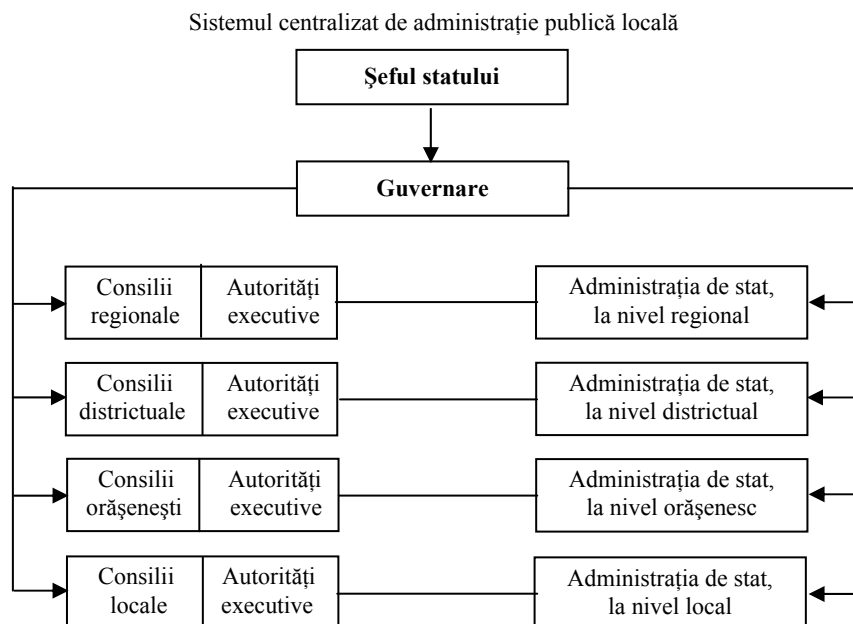


Figura 1.3



Cristina Băjenaru

CRISTIAN VLĂDESCU (coord.) *Sănătate publică și management sanitar. Sisteme de sănătate*, București, Editura Centrului pentru politici și servicii de sănătate, 2004

Cei interesați de politicile sanitare au la îndemână un nou volum pe această temă, volum ce oferă informații utile asupra sistemului sanitar românesc și vorbește, pe larg, despre sistemele sanitare din alte țări europene. Apărut în 2004, la editura Centrului pentru Politici și servicii de sănătate¹, volumul este coordonat de Cristian Vlădescu și îi are ca autori, alături de acesta, pe Reinhardt Busse, Victor Olshavsky, Luca Crivelli, Massimo Filippini, Dana Fărcășanu, Bogdan Pană, Victor Rodwin și Silviu Rădulescu.

Cartea continuă seria studiilor apărute pe tema sănătății publice și coordonate de Cristian Vlădescu, precum: *Managementul serviciilor de sănătate* (apărută la editura Expert, 2000) sau *Politica de reformă a sistemului de sănătate din România. O analiză critică* (apărută la editura Infomedica, 1999). De această dată, volumul este subintitulat „Sisteme de sănătate” și face o analiză a diverselor sisteme de organizare a serviciilor de sănătate, din țările europene și Statele Unite ale Americii. Care este modul de finanțare și management al altor sisteme? Oferă ele modele pentru România? Iată o întrebare la care ar putea răspunde volumul de față, oferind, în subtext, eventuale soluții pentru o creștere a calității serviciilor sistemului nostru.

¹ La adresa centrului www.cpss.ro găsiți referințe la studii din domeniul politicilor sanitare, precum și barometrele de opinie pe probleme de sănătate

După o introducere în care sunt făcute câteva mențiuni teoretice generale asupra sistemelor de sănătate actuale, cele șapte capitole ale volumului analizează opt servicii publice de sănătate din opt țări: Germania, Elveția, Franța, Marea Britanie, Statele Unite ale Americii, Ungaria, Cehia și România.

Înainte de a intra în analiza diferitelor modele de management sanitar, introducerea cărții face o scurtă analiză asupra sistemelor sanitare, în general. Se precizează, spre exemplu, obiectivele pe care majoritatea țărilor le definesc pentru serviciile lor sanitare, accentuând unul sau altul dintre obiective, în funcție de politica sanitară a respectivului stat:

- „– acces universal și echitabil la un pachet rezonabil de servicii;
- libertatea opțiunilor pentru consumatorii și furnizorii serviciilor de sănătate;
- utilizarea eficientă a resurselor disponibile și controlul costurilor serviciilor” (p. 4).

Aceste obiective enumerate mai sus sunt statuate în mod ideal, rămânând la latitudinea fiecărei țări să stabilească ponderea și prioritatea unuia sau altuia, în funcție de factorii economici, politici, ideologici, sociali care conturează respectiva politică sanitară. Concluzia este că nici un sistem nu poate realiza, din păcate, toate obiectivele, la un standard maxim, în mod simultan.

„...atunci când există o mare libertate de alegere, atât din partea consumatorilor cât și din partea profesioniștilor, apar frecvent probleme legate de costuri (care cresc considerabil). În același timp, și accesibilitatea poate fi îngrădită semnificativ, datorită faptului că libertatea de alegere este însoțită, de regulă, de costuri ridicate ce trebuie suportate de pacienți” (p. 4). SUA au un astfel de sistem care accentuează libertatea opțiunilor. Cu toate că statul investește 14% din PIB pentru sănătate, principiile după care funcționează aici sistemul determină existența a de 35 de milioane de cetățeni care nu au asigurare și nu beneficiază de servicii.

Un alt tip de model este cel britanic, în care „un acces crescut la asistența medicală, cu echitate consecutivă, duce la limitarea opțiunilor, a libertății de alegere”. (p. 5). Sistemul britanic este unul dintre sistemele cele mai puțin costisitoare din UE, dar pe baza limitării opțiunilor și apariția listelor de așteptare.

Concluzionând, se poate spune că există o diferență în modul în care este privită sănătatea cetățeanului în statele europene și în SUA: „sănătatea este considerată, la nivel european, un drept social, la care trebuie să aibă acces toți cetățenii, față de SUA, unde sănătatea este, mai ales, un bun individual, la care pentru a accede trebuie să poți plăti costurile necesare” (p. 5). Deci, se poate vorbi de niște trăsături comune ale sistemele europene, de un model comun, dincolo de diferențierile dintre ele. De asemenea, se poate vorbi de o serie de probleme comune țărilor dezvoltate europene, din punctul de vedere al serviciilor sanitare publice ale acestora:

- existența de inechități sanitare, pentru unele grupuri sociale și pentru unele regiuni geografice;
- existența unor variații în utilizarea serviciilor, pentru patologii similare;
- o modificare a sănătății populației, din cauza unor factori care țin de stil de viață și mediu socioeconomic, și mai puțin de servicii de sănătate.

Partea introductivă se încheie prin prezentarea unei clasificări a performanțelor sistemelor de sănătate, din întreaga lume și a criteriilor care au stat la baza acestei ierarhii. Clasificarea a fost realizată de către Organizația mondială a sănătății, pentru anul 2000, dând naștere la discuții pro și contra, așa cum susține autorul. În această clasificare, România ocupă abia poziția 99 din 191 de state, locul întâi fiind ocupat de Franța.

Cartea continuă prin prezentarea câtorva sisteme de sănătate din Europa. Fiecare dintre capitole analizează un anumit sistem și funcționează ca studiu independent, cu o structură proprie, autori diferiți și o bibliografie proprie.

Mă voi referi, mai pe larg, doar la ultimul capitol, care analizează cazul României în perioada de tranziție (capitolul 6), lăsându-i pe cititorii interesați de subiect să descopere caracteristicile și problemele celorlalte sisteme. Prezintă, în continuare, structura principală a capitolelor dedicate diverselor sisteme:

Capitolul 1 (Germania) conține următoarele subcapitole: 1. descrierea sistemului de asigurări (organizare, finanțare, pachet de beneficii, indicatori demografici și economici), 2. infrastructura sistemului: resurse și utilizări (tehnologie, resurse umane), 3. Finanțarea, pe termen lung, a asistenței (asigurați și asiguratori, contribuții), 4. plăți directe, 5. Cheltuielile pentru asistența medicală, 6.

sănătate publică și prevenție (opțiuni de dezvoltare: public/privat, competiția dintre case, bugete, reforma sistemului anunțată pentru 2002–2006, impactul reglementărilor internaționale).

Concluzionând asupra sistemului german, autorii capitolului (Reinhardt Busse, Victor Olshavsky) precizează: „Germania oferă, în acest moment, întregii populații servicii de sănătate accesibile și în cantitate suficientă, în cadrul unui sistem bine dezvoltat. Nivelul înalt al asistenței medicale este însă considerat prea scump pentru calitatea oferită. Costurile sunt în continuă creștere, iar situația economică impune noi măsuri de lărgire și economisire a resurselor, pentru menținerea nivelului actual al asistenței medicale. Costurile se datorează atât fenomenului de îmbătrânire al populației cât și introducerii noilor tehnologii, dar și abuzului de servicii, utilizării lor ineficiente sau subutilizării. ...Propunerile noi de reformă abia au ajuns în dezbaterile publice, iar măsurile introduse până acum nu au produs nivelul de mulțumire așteptat în urma compromisiunilor. Prea multă competiție pentru unii, prea mare responsabilitate pentru alții, în continuare monopol pentru unii, dar contracte individuale pentru alții etc. Sunt clișee la modă când se dezbate reforma sănătății. Crearea organismelor de coordonare federală reprezintă singurele inovații structurale ce pot fi consemnate ca măsuri concrete de reformă” (p. 53).

Capitolul 2 (Elveția) îi are ca autori pe Luca Crivelli, Massimo Filippini. Subcapitole:

1. repartizarea sarcinilor și cheltuielilor într-un stat federal, 2. repartizarea acestora între Confederație, cantoane și comune, 3. repartizarea lor în sectorul sanitar, 4. Scurt istoric al reformei sănătății în Elveția, 5. Caracteristicile sistemului sanitar (modelul concurențial de asigurare, finanțarea cu *multiple payers*, echitatea redusă a finanțării, consecințele federalismului asupra sănătății).

Și în cazul Elveției, ca și în cazul altor sisteme, se pune problema găsirii unor soluții pentru rezolvarea unor probleme. În acest sens, autorii precizează: „Suntem de părere că, înainte de a trece la ulterioarele revizuri ale sistemului (se vorbește despre trecerea la un sistem de finanțare monist, de abolirea obligației de a încheia contract de asigurare, de instituirea unei case federale unice) ar fi oportună inițierea unei discuții deschise și transparente asupra repartizării rolurilor în domeniul sanitar între Confederație și cantoane. În prezent, confederația nu mai este absentă din politica sanitară, cum se întâmpla chiar acum 10 ani.... Ne vom limita să indicăm o posibilă cale de urmat, presupunând vărsarea de către confederație a unei cote pe cap de locuitor, calculată ținând seama de condițiile minime necesare asigurării accesului la serviciul public, pentru fiecare cetățean. Cantoanelor le-ar rămâne sarcina de a organiza aprovizionarea sanitară în propriul teritoriu, definind intervențiile de reglementat și modalitățile de desfășurare și gestiune a serviciilor, conform preferințelor propriilor cetățeni” (p. 81).

Capitolul 3 (Franța): 1. Echitate socială și geografică, 2. Rolul statului. Reglementarea sistemului de sănătate, 3. Finanțarea sistemului. Asigurările sociale de sănătate, 4. Oferta de servicii, furnizarea, organizarea și finanțarea lor (ambulatoriu, spitale, medicamente), 5. Cheltuielile pentru sănătate.

Autorul capitolului este Dana Fărcășanu. Conform ierarhiei OMS a performanțelor sistemelor de sănătate, Franța ocupă locul 1, fiind un sistem „puternic reglementat de către stat și finanțat printr-o combinație de taxe obligatorii destinate sănătății și contribuții la fondurile de asigurări de sănătate plătite de către angajați și angajatori. Începând cu anul 2000, prin introducerea reglementării privind acoperirea universală a populației cu servicii de sănătate, toți cetățenii cu rezidență legală în Franța au acces la servicii de sănătate” (p. 83)... „Performanța unui sistem de sănătate se reflectă, în final, în starea de sănătate a populației. Din acest punct de vedere, Franța se situează printre țările cu cei mai buni indicatori sintetici care măsoară starea de sănătate. Speranța de viață la naștere, de 82,3 ani situează Franța pe locul 2 în lume, fiind precedată doar de Japonia” (p. 84).

Capitolul 4 (Marea Britanie): 1. Context istoric, 2. Structura organizatorică a sistemului (Ministerul sănătății, Serviciul național de sănătate, autorități regionale, autorități districtuale, autorități pentru servicii de sănătate a familiei, trusturi, consilii de sănătate comunitară, organisme profesionale), 3. Sectorul particular, 4. Planificare, reglementare și management, 5. Finanțare și cheltuieli, 6. Sistemul de furnizare (primară, secundară, terțiară, farmacii, resurse umane/profesiioniști în sistem), 7. Reforma sistemului din ultimii ani.

Sistemul britanic, prezentat de Cristian Vlădescu și Bogdan Pană, este și el supus discuțiilor de reformă. Conform planului NHS (Sistemul național de sănătate), publicat în iunie 2000, obiectivele

sunt. Creșterea finanțării cu 6,3 procente până în 2004 și creșterea calității serviciilor prin „*mai buna informare a pacientului, mai multe paturi în spitale, mai mulți doctori și asistente, scurtarea timpului de așteptare, condiții mai bune de spitalizare, îmbunătățirea îngrijirii vârstnicilor, standarde mai stricte pentru facilitățile NHS și o îmbunătățire a sistemului de recompense pentru cei care au performanțele cele mai bune*” (p. 163). Aceste obiective propuse oferă câteva idei despre punctele nevralgice ale sistemului britanic.

Capitolul 5 (SUA): 1. Programele publice: *Medicare și Medicaid*, 2. Finanțarea serviciilor, 3. Furnizarea serviciilor, 4. Planul Clinton și urmările sale.

Deși, din punctul de vedere al cheltuielilor pentru sănătate, SUA depășesc orice altă țară, sistemul sanitar de aici ocupă abia locul 37, privind performanțele, conform OMS. Problemele țin de : „*absența unui acces universal la asigurarea de boală, proasta repartitie geografică a organizmelor prestatoare, sub-utilizarea serviciilor de îngrijiri primare și de prevenție, absența continuității îngrijirilor și grave distorsiuni în prestarea de îngrijiri. De asemenea, rezultatele sistemului de sănătate sunt mai puțin bune pentru unele grupe minoritare, decât pentru media populației*” (p. 189).

Capitolul 6 (Ungaria și Cehia): 1. Reforma sănătății în Europa centrală și de est, 2. Structura sistemului, 3. Recomandări de reformă, 4. Caracteristici ale reformei și lecția cehă, 5. Macro și micro eficiență, 6. Sunt fondurile cehe sau ungare cumpărători eficienți ?

Capitolul 7 (România): 1. Politici de sănătate între 1990 și 1996, 2. Reforma asistenței primare, 3. Dezvoltarea sistemului de asigurări (implementarea legii și consecințele implementării), 4. Alocarea resurselor în sistem, 5. Evoluții recente.

Capitolul dedicat României prezintă situația sistemului nostru de sănătate, după anul 1989. Autorii, Cristian Vlădescu și Silviu Rădulescu împart toată această perioadă de tranziție în două: înainte introducerii asigurărilor sociale și după introducerea acestora, anul 1996 fiind punctul de delimitare între cele două perioade. Voi prezenta, în continuare, câteva idei din analiza făcută asupra sistemului românesc de sănătate.

Perioada 1990–1996 a fost una doar de pregătire a procesului de reformă, luându-se decizii pentru rezolvarea unor probleme punctuale și menținerea funcționării sistemului. Problemele moștenite se perpetuau, printre acestea numărându-se: „*procentul din PIB scăzut alocat sănătății, alocarea centralizată și inechitabilă a resurselor, lipsa de motivare a doctorilor prost plătiți, insuficiente cunoștințe de management sanitar și sănătate publică ale medicilor, recompense financiare, fără legătură cu rezultatele medicale, slaba calitate a serviciilor de asistență de prim nivel, un sistem de trimiteri neadecvate și o supraevaluare a serviciilor spitalicești, creșterea inechității în furnizarea îngrijirilor, între regiuni și grupuri sociale*” (p. 208),

Una dintre rațiunile trecerii la asigurări, invocată de către decidenți a fost faptul că structura de tip *Semashko*, venită pe filieră sovietică, înainte de 1989, era asociată cu regimul centralizat comunist. 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 Anglia, Italia, Suedia, bazat pe impozite generale. Se pare că modelul asigurărilor a fost, în viziunea decidenților „mai aproape de realitatea românească interbelică” și o cale de mijloc între două opțiuni susținute de două tabere «suporterii pieței libere pentru funcționarea sistemului de sănătate” și „suporteri ai planificării guvernamentale”.

Ceea ce s-a întâmplat însă, după introducerea sistemului asigurărilor din 1997, în contradicție cu obiectivele statuate la inițierea reformei, a fost existența unui sistem hibrid între controlul financiar al Casei de asigurări și, în același timp, controlul Ministerului finanțelor. Acest lucru a generat numeroase distorsiuni în alocarea resurselor și, în primul rând, o deturnare a unei părți a lor dinspre sistemul medical. „*Primele de asigurări sunt colectate ca și contribuții la asigurările sociale, în timp ce guvernul continuă să intervină în alocarea fondurilor prin Ministerul Finanțelor, care stabilește limita superioară a cheltuielilor, mereu inferioară veniturilor colectate, astfel încât surplusul să ajute la acoperirea deficitului bugetar*” (p. 219). Astfel, în 2001 cheltuielile au fost stabilite la 91% din veniturile încasate, iar în 2002, la 95% dintre acestea.

Pe de altă parte, principiul echității a fost încălcat prin existența caselor paralele de asigurări de sănătate (a Ministerului de interne, a Apărării, a Justiției, a SRI, a Ministerului transportului). Aceste

case au venituri peste media națională pe cap de asigurat, căci au o componență a asiguraților cu salarii mari și cu riscuri mai scăzute. „*Veniturile medii per asigurat sunt de 3 ori mai mari la CAST și cu 30% mai mari la CASAOPSN AJ, față de veniturile medii per asigurat ale caselor județene*” (p. 219).

Legea asigurărilor de sănătate a intrat complet în funcțiune abia în 1999. Ea a suferit însă o serie de amendamente consecutive în decursul anilor care au trecut de la implementare, astfel că filosofia ei inițială a fost schimbată serios. Autorii conclud că problemele actuale din sistem țin de faptul că funcționarea și legislația curentă s-au îndepărtat de scopurile și filosofia inițială a Legii Asiguraților, analizele efectuate indicând o diferență importantă între politica afirmată și realitatea implementată, în aproape toate secțiunile enumerate: descentralizarea, mecanismele noi de alocare a resurselor, autonomia instituțională.

Acestea sunt doar câteva dintre ideile analizei sistemului românesc din ultimii 15 ani. Las cititorilor interesați de subiect plăcerea de a descoperi mai multe detalii despre sistemul nostru național și celelalte sisteme de sănătate europene, în căutarea de modele de reformare, organizare și finanțare printre cele prezente în Europa actuală.

Cristina Doboș