

---

# Implicațiile socio-economice ale reformelor sistemelor de sănătate

---

Mihaela Cristina Drăgoi

---

*There were three major types of health care systems that operated in Europe. Since none of them managed to offer maximum effects with minimum input, reforms all around the continent started to take place.*

*The main purpose of these reforms is to try and mix the three existent models in order to create a better health care system, that improves both the quality of the services provided, as well as the satisfaction of patients and the general state of health of the population.*

*This paper aims to provide a clearer view of the three European models of health care systems, as well as the implications, both on the economy of the countries and on the population, that their reforms have.*

Key words: *health care system, economy, reform*

Sănătatea, în accepțiune largă, nu poate fi separată de dezvoltarea economică și de calitatea vieții. Relațiile între sănătate și economie sunt complexe, sănătatea putând constitui în același timp o condiție de sine stătătoare sau un efect al dezvoltării economice.

Populația sănătoasă reprezintă un factor important care influențează dezvoltarea social-economică: persoanele sănătoase tind să primească o instruire corespunzătoare, lucrează mai productiv, majorând bunăstarea proprie și a societății. Standardele înalte de viață

contribuie simțitor la îmbunătățirea sănătății publice, iar urbanizarea a modificat și ridicat nivelul de educație și informare (specializarea cadrelor, profesii medicale și paramedicale), a indus schimbări în modul și comportamentul de viață (stil de viață sănătos). Aceste mutații se resimt în dezvoltarea și reorganizarea sistemului de îngrijiri de sănătate, prin diversificare și specializare, adoptarea celui mai eficient sistem de asigurări sociale.

Problema referitoare la aportul sănătății la dezvoltarea economică sau lipsa acestuia – sănătatea fiind considerată un simplu consumator de resurse ale societății, reprezintă tema fundamentală de discuție între conceptele cu orientare socială și cele bazate pe relațiile de piață.

Relația dintre sănătate, dezvoltare economică și calitatea vieții este extrem de dinamică fiind în atenția multor organizații naționale și internaționale. Astfel, Uniunea Europeană și-a propus câteva obiective clare în vederea ameliorării calității vieții și a sănătății cetățenilor săi. Domeniile vizate acoperă toată sfera vieții : mediul înconjurător, dezvoltarea durabilă a agriculturii și a pescuitului, a alimentației sănătoase, a bunăstării persoanelor în vârstă și cu dizabilități, lupta împotriva bolilor infecțioase, dar și competitivitatea bio-industriei europene. Programele sunt diverse, acoperind per ansamblu calitatea vieții și gestiunea resurselor. Aceste programe speciale au fost orientate pe mai multe direcții, printre care se numără : alimentația, nutriția și sănătatea, promovarea sănătății, controlul bolilor infecțioase, genetica și biologia moleculară, mediul înconjurător și sănătatea, îmbătrânirea demografică și dizabilitățile etc.

Sistemele de îngrijiri de sănătate au fost construite pentru a obține un optim al relației dintre sănătate și dezvoltare economică. Specificul fiecărui tip de sistem european a generat și reforme diferite, menite să îmbunătățească în mod continuu calitatea vieții și să prevină și să soluționeze provocările unei societăți aflate în continuă schimbare.

În Europa operează trei modele ale sistemelor de îngrijiri de sănătate (SIS) și anume:

- a) modelul serviciului național de sănătate (SNS) – tip Beveridge;
- b) modelul sistemului de asigurări sociale de sănătate (SAS) – tip Bismarck;
- c) modelul sistemului centralizat de stat (SCS) – tip Semaško.

**Modelul SNS**, imaginat de britanici, funcționează în Danemarca, Finlanda, Irlanda, Norvegia, Suedia, Grecia, Italia, Portugalia, Spania și, evident, Anglia. Sistemul are ca sursă de finanțare taxele generale, este controlat de guvern și dispune de un buget de stat, existând totodată și un sector privat. În acest model accesul este liber pentru toți cetățenii, acoperirea este generală, iar conducerea se asigură prin intermediul autorităților de stat. Medicii sunt fie salariați, fie plătiți în funcție de numărul pacienților înscriși pe listele lor (proces ce poartă denumirea de capitație), fiind practică într-o oarecare măsură coplata de către solicitant a unei părți din costul unor prestații.

În perioada anilor '50, acest model a influențat semnificativ politica sanitară în țările nordice și unele țări ale Europei de Sud (Grecia, Italia, Portugalia, Spania și Turcia) precum și variatele programe de reforme sanitare din anii '70.

**Modelul SAS** – este cel mai răspândit program național de asigurare medicală, bazat pe compilarea elementelor de asigurare socială și medicală, introdus în Germania, Austria, Belgia, Elveția, Franța, Luxemburg și Olanda, fiecare program din aceste țări având propriile particularități și caracteristici. Aceste programe numite “asigurarea în caz de boală” sunt bazate pe principiul oferirii beneficiilor sanitare, inclusiv a pensiilor de vârstă, beneficiilor pentru persoanele cu dizabilități și compensațiilor pentru pierderea capacității de muncă. Sistemul este finanțat prin contribuția obligatorie a salariaților și patronilor (cotizații) în funcție de venit sau/și prin taxe generale. Acoperirea este largă, dar acolo unde asigurarea nu este obligatorie rămân

categorii de populație fără acces la beneficiile sistemului. Sumele colectate sunt dirijate spre organisme sau agenții care asigură gestiunea financiară a “fondurilor”. Aceste fonduri de asigurări contractează cu spitalele și medicii de familie serviciile ce urmează a fi oferite asiguraților. Contractele cu practicienii au la bază taxa pe serviciu/prestație, iar cu spitalele se bazează pe bugete adesea globale.

Mecanismele de finanțare a acestor sisteme vizează abordarea curativă a problemelor de sănătate și doar în situații excepționale efectuarea măsurilor preventive și de promovare a sănătății.

**Modelul SCS** a fost caracteristic țărilor din Europa Centrală și de Est (TECE), foste socialiste, aflate astăzi în plină transformare. Sistemul era finanțat de la bugetul de stat și controlat de stat prin sistemul de planificare centralizată. Statul avea monopolul serviciilor de sănătate (nu exista sector medical privat), acestea fiind proprietatea sa; de asemenea, personalul sanitar era în întregime salariat (al statului)

Acest sistem oferea o asistență medico-sanitară universală gratuită, cu utilizarea unui exces de resurse de personal medical, paturi spitalicești, policlinici și alte servicii, cantitatea fiind în defavoarea calității. În acest sistem lipseau mecanismele de analiză economică și epidemiologică. Prioritatea financiară și politică era oferită asistenței spitalicești în detrimentul celei ambulatorii, iar examinările regulate, în masă, constituiau principala metodă a medicinei preventive. Prin urmare, în acest tip de model, prioritatea socială a sistemului de sănătate era joasă.

Fiecare sistem are avantajele și defectele sale. Astfel, deși SNS este relativ neoneros și are un impact pozitiv asupra stării de sănătate, medicii sunt lipsiți de stimulente, există liste lungi de așteptare pentru anumite acte medicale, iar sistemul are o doză înaltă de birocrație. În SAS, performanțele medicale sunt relativ înalte, dar cheltuielile pe care le implică sunt cele mai mari din Europa. Costurile administrării sistemului sunt mari și generează un consum indus ridicat. Cât privește

SCS, acesta este lipsit de inițiativă și competiție, activitatea medicală este una funcționărească, este subfinanțat, ineficient și neperformant, cu un impact redus asupra stării de sănătate.

Schimbările în sistemele de sănătate au căpătat o amploare fără precedent la sfârșitul anilor '80 în numeroase țări din Europa și America. Schimbările urmăresc eliminarea sau reducerea disfuncțiilor apărute atât în țările democratice cu o economie de piață stabilă, cât și în țările care au avut o economie bazată pe monopolul de stat al factorilor de producție, cu un sistem de planificare centralizat, rigid și de comandă.

Nemulțumirile care au generat procesul de reformare a sistemelor de îngrijiri de sănătate au fost prezente în masa contribuabililor, a utilizatorilor, a medicilor și instituțiilor sanitare (a furnizorilor de îngrijiri), precum și a autorităților politice și administrative. Insatisfacțiile vizau creșterea cheltuielilor pentru sănătate într-un ritm greu de suportat, fără ameliorarea substanțială a stării de sănătate, insuficienta acoperire a populației cu servicii, absența unor mecanisme eficiente de asigurare a calității, volumul exagerat de muncă zilnică, insuficiența elementelor de stimulare, ineficiența managerială etc.

Realitatea arată că schimbările survenite în SIS au fost fie revoluționale, brutale, fie silențioase sau evolutive. Primele sunt cele care presupun modificări structurale de fond, atât ca acelea care au generat cele trei modele – Beveridge, Bismarck, Semașko, cât și ca încercările care se fac în prezent în Europa Centrală și de Est și care vizează în principal proprietatea asupra factorilor de producție, sursele și sistemul de finanțare a SIS, alocarea resurselor și sistemele de plată a furnizorilor de îngrijiri.

Schimbările evolutive care au loc în țările cu economie de piață stabilizată (Marea Britanie, Olanda, Germania și altele) au adus ameliorări sistemelor existente fără înlocuirea, distrugerea sau destructurarea lor.

În mod evident, nici o schimbare la nivelul SIS nu poate să contravină principiilor care guvernează politica Organizației Mondiale a Sănătății, “Sănătatea pentru toți”, și anume :

- a) egalitatea șanselor ;
- b) etica acțiunii de politică sanitară ;
- c) participarea activă a populației ;
- d) promovarea sănătății și prevenirea bolilor ;
- e) prioritatea îngrijirilor primare de sănătate ;
- f) acțiunea intersectorială ;
- g) cooperare internațională.

În aceste condiții, reformele în SIS din Europa vizează în special :

- echilibrarea alocării resurselor financiare (teritorial și între categorii de servicii) și controlul costurilor
- reducerea inechităților în oferta și accesul la servicii
- îmbunătățirea gradului de satisfacție a furnizorilor și utilizatorilor de îngrijiri
- ameliorarea eficacității și impactul SIS asupra stării de sănătate (output și outcome)
- reducerea utilizării inadecvate a tehnologiilor moderne
- corectarea stimulării inadecvate a consumului medical (consumul indus de ofertă)
- introducerea competiției controlate (între furnizorii publici și/sau privați, organizații de asigurări etc)
- separarea furnizorilor de servicii (medici, spitale) de cumpărători (deținătorii de fonduri)

- stabilirea unor relații contractuale între furnizorii și cumpărătorii de servicii
- plata medicilor și a instituțiilor pe baza unor criterii de performanță
- introducerea unor mecanisme de asigurare a calității îngrijirilor de sănătate
- introducerea metodelor manageriale moderne în conducerea serviciilor de sănătate
- descentralizarea SIS prin deconcentrare și delegarea autorității.

În momentul actual, modificările realizate la nivelul SIS anterioare în țările din Europa Centrală și de Est trebuie să fie concordante cu principiile democratice și regulile unei economii de piață în formare. Transformarea, în perioada de tranziție, este anevoioasă, cu capcane costisitoare și de durată. Reformele SIS din aceste țări, între care și România, au în vedere câteva realități comune. În principal este vorba de recunoașterea rolului pe care îl are sănătatea pentru întreaga dezvoltare socială, dar și de faptul că o sporire necontrolată a cheltuielilor pentru sănătate poate avea un impact negativ asupra creșterii economice. În al doilea rând este necesar să ia în considerare faptul că în perioada de tranziție starea de sănătate a populației înregistrează o degradare continuă. A treia problemă critică o reprezintă inadecvarea bazei materiale a serviciilor de sănătate la nevoile esențiale ale modelului actual de morbiditate, ineficiența serviciilor preventive și lipsuri în asigurarea cu medicamente și materiale sanitare consumabile. În al patrulea rând, este vorba de formarea, repartizarea și utilizarea inadecvată a personalului sanitar. În al cincilea rând, se remarcă lipsurile și distorsiunile financiare din SIS: subfinanțare, ineficiență internă, practici bugetare birocratice, cheltuieli greșit orientate, dificultăți în transformarea sistemului de finanțare.

Astfel, ceea ce rezultă din analiza reformelor care au loc în țările europene este convergența acestora spre “modele mixte” cu mecanisme

de reglare efectivă prin control public și “piață controlată”. Aceasta se traduce prin introducerea unor elemente de piață (reglare liberă) în SNS de “tip britanic” și a unor mecanisme de control guvernamental sau administrativ în SAS de “tip german”.

### **Bibliografie:**

Dever A. - *Epidemiology in Health Services Management*, An ASPEN Publication, 1984;

Bernstein K., Chronaki C. - *Collaboration - a new IT-service in the next generation of regional health care networks*, International Journal of Medical Information, nr. 70, 2003, pg. 205-214;

Doorslaer E., Wagstaff A.- *Equity in the delivery of health care in Europe and the US*, Journal of Health Economics, nr. 19, 2000, pg. 553-583;

Leplege A. - *Les mesures de la qualite de vie*, Presses Universitaires de France, Paris, 1999, pg. 17-19;

Nae Mirela - *Geografia calității vieții urbane*, Ed. Universitară, București, 2006, pag 192-195;

World Health Organization Regional Office for Europe – *The Health for All Policy Framework for the WHO European Region*, Copenhaga, 1999;

[www.who.int](http://www.who.int)

[www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

**Mihaela Cristina DRĂGOI**, Preparador universitar, Drd., Catedra de Relații Economice Internaționale, Academia de Studii Economice, București.