptibil de a fi și inechitabil social.

Cert este că, în pofida expansiunii fără precedent a serviciilor medicale, din ultimii 20 de ani și a accesului la acestea, în fiecare țară a Europei există inegalități privind starea de sănătate a diferitelor grupuri socio-economice. Și nici nu ar putea să fie altfel, având în vedere numeroșii factori de influență asupra stării de sănătate de nivel macro și microsocial.

Fără a diminua importanța politicilor redistributive prezente pe scară diferită în toate țările, s-a dovedit că efectele lor asupra îmbunătățirii sau păstrării stării de sănătate a populației sunt prea puțin relevante când nu sunt conjugate și cu alte tipuri de intervenții (educație sanitară în toate mediile sociale, promovarea unui comportament social responsabil atât din partea populației cât și a medicilor, facilitarea prin măsuri economice a unei nutriții echilibrate etc.).

O sursă importantă de inechitate socială, în multe țări ale Europei, printre care și România, se creează încă din faza opțiunilor de politică a sănătății publice, când voit sau nu, sunt defavorizate anumite grupuri de interese (de exemplu, cele care nu intră sub incidența preocupărilor medicinei curative a afecțiunilor acute - persoanele handicapate, cele cu afecțiuni cronice etc.).

### Direcții actuale ale schimbării la nivelul macrosistemelor

Una din tendințe este schimbarea atitudinii față de implicarea statului în organizarea, gestionarea și finanțarea serviciilor medicale. Atât personalul medical cât și pacienții sunt sceptici în privința eficienței activității în unitățile prestatoare ale sectorului public, comparativ cu cel particular. Cu toate acestea, chiar și țările cu tradiție în organizarea unor servicii medicale prin intermediul pieței, se declară împotriva renunțării la implicarea statului în problemele majore ale asistenței medicale publice. Anglia, Franța, Germania, Spania, Italia susțin că este de neconceput ca serviciile medicale să fie lăsate în totalitate pe seama inițiativei particulare în cadrul pieței libere. Acest lucru nu exclude însă o permanentă evaluare și analiză a proporțiilor și naturii intervenției guvernamentale în organizarea acestor servicii, a atribuțiilor ce trebuie să revină guvernului, comunităților sociale, asociațiilor voluntare și nu în ultimă instanță pieței libere.

În acest context general, Anglia, de exemplu, în anul 1991, a introdus o nouă reformă a sistemului de finanțare a serviciilor publice de sănătate. În esență, reforma urmărește revigorarea conștiinței asupra costurilor, la nivelul profesioniștilor și al beneficiarilor de servicii medicale. Dreptul la finanțare este acordat de către Fondul Central al Asigurărilor Sociale, pe criterii de performanță profesională și managerială. Unitățile prestatoare (inclusiv spitale publice) primesc o cotă parte din fondul central de asigurări pentru sănătate, numai după aprobarea competitivității prin rezultatele obținute. Cea mai mare parte a fondurilor însă ajung la unitățile prestatoare ca urmare a încheierii de contracte, între acestea și

asociațiile voluntare ale medicilor generaliști, potrivit principiului „banii urmează pacientul”.

Astfel, a fost deschisă calea unei mai judicioase utilizări a resurselor economice, prin creșterea autonomiei manageriale și a responsabilității economice la nivelul fiecărei unități prestatoare, fără ca atribuțiile statului în domeniul reglementării și controlului activității generale să fie diminuate.

Această tendință generală de eficientizare a activității economice a generat o puternică preocupare pentru elaborarea de metode și tehnici evaluative noi, care completează studiile clinice și epidemiologice destinate fundamentării deciziilor de alocare a resurselor, stabilirii priorităților și corectivelor la nivelul macrosistemului.

O altă direcție de schimbare se manifestă în planul cererii de servicii medicale. Îmbătrânirea populației<sup>2</sup>, mai ales în țările vest-europene, ridică mari dileme de politică socială. Aceasta cu atât mai mult, cu cât noile structuri ale familiilor devin tot mai puțin permissive față de nevoile în creștere de asistare și îngrijire a dependenților.

Una din necesitățile majore, dictate de creșterea proporției populației vârstnice, a fost realizarea acoperirii universale a nevoilor minime de asistență medicală. Acest proces a fost posibil prin instituirea, în ultimii 30 de ani, la nivelul fiecărei națiuni europene, a unor scheme de finanțare a serviciilor medicale prin taxe sau impozite pe venituri ori prin alte scheme de asigurări, renunțându-se la sistemul capitalizării fondurilor și adoptându-se principiul „pay-as-you-go” pentru constituirea resurselor necesare susținerii cheltuielilor sociale.

Vârsta de pensionare este un element important prin implicațiile ei economice. Pentru serviciile medicale însă, implicațiile acestui element nu sunt încă foarte clare.

Rata spitalizării se propune a fi de 4-5 ori mai mare pentru persoanele peste 65 de ani decât pentru restul populației. În asistența ambulatorie această rată este de 2 la 1, și de 3-4 la 1 în cazul utilizării altor servicii medicale<sup>3</sup>. Aceste diferențe provin din numărul mai mare de solicitări ale serviciilor medicale în anul care precede decesul decât în ceilalți ani. De aceea, cheltuielile pentru îmbunătățirea stării de sănătate în ultimul an al vieții sunt mult mai ridicate decât cheltuielile din anii anteriori.

Totuși unele studii comparative (efectuate în anii '80) au arătat că efectele strict economice ale îmbătrânirii populației la nivel continental sunt, în prezent, mai ambigue decât în anii trecuți. În unele țări ale OECD îmbătrânirea populației ar putea explica 6-8% din creșterea cheltuielilor pentru sănătate, pe o perioadă de 10 ani, iar impactul acestora ar putea fi mai mare pentru spitale decât pentru

---

<sup>2</sup> Conform estimărilor U. N. Division of Population proporția persoanelor vârstnice în totalul populației europene va crește de la 17,4% în anul 1975 la 19,9% în anul 2000 și la 24,7% în anul 2025. În prezent există diferențe semnificative între subregiunile continentului: N. Europei - 19,3%, V. Europei - 18,8%, E. Europei - 16,3%, S. Europei - 15,4%.

<sup>3</sup> *Changements Démographiques et Evolution des Dépenses Publiques de Santé dans les Années '80*, SME/SAIR/HI 81.03.

asistența ambulatorie. Cauza principală constă în faptul că, în prezent, asistența medicală acordată persoanelor vârstnice este dominată de modelul cultural al „spitalizării”. Prevenirea îmbolnăvirilor ca și cercetarea metodelor alternative de îngrijire medicală a vârstnicilor sunt aproape complet neglijate. Medicii, în general, sunt prea puțin atrași de studierea patologiei vârstei înaintate, geriatria supraviețuind cu dificultate ca disciplină independentă, în cele mai multe țări. Pârghiile economice din domeniul sistemelor de sănătate publică tind să lucreze împotriva utilizării eficiente a resurselor, perpetuând o suprautilizare a spitalelor în situații care nu impun această soluție.

Oferind spitalizare gratuită persoanelor vârstnice, indirect, sunt penalizate economic familiile care își îngrijesc bătrânii bolnavi acasă. Cu toate acestea, noile programe de asistare socială și medicală a persoanelor vârstnice optează, în continuare, mai curând pentru construirea de case rezidențiale și spitale decât pentru înființarea unor pârghii de sprijin economic și medical la domiciliu și pentru implicarea mai decisivă a comunităților sociale în rezolvarea problemelor de acest ordin.

Totuși, în rândul teoreticienilor, există preocupări pentru găsirea unor modele noi de asistare socială și medicală, care să răspundă mai adecvat naturii și gradelor diferite ale dependenței sociale. Căutările lor au tendința de a completa modelul clasic al spitalizării cu unele tehnici complementare, (și să ducă la reducerea costurilor sociale) ca: spitalizarea doar pe timpul zilei (noptii) pentru afecțiunile care permit acest procedeu, acordarea asistenței recuperatorii la domiciliu, diminuarea perioadelor de spitalizare prin extinderea intervenției ambulatorii etc.

### **Reforme recente ale sistemelor de asistență medicală din Europa**

Există mai multe grupuri de țări care în ultimii ani și-au reformat total sau parțial rețelele de servicii medicale, precum există și țări care încă nu au manifestat vreo intenție în acest sens.

Astfel, țările aparținând OECD au introdus, pe scară diferită, măsuri de reformare, urmărind, în principal, instaurarea și creșterea competiției manageriale la nivelul unităților prestatoare, diminuarea costurilor și schimbarea conținutului acestor costuri prin plafonarea fondurilor alocate spitalelor și extinderea rețelelor de asistență ambulatorie. Astfel de reforme au fost introduse în Irlanda, Spania și Anglia. Germania, începând din anul 1977, a procedat în mod prospectiv la alocarea unor bugete globale asociațiilor de medici, care devin astfel, gestionarii direcți ai fondurilor. Începând din anii '80, Olanda, Belgia, Franța și Germania au alocat bugete globale pentru finanțarea spitalelor, acordându-le autonomie absolută pentru gestionarea acestor fonduri. În Italia, eficiența managerială și dezvoltarea legăturilor funcționale între sectorul public și cel privat au fost principalele obiective ale procesului de reformare a serviciilor naționale de sănătate din anul 1992. Belgia, Franța și Spania au avut mai puțin succes în domeniul orientării conținutului costurilor decât celelalte țări. Totuși există convingerea

generală, susținută și de un studiu econometric recent al OECD<sup>4</sup> că practica alocării unor bugete globale unităților prestatoare poate fi asociată cu reducerea a 13% din cheltuielile naționale pentru asistența medicală.

Există unele mișcări importante și în direcția instalării competiției între instituțiile de asigurări sociale pentru sănătate, publice și private (în Anglia și Olanda). Cu toate acestea, fiecare țară OECD și-a declarat preferința pentru organizarea la nivel național a unui fond de asigurări sociale pentru sănătate universal sau cvasi-universal (categoriile socio-economice exceptate fiind puțin consistente și cuprinzând, în general, persoane cu venituri foarte mari).

Un alt grup reprezentativ este constituit de țările foste socialiste, care deja au introdus reforme majore în sistemele lor de asistență medicală. În esență, aceste reforme s-au concretizat în înființarea unor fonduri naționale de asigurări sociale pentru sănătate, universale (în scopul separării resurselor asistenței medicale de celelalte elemente ale bugetelor destinate cheltuielilor sociale), în acordarea unei mai mari autonomii manageriale unităților prestatoare, în reorientarea activității dinspre asistența medicală, preponderent prin spitalizare, spre cea ambulatorie etc. Astfel de transformări au avut loc în Cehia, Slovacia, Polonia, Ungaria, Rusia, Estonia, Slovenia.

Demersurile necesare pentru reformarea sistemului de servicii medicale au fost efectuate și de către România. În acest context au fost puse bazele teoretico-metodologice ale procesului de reformă, derularea lui practică fiind întârziată doar datorită unor dificultăți de ordin legislativ și administrativ.

Grupul celorlalte țări europene, care nu au înscris încă, la capitolul „priorități”, reformarea asistenței medicale, este extrem de numeros, incluzând celelalte state ale C.S.I., Bulgaria, Albania. Preocupări pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale există și în aceste țări, dar perspectivele de introducere a unor schimbări majore nu sunt încă promițătoare.

---

<sup>4</sup> *Ibidem.*