

INOVAȚIA SOCIALĂ ÎN SERVICIILE DE SĂNĂTATE

CRISTINA TOMESCU

Articolul de față analizează modul de implicare al inovației sociale în serviciile de sănătate. Inovația a fost folosită în deceniile postbelice în creșterea calității serviciilor medicale prin inovarea managementului serviciilor și filosofiei de politică publică sanitară. Însăși apariția statului bunăstării a reprezentat o inovație socială cu implicații profunde în oferirea de servicii sociale cetățenilor europeni, incluzând și serviciile de sănătate publică. Pe de altă parte, conceptul de „sănătate publică” a evoluat în timp la o abordare mai largă, care include elemente psiho-sociale și de standard de viață, luarea în considerare a stilului de viață, având la bază o nouă viziune asupra stării de sănătate a populației. Aceste noi filosofii de a privi problemele au generat moduri noi de inovare. Inovarea a fost implicată inclusiv în definirea tipurilor de sisteme de sănătate, care și-au dovedit în timp viabilitatea. Inovarea sistemului românesc s-a remarcat prin combinarea între vechiul sistem dinainte de 1989 și elemente noi care au inițiat sisteme hibride, inovative, caracteristice țărilor din fostul bloc sovietic.

***Cuvinte-cheie:** inovație socială, servicii de sănătate, sisteme europene de sănătate publică, conceptul de sănătate publică, sistemul public de sănătate românesc.*

INTRODUCERE

Inovația a fost implicată masiv, în deceniile postbelice, în statele dezvoltate, atât în ce privește cercetarea medicală și descoperirea de noi tehnologii și medicamente în domeniul sanitar, cât și în creșterea calității serviciilor medicale, prin inovarea managementului serviciilor și filosofiei de politică publică sanitară.

Omenirea a făcut remarcabile progrese în secolul al XX-lea, foarte evidente pentru țările dezvoltate, în privința dezvoltării economice și a dezvoltării tehnologiei (inclusiv medicale), a descoperirii fără precedent de noi medicamente, a eradicării unor boli, înainte, mortale, a informării populației cu privire la prevenție/tratament, fapt ce a dus, pe parcursul deceniilor postbelice, la o creștere spectaculoasă a speranței de viață și a calității vieții în țările dezvoltate, cât și la creșterea accesului la servicii medicale, a echității sociale.

Apariția statului bunăstării în perioada postbelică a reprezentat o inovație socială cu implicații profunde în oferirea de servicii sociale cetățenilor europeni,

Adresa de contact a autorului: Cristina Tomescu, Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Calea 13 Septembrie, nr. 13, sector 5, 050711, București, România, e-mail: crisdobos@yahoo.com.

incluzând și serviciile de sănătate publică. Implicarea statului, masiv, ca principal furnizor de servicii de sănătate în țările europene a însemnat adoptarea unei noi filosofii asupra bunăstării sociale și a stării de sănătate a cetățeanului. Accesul la serviciile de educație și de sănătate a început să fie considerat un drept fundamental al individului. Accesul la serviciile de sănătate este statuat, în prezent, la nivel legislativ și garantat în Carta drepturilor fundamentale ale Uniunii Europene, articolul 33: „oricine are dreptul la accesul la serviciile medicale preventive și dreptul de a beneficia de tratament medical”.

În materialul de față îmi propun o încercare de analiză a modului în care inovarea socială a fost implicată în serviciile de sănătate și definirea sănătății în general, fără a epuiza subiectul, însă. Preocupările mele referitoare la implicațiile inovației în sfera serviciilor de sănătate sunt incipiente, astfel că dezbaterile problematice cu colegii sociologi, și nu numai, implicați în definirea și descrierea conceptului de inovație socială am speranța că îmi va cristaliza ideile.

INOVARA MODULUI DE A PRIVI STAREA DE SĂNĂTATE

Conceptul de „sănătate publică” a evoluat, în timp, de la o preocupare, inițială, de control strict al bolilor la o abordare mai largă, care include și prevenția și luarea în considerare a stilului de viață, având la bază o nouă viziune asupra stării de sănătate a populației.

Organizația Mondială a Sănătății a definit sănătatea, în urmă cu 50 de ani, ca pe o situație de bunăstare completă: fizică, psihică și socială și nu doar ca absența bolii sau a handicapului. Această definiție a fost un prim pas în schimbarea viziunii asupra sănătății populației. Prin urmare, sănătatea unui om nu ar trebui să se rezume doar la o lipsă a bolii, ci la o stare de prosperitate atât fizică, cât și mentală și socială. Dezavantajul unei asemenea definiții este, în primul rând, că se șterge limita clară dintre politicile adresate sănătății și politicile sociale ale statului bunăstării. Pe de altă parte, definiția pune și probleme din punctul de vedere al aplicării practice. Aspectele negative ale sănătății, chiar și în țările bogate, rămân obiectul principal al intervenției serviciilor de sănătate (Vlădescu, 2004b).

Definirea complexă a conceptului de sănătate a fost însușită, totuși, de toate sistemele medicale europene, ca filosofie, și a fost urmată de pasul doi, recunoașterea multiplilor factori care sunt implicați în asigurarea stării de sănătate a populației, și nu doar a serviciilor medicale. Din acest ultim punct de vedere, o examinare critică a influenței serviciilor medicale asupra sănătății a apărut, în cursul anilor '70 ca reacție la incapacitatea medicinei științifice de a elimina epidemia bolilor netransmisibile, cronice, de genul bolilor cardio-vasculare și cancerului.

Astfel, în 1974, Lalonde a arătat că o serie întregă de factori influențează starea de sănătate a populației, iar nu numai serviciile de sănătate sunt responsabile de aceasta. Astfel, dezvoltarea economică a societății, (standardul de viață al

individului) are cea mai mare influență, de peste 50%, asupra sănătății acestuia; urmează materialul genetic moștenit, stilul de viață adoptat și factorii de mediu (obiceiuri de alimentație, exercițiu fizic, stres, condiții de muncă, comportament de prevenire și tratare a problemelor de sănătate, consumul de tutun, alcool, droguri etc.), nivelul de educație al individului și, în cele din urmă, serviciile medicale intervin doar cu o pondere de 15–20%. Această viziune asupra sănătății a fost adoptată de țările europene și a stat la baza politicilor ulterioare, astfel încât poate fi considerată o inovare socială. O analiză pertinentă, făcută de factorii de decizie, a dimensiunilor sociale care corelează în modelul Lalonde ce este necesară acestora pentru a face previziuni pe termen lung de politică socială și pentru a ști în ce punct trebuie acționat pentru a se obține rezultatele dorite în domeniul sanitar.

Pe de altă parte, s-a conștientizat, treptat, impactul sănătății unei comunități asupra sănătății globale, odată cu accelerarea transportului în spațiu. În epoca modernă, sănătatea unei comunități, a devenit mult mai vulnerabilă și dependentă de sănătatea altor comunități datorită deschiderii granițelor și posibilităților de transport rapide către oricare colț al lumii. Transportul oamenilor și mărfurilor, cât și migrarea intensificată reprezintă un risc care poate fi doar parțial controlat de către autoritățile sanitare, în ciuda eficienței politicilor naționale adoptate în domeniu. Prin urmare, problemele de dezvoltare și sănătate ale unor societăți mai puțin dezvoltate pot afecta, indirect, și societățile dezvoltate. Poluarea în creștere a mediului este, de exemplu, un astfel de tip de problemă cu impact global asupra sănătății și dificil de rezolvat pe termen scurt.

Aceste fapte au fost, treptat, definite ca tipuri de probleme și s-a trecut la încercarea de rezolvare a lor, prin inovație. Au fost adoptate strategii comune de cooperare regională, între țări, cu sprijinul unor organizații globale, precum Organizația Mondială a Sănătății, sau regionale, precum foruri ale Uniunii Europene, cu obiectivul de a găsi soluții pentru ameliorarea problemelor globale sau comunitare de sănătate și standard de viață. Apariția în perioada postbelică a acestor instituții precum Organizația Mondială a Sănătății, instituții care luptă pentru sănătatea comunităților globale, a fost o inovație socială cu impact larg.

Națiunile Unite au stabilit, spre exemplu, pentru perioada 1990–2015 un plan de acțiune pe plan mondial, pentru a îmbunătăți indicatorii globali implicați în dezvoltarea socială. Printre obiective enumerăm:

Obiectivul nr. 4: se referă la reducerea mortalității infantile la nivel global (ținta este reducerea cu două treimi între 1990 și 2015 a numărului de decese sub 5 ani).

Obiectivul nr. 5: îmbunătățirea sănătății mamelor (reducerea cu trei pătrimi între 1990 și 2015 a ratei mortalității materne).

Obiectivul nr. 6: combaterea HIV, a malariei și a altor boli, precum tuberculoza, spre exemplu.

Principalele cauze ale problemelor legate de starea de sănătate rezidă și în problemele sistemelor sanitare. Se menționează:

– resursele limitate investite de unele guverne în asistența medicală și insuficiența resurselor pentru asistența primară;

– inechitatea în oferta de servicii medicale (insuficiența resurselor dedicate mamelor și copiilor în mediul rural);

– ineficiența de organizare și financiară în domeniul sanitar (programele specifice pentru diverse boli nu sunt integrate în sistemul general, într-un mod eficient).

Principalele puncte nevralgice în care trebuie acționat sunt alese în funcție de obiectivele propuse. În cazul mortalității infantile: malnutriția (starea de sănătate și nutriție a mamei înainte, și în timpul sarcinii), boli parazitare sau infecțioase ale nou născutului, imunizarea, nevoia de vitamina A, fier, zinc, iod a copilului mic).

În cazul mortalității materne se poate acționa prin creșterea numărului de servicii de obstetrică de urgență, în regiunile unde nu există, răspândirea mai bună a informațiilor de planning familial și sănătatea reproducerii, creșterea numărului de nașteri asistate de o persoană cu pregătire medicală (medic, moașă).

În ceea ce privește stoparea răspândirii unor boli, precum TBC-ul care reprezintă o problemă pentru România, se recomandă strategia DOTS, ceea ce înseamnă, în traducere, urmarea tratamentului medicamentos sub strictă supraveghere (a medicului sau a unei persoane abilitate).

INOVARIA MODULUI DE A ÎNGRIJI STAREA DE SĂNĂTATE

Problema direcției de dezvoltare a serviciilor de sănătate într-un mod profitabil, eficient pentru o națiune și în sensul unei dezvoltări sociale durabile, este o temă dezbătută la nivelul tuturor sistemelor europene de sănătate. Fiecare sistem sanitar adoptat în Europa se dovedește a avea avantajele și punctele sale slabe, o acoperire 100% a populației cu servicii sanitare la un înalt nivel calitativ nefiind încă posibilă.

Resursele necesare sănătății au început să ceară, pe parcursul timpului, un efort considerabil chiar și în țările dezvoltate, îngrijirea de calitate a sănătății fiind un consumator important de resurse al comunității. Speranța de viață a crescut în Uniunea Europeană, deci și ponderea populației îmbătrânite (principalul consumator de servicii în totalul populației), de asemenea, medicamentele și tehnicile, intervențiile de ultimă generație sunt costisitoare. Toate aceste presiuni fiscale fac ca și țările dezvoltate să își pună probleme asupra unor noi surse financiare, asupra unui management cât mai eficient al resurselor existente sau a unor modalități alternative de organizare a serviciilor (un mix între privat și public). Fiecare dintre modelele europene a inovat într-o anumită direcție, pentru a menține sistemul funcțional.

Conștientizarea impactului social al intercorelării politicilor publice a adus o nouă viziune asupra investirii resurselor și a inovat politica în domeniul sanitar. Dezvoltarea economică rezolvă multe dintre problemele societăților sărace: aduce o îmbunătățire a sănătății populației și a calității serviciilor de sănătate oferite.

Pe de altă parte, experiențe de succes ale unor țări au demonstrat că și unele tipuri de politică socială, precum o strategie de investiție în educație, în general, și

în educație pentru prevenție și comportament sănătos, în particular, duc pe termen lung la un impact pozitiv asupra sănătății populației. Țări care au făcut investiții crescute în educație, așa numiții tigrii asiatici (Malaezia, Singapore etc.) au demonstrat, deja, prin indicatorii obținuți în decurs de 20 de ani de progrese în starea de sănătate a populației, influența educației asupra mortalității infantile și materne, asupra îmbunătățirii cunoștințelor legate de igienă și prevenție.

Se poate spune că, în cazul societăților mai sărace, există un cerc vicios între starea de sănătate și resursele disponibile pentru investirea în sănătate, cerc care poate fi rupt printr-un efort bugetar accentuat de a investi în sănătate pe termen lung. O societate săracă este mai bolnavă decât una bogată și ar avea nevoie de o investiție în servicii medicale mai accentuată. Pe de altă parte, o societate săracă nu are resurse suficiente de a investi în sănătatea populației ei, iar împărțirea puținelor resurse o face să le centreze pe ceea ce decidenții consideră urgent. În același timp, o societate bolnavă este mai puțin productivă, ceea ce este o stavilă în dezvoltarea economică și impune costuri ridicate pentru tratare, costuri suportate tot de beneficiari, finalmente. O societate bolnavă poate costa bugetul mai mult, prin consecințele pe termen lung, decât rezolvarea unor probleme de sănătate în punctele-țintă, în prezent. Țări cu o dezvoltare economică asemănătoare alocă, totuși, sănătății sau educației un procent diferit din buget sau PIB. O astfel de investiție în sănătatea populației este amânată de unele state sărace, pentru că ea aduce roade pe termen lung și nu rezultate pe termen scurt, cu impact electoral.

Inovația socială în cadrul sistemelor de sănătate s-a concretizat, printre altele, în inovarea managementului serviciilor, în curgerea fluxului de resurse în sistem, în modul de plată al serviciilor, în relaționarea beneficiar – furnizor de servicii – manager al resurselor în sistem. Dezvoltarea sistemelor sanitare a evidențiat două tipuri mari de sisteme de sănătate europene, care au fost puse în practică, în ultimele decenii în Uniunea Europeană și s-au dovedit viabile: sistemul național de sănătate, cunoscut și sub denumirea de *Beveridge model* și sistemul de asigurări de sănătate (*Bismark model*).

Sistemul național de sănătate, cunoscut și sub denumirea de *Beveridge model*, este folosit în Marea Britanie, Italia, Grecia, Finlanda, Spania, Norvegia, Suedia. Principalele caracteristici legate de aspectul financiar al acestui model sunt:

- populația are acces liber la serviciile de sănătate bazate pe taxele obligatorii din venituri, deci există un grad ridicat de echitate socială;
- resursele financiare provin din colectarea de taxe pe venituri, iar sistemul este gestionat de către stat;
- cei care oferă servicii medicale în ambulatoriu sunt angajați ai statului;
- plățile către prestatori sunt făcute prin salarii și în funcție de numărul pacienților;
- prestatorii de servicii medicale secundare au la dispoziție un buget general.

Sistemul de asigurări de sănătate (*Bismark model*) este un sistem inspirat de legislația germană. Este folosit în multe țări membre ale UE, cum ar fi Franța, Germania, Austria, Belgia, Olanda și România. Caracteristicile acestui model sunt:

- resursele financiare sunt, în principal, reprezentate de contribuțiile obligatorii plătite de angajați și angajatori;
- de asemenea, există resurse care provin din subvenții de la bugetul de stat (local sau național) sau alte tipuri de subvenții;
- instituțiile care administrează fondurile de asigurări sunt nonprofit;
- gestionarea și folosirea fondurilor de asigurări sunt făcute la nivel național și prin direcții locale.

În România, funcționează sistemul *Bismarck* și fluxul plăților are următoarele componente:

1. contribuții ale angajaților și angajatorilor la fondul de asigurări de sănătate;
2. plăți către cei care oferă servicii medicale, făcute de Casele Județene de Asigurări de Sănătate;
3. contribuțiile Caselor Județene de Asigurări Sănătate la fondul de redistribuire;
4. transferuri de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate către Casele Județene;
5. transferuri de la bugetul de stat către prestatorii de servicii medicale, pentru susținerea programelor naționale de sănătate;
6. plăți directe pentru servicii și medicamente.

Țările europene acordă, pentru serviciile lor sanitare, prioritate unuia sau altuia dintre obiectivele următoare, în funcție de strategia abordată, sacrificând alte calități ale sistemului. Fie acordă un acces universal și echitabil la un pachet de servicii mai mare, fie libertatea opțiunilor pentru consumatori și furnizori este mai ridicată, fie utilizarea eficientă a resurselor disponibile este primordială. Rămâne la latitudinea fiecărei țări să stabilească ponderea și prioritatea unuia sau altuia dintre aceste obiective, în funcție de factorii economici, ideologici, sociali existenți la nivelul acesteia. O libertate ridicată de alegere din partea beneficiarilor dar și a furnizorilor determină costuri crescute și o îngrădire a accesibilității, fiindcă pacienții trebuie să suporte costuri ridicate. SUA au un astfel de sistem care accentuează libertatea opțiunilor. Acest tip de sistem sanitar face ca, în ciuda investiții înalte de către stat în sănătate (cheltuieli de 14% din PIB pentru sănătate), să existe 35 de milioane de cetățeni care nu au asigurare și nu beneficiază de servicii. Un alt tip de model este cel britanic, în care există acces crescut la asistența sanitară, echitate, dar însoțită de o limitare a opțiunilor, a libertății de alegere. Sistemul britanic este dintre sistemele cel mai puțin costisitoare din UE, dar opțiunile sunt limitate și există lungi liste de așteptare. Peste un milion de pacienți sunt pe listele de așteptare pentru diferite intervenții (Vlădescu [coord.], 2004a).

Un răspuns comun de inovare pentru a reduce presiunea financiară este raționalizarea sistemelor de sănătate. În cazul Marii Britanii, de exemplu, medicii generaliști acționează ca portari față de asistența secundară, trimițând doar anumiți pacienți către asistența secundară, iar în cazul asistenței de specialitate, raționalizarea se face prin intermediul listelor de așteptare. În urma reformelor din sistemele de sănătate, aceste practici au devenit din implicite, explicite, adică se stabilește prin contractul între furnizori și cei ce le plătesc numărul pacienților care

vor fi tratați și calitatea, volumul serviciilor, astfel că raționalizarea devine legală. În cazul României, politica de raționalizare este implicită, neexistând o politică oficială care să reglementeze că anumite servicii nu sunt gratuite (Vlădescu [coord.], 2004b).

Raționalizarea apare, în cazul sistemului românesc, prin terminarea plafoanelor financiare, spre exemplu. Pacienții, deși au dreptul prin lege la serviciul sau medicamentul respectiv, de fapt trebuie să îl plătească din buzunar, pentru că plafonul financiar alocat s-a epuizat. Un alt tip de raționalizare implicită este accesul restrâns al pacienților din rural la un medic sau la medicamente.

INOVAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA

România a ales, în reformarea sistemului medical public, trecerea de la modelul *Beveridge* la cel bazat pe asigurările de sănătate. Modificările ultimilor ani din sistemul medical nu au rezolvat problemele serviciilor oferite, sistemul din momentul de față fiind unul hibrid, inovativ din acest punct de vedere, punând însă sub semnul întrebării unele decizii de politică sanitară cu privire la eficiența lor pe termen lung.

Urmărind funcționarea acestui sistem hibrid, unii specialiști în domeniu consideră că nu era necesară o trecere a României la sistemul de asigurări de sănătate. Una dintre rațiunile schimbării invocate de către decidenți a fost faptul că structura dinainte de 1989 era asociată cu regimul centralizat comunist. Nemulțumirile și așteptările populației erau însă difuze și ele nu erau legate de un mod sau altul de funcționare, ci de calitatea evident proastă a serviciilor medicale, iar nemulțumirile medicilor erau legate de salariile reduse și condițiile dificile de muncă, în condițiile lipsei de materiale sanitare, dotări și utilități. Trecerea la noua schemă financiară a creat, în opinia mea, un nou mamut administrativ, consumator anual de resurse financiare suplimentare importante; mă refer la Casa Națională de Asigurări de Sănătate (incluzând aici și ramurile sale județene) a cărei eficiență administrativă raportată la costuri este discutabilă.

De ce s-a ales sistemul bazat pe asigurări? Analizând modelele europene, cele două opțiuni de schimbare ar fi fost: modelul actual de tip *Bismark*, prezent azi în Germania, Austria, Franța, bazat pe asigurări și modelul de tip *Beveridge* din Marea Britanie, Italia, Suedia, bazat pe impozite generale. După opinia mea, trecerea la noul sistem s-a făcut fără o analiză foarte clară a implicațiilor diverselor modele europene în contextul românesc și a presupus, mai degrabă, unele preferințe ale funcționarilor și oficialilor din guvernul de atunci pentru sistemul de tip german al asigurărilor. De fapt, România nici nu avea pregătiți, în perioada imediată momentului '89, prea mulți specialiști în domeniul managementului sanitar sau al politicilor sanitare.

Întrebarea este dacă așteptările inițiale ale populației și profesioniștilor din sistem au fost îndeplinite: creșterea calității serviciilor și creșterea salariilor

personalului medical, creșterea resurselor financiare ale sistemului și transparența alocării resurselor.

Cristian Vlădescu susținea, în 2004 (Vlădescu [coord.], 2004a), că problemele actuale din sistem țin de faptul că funcționarea și legislația curentă s-au îndepărtat de scopurile și filosofia inițială a *Legii Asigurărilor*, analizele efectuate de autorul menționat indicând o diferență importantă între politica afirmată și realitatea implementată. Legea asigurărilor de sănătate a intrat complet în vigoare abia în 1999. Ea a suferit o serie de amendamente consecutive în decursul anilor care au trecut de la implementare (una dintre tradițiile românești postrevoluționare, căci s-a întâmplat în cazul a nenumărate legi), astfel că filosofia ei inițială a fost schimbată serios. Așa cum arată unele studii, noua lege a introdus, încă de la început, doar schimbări parțiale, prin reglementările ei.

Precaritatea resurselor financiare alocate sectorului sanitar, în perioada 1990–2007, a continuat tendința investirii deficitare în sistemul de sănătate al ultimelor decenii din România. Aceasta a generat menținerea dotării unităților sanitare publice cu aparatura medicală modernă și utilități performante la un nivel slab și acordarea unor salarii mici personalului din sistem, comparativ cu statutul acestora. Acest fapt s-a răsfrânt direct asupra calității serviciilor medicale de care a beneficiat populația. Percepția personalului medical asupra condițiilor de muncă pe care le oferă sistemul și asupra statutului său social, cumulată cu insatisfacția față de salarizarea de nivel redus legitimează, în opinia personalului medical, pretinderea unor extra-plăți pentru prestarea actului medical. Aceasta limitează accesul la servicii al populației sărace, care percepe, la rândul ei, drept necesară/încetățenită plata suplimentară.

Cheltuielile publice pentru sănătate ca procent din PIB au fost doar de 2,8%, în 1997 și de 3,8%, în 2000. Cheltuielile au crescut la 4,2% din PIB, în 2007 și sunt estimate la 5,4% din PIB-ul pentru 2012, dar vor rămâne sub media din Uniunea Europeană, de 9,4% (sursa: CNAS).

Sistemul asigurărilor de sănătate este un hibrid inovativ, pentru că, în ciuda trecerii la sistemul bazat pe asigurări, sistemul are în continuare un puternic caracter social, motiv pentru care largi părți ale populației sunt incluse în sistemul de asigurări, fără contribuție financiară din partea persoanei sau a altui organism al statului. De asemenea, serviciile de sănătate sunt acoperite de către asigurări pentru soția casnică a unui bărbat care plătește asigurarea, pentru gravide și pentru alte categorii mai restrânse de beneficiari.

Pe de altă parte, asigurările sociale de sănătate au schimbat sistemul de finanțare, dar au făcut modificări minore în ceea ce privește pachetul de servicii ce sunt oferite asiguraților. Exceptând serviciile medicale de chirurgie estetică și/sau solicitarea unor condiții de spitalizare cu confort crescut, precum și serviciile medicale efectuate la cererea pacientului fără a avea o recomandare medicală în acest sens, accesul este, teoretic, permis la orice serviciu medical recomandat.

Limitarea accesului numai la anumite servicii considerate esențiale și care ar conduce la un control al costurilor a constituit o preocupare a tuturor țărilor ce

utilizează sistemul de asigurări sociale de sănătate, până în prezent nici un sistem negăsind calea convenabilă să introducă această măsură. Din acest punct de vedere populația nu a resimțit o modificare importantă în noua lege.

Politica CNAS din România este însă populistă: se afirmă gratuități peste tot, dar limitarea financiară a acestor gratuități cade în sarcina furnizorilor de servicii medicale (cabinete medicale, spitale, farmacii ș.a.). Perversiunea nedefinirii pachetului minim de servicii de sănătate este că CNAS impune limite financiare: prin plafon pentru medic pentru rețetele compensate; plafon pentru numărul de internări și externări; plafon pentru rețetele compensate; plafon pentru numărul de analize medicale (Păduraru, Radu, Perețianu, 2000).

Resursele financiare fiind limitate au fost găsite, prin urmare, alte căi de limitare a numărului de servicii și, implicit, al costurilor: accesul la servicii de specialitate, în general mai costisitoare, este permis numai cu recomandare de la medicul de familie; investigațiile paraclinice și de laborator sunt permise numai în raport cu diagnosticul și pot fi prescrise numai de anumiți medici; prescripțiile de medicamente compensate și gratuite sunt limitate ca număr de medicamente și ca suma prescrisă per prescripție (Vlădescu și Stănescu, 2004).

CONCLUZII

Inovația a fost implicată, în deceniile postbelice, în creșterea calității serviciilor medicale, prin inovarea managementului serviciilor și filosofiei de politică publică sanitară. Însăși apariția statului bunăstării a reprezentat o inovație socială cu implicații profunde în oferirea de servicii sociale cetățenilor europeni, incluzând și serviciile de sănătate publică. Cetățeanul are dreptul, prin taxele pe care le plătește, la anumite servicii, la un anumit standard, iar statul devine garantul acestui contract social.

Conceptul de „sănătate publică” a evoluat, în timp, la o abordare mai largă, care include elemente psihosociale și de standard de viață, de luare în considerare a stilului de viață, având la bază o nouă viziune asupra stării de sănătate a populației.

Aceste noi filosofii de a privi problemele au generat moduri noi de inovare. Au fost adoptate strategii comune de cooperare regională, între țări, cu sprijinul unor organizații globale, precum Organizația Mondială a Sănătății, sau regionale, precum foruri ale Uniunii Europene, cu obiectivul de a găsi soluții pentru ameliorarea problemelor globale sau comunitare de sănătate și standard de viață. Apariția în perioada postbelică a acestor instituții, precum Organizația Mondială a Sănătății, instituții care luptă pentru sănătatea comunităților globale a fost o inovație socială cu impact larg.

Inovarea a fost implicată inclusiv în definirea tipurilor de sisteme de sănătate, care și-au dovedit, în timp, viabilitatea. Inovarea sistemului românesc s-a remarcat prin combinarea între vechiul sistem, ante '89, și elemente noi, care au inițiat sisteme hibride, inovative, caracteristice țărilor din fostul bloc sovietic. Din păcate,

sărăcirea populației (grupuri sociale care nu își permit costuri adiționale ale serviciilor primare sau secundare, a ajunge până la prima unitate medicală, a plăti medicamente, a plăti costurile adiționale ale școlarizării copilului, nu își permit rechizite, cărți, haine, cazare în afara localității atunci când este cazul) sau infrastructura primară deficitară în mediul rural (absența școlilor, a dispensarelor, a personalului specializat), dar și neclarități și schimbări legislative repetate în ambele sisteme au creat forme de limitare a serviciilor de sănătate în România și o scădere, din acest punct de vedere, a incluziunii sociale.

BIBLIOGRAFIE

1. Mincă, D., Marcu, M., *Sănătate publică și management sanitar*, București, Editura Universitară „Carol Davila”, 2004.
2. Păduraru, D., Radu, L. V., Perețianu, D., *Definirea pachetului minim de servicii medicale și Drepturile fundamentale ale pacienților*, prezentat la Conferința Anuală a Asociației Române de Sănătate Publică și Management Sanitar, Călimănești, 2000.
3. Preda, M. (coord), *Aspecte privind dezvoltarea, populația și sănătatea reproducerii la nivel național și studii de caz*, UNFPA, 2003.
4. Scambler, G., *Health and social change. A critical theory*, Buckingham, Open University Press, 2002.
5. Stănculescu, M. (coord), *Sărac lipit, caut altă viață!*, București, Editura Nemira, 2004.
6. Vlădescu, C., Dragomireșteanu, A., Enăchescu, D., *Politici de alocare a resurselor și de planificare a personalului medical în sistemele de sănătate. România în context internațional*, București, Editura CPSS, 2001.
7. Vlădescu, C. (coord.), *Sănătate publică și management sanitar. Sisteme de sănătate*, București, Editura CPSS (Centrul pentru politici și servicii de sănătate), 2004a.
8. Vlădescu, C. (coord.), *Sănătate publică și management sanitar*, București, Editura Cartea Universitară, 2004b.
9. Vlădescu, C., Stănescu, A., Asigurarea accesului nediscriminatoriu la servicii de sănătate, material (nepublicat) pentru raportul de cercetare cu tema *Polarizarea accesului la serviciile de sănătate și de educație ca sursă a sărăcirii în viitor*, ICCV și Universitatea București, 2004.
10. Zarcovic, G., Enăchescu, D., *Probleme privind politicile de sănătate în țările Europei centrale și de răsărit. Evoluția recentă și perspectivele sistemului de sănătate în România*, București, Editura Infomedica, 1998.

This article analyses the way social innovation is implicated in health services. Innovation was largely used in the postwar era in increasing the quality of medical services by innovating service management and adopting a new philosophy of sanitary policies. Welfare state itself has represented a social innovation, with profound implications upon citizen's social rights to health services. Additionally, the concept of public health evolved to a larger approach which includes psychosocial elements and the concept of lifestyle.

Keywords: social innovation, health services, European public health systems, public health concept, Romanian public health system.