

ORIENTĂRI ALE REFORMEI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

MIRCEA CIOCAN*

Abstract:

The world Sanitary systems are classified according to their efficiency in transforming health expenditure. We are considering here, the correlation of health care spending, adjusted according to local prices and to health insurance.

However, the experience of European countries has shown that reform consists not only in implementing radical initiatives, but also in creating and maintaining a political, legislative, administrative and technical framework able to monitor and adjust the implemented changes. Once structural changes are implemented, the role of the central administration would be that of operating these mechanisms, in order to achieve the targeted results by sustained monitoring and regulated efforts.

Keywords: public health system, the right to health, hospitals, patients, public administration reform, decentralization, management

Résumé:

Les systèmes sanitaires mondiaux sont classés en fonction de leur efficacité dans la transformation des dépenses de santé. Nous envisageons ici, la corrélation de la les dépenses pour sante, ajusté en fonction des prix locaux et de l'assurance maladie.

Cependant, l'expérience des pays européens, il a montré que la réforme ne consiste pas seulement dans les initiatives de mise en œuvre radicale, mais aussi dans la création et gestion d'un cadre législatif, politique, administratif et technique capable de contrôler et d'ajuster les changements mis en œuvre. Une fois les changements structurels sont mise en œuvre, l'exploitation des ces mécanismes, afin d'atteindre les résultats envisagée, avec des efforts soutenus pour leur surveillance et réglementation, serait le rôle de l'administration central.

Mots-clés: système de santé publique, le droit à la santé, les hôpitaux, les patients, la réforme de l'administration publique, la décentralisation, la gestion

Sistemul public de sănătate, constituie garanția calității vieții și unul dintre cele mai importante angajamente politice pe care guvernării trebuie să și le asume pentru a asigura standarde sociale ridicate populației pe care o reprezintă.

Considerăm că în contextul actual, în care se preconizează modificări profunde ale reglementărilor privind Legea sănătății din România este necesar ca propunerile care vor sta la baza elaborării acestei importante legi să vină din rândul cetățenilor, lucrătorilor din sistemul sanitar, autorităților publice locale, județene și regionale deopotrivă, pentru ca impactul acestei legi să aibă un grad cât mai mare de acceptare din partea populației.

Dreptul la viață al fiecărui cetățean este condiționat de starea sa de sănătate. Atunci când cetățenii nu-și pot permite accesul la serviciile de sănătate din cauza costurilor acestora, *dreptul la viață*, așa cum este definit în art. 3 din Declarația Universală a Drepturilor Omului

(*orice ființă umană are dreptul la viață, la libertate și la securitatea sa*¹) devine un principiu lipsit de conținut².

Tema sănătății publice este de strictă actualitate în prezentul context politic, deoarece presiunea venită din cercurile de interese economice a generat dorința de schimbare a actualului mod de organizare a sistemului sanitar. La solicitarea instituției prezidențiale, Ministerul Sănătății a inițiat la sfârșitul anului 2011 un proiect de Lege privind reforma în sistemul sanitar din România. Acesta prevedea reorganizarea spitalelor sub forma unor asociații sau fundații ori a unor societăți comerciale, într-un cuvânt privatizarea spitalelor publice, după ce în cursul aceluiași an 2011, au fost

¹ Declarația Universală a Drepturilor Omului adoptată și proclamată de către Adunarea generală a ONU la 10 decembrie 1948.

² A se vedea Irina Moroianu Zlătescu, Emil Marinache, Rodica Șerbănescu. *Principalele instrumente internaționale privind drepturile omului la care România este parte*. Vol. I, Instrumente universale, IRDO, București, 2006.

* Cercet. șt.

închise un număr de 65 de spitale declarate ca fiind nerentabile. Această teză a fost reluată recent de către Ministerul Sănătății și introdusă în pachetul legislativ care urmează să fie aprobat de către Guvernul României.

Protestele spontane ale populației din ianuarie 2012, în lipsa unei reacții ferme din partea societății civile, și motivul pentru care ele au fost declanșate, au demonstrat că sănătatea și funcționarea sistemului public de asistență medicală se numără printre preocupările principale și imediate ale cetățenilor. Cetățenii și-au manifestat în mod democratic opțiunea privitoare la sistemul public de sănătate, iar politicienii au obligația de a ține cont de aceasta și de a veni cu soluții ca sistemul public de sănătate din România să asigure accesul tuturor la un serviciu medical de calitate³.

În orice țară civilizată, statul își asumă obligația garantării unui sistem de ocrotire a sănătății, prin care sprijină, în baza legii, persoanele aflate în situații care necesită ajutor. În același timp, sistemul sanitar trebuie să corespundă așteptărilor populației, implicând respectul față de cetățean (autonomie și confidențialitate) și orientarea beneficiarului (servicii prompte și de calitate a dotărilor). Un alt obiectiv îl reprezintă finanțarea echitabilă, în care cheltuielile să reflecte capacitatea de plată, și nu neapărat riscul de îmbolnăvire.

Sistemele sanitare ale lumii se clasifică potrivit eficienței cu care transformă cheltuielile în sănătate. Se au în vedere aici, în corelație, cheltuielile pentru îngrijirea sănătății, ajustate conform prețurilor locale, cu asigurarea stării de sănătate. Ca factor determinant pentru sănătate, în calcul a fost cuprins și nivelul de educație al populației. Acest demers conduce la definirea de către World Health Report⁴ a sistemului sanitar drept „toate activitățile al căror scop principal este de a promova, restabili sau menține sănătatea”.

Atunci când vine vorba despre performanțele sistemelor sanitare, poate părea surprinzător că cel mai bine finanțat sistem din lume, al SUA, nu este de găsit în topul statelor cu un sistem de sănătate eficient. În lista alcătuită de Bloomberg pe baza mai multor indicatori, s-au calificat doar

sisteme sanitare ale unor țări din Europa și Asia, dar și cel al Australiei. România ocupă locul 34 din 48 de state evaluate.

Criteriile folosite de Bloomberg pentru selecția țărilor din acest top sunt speranța de viață și costul serviciilor medicale per capita. De ce nu este și sistemul sanitar al SUA în top? Chiar dacă în 2010, SUA a alocat mai mulți bani pentru sănătate decât orice stat din lume (2,6 trilioane de dolari, adică 17,6% din PIB), cetățenii americani au o speranță de viață mai mică decât cetățenii din țările unde se cheltuiește mult mai puțin cu sănătatea, notează experții de la Institutul American de Cercetare și de la Institutul de Medicină.

Spitalele indiferent de forma lor de organizare sunt supuse reglementarilor autorității centrale în domeniu. În ceea ce privește organizarea sistemelor de sănătate, pe plan internațional, s-au impus trei modele de furnizare a serviciilor spitalicești, care au constituit surse de inspirație pentru majoritatea statelor europene.⁵

Propun o scurtă analiză a trăsăturilor esențiale ale principalelor modele de sisteme de ocrotire a sănătății aplicate în spațiul european, existente la sfârșitul anilor '80: Modelul Semashko (Sistemul Centralizat de Stat) – întâlnit în fostele țări comuniste; Modelul Beveridge (Sistemul Național de Sănătate) – întâlnit în țările vestice; Modelul Bismarck (Sistemul bazat pe Asigurări publice obligatorii) – Germania, Franța, Olanda.

Modelul Semashko (modelul rus). După victoria revoluției socialiste din octombrie 1917, Lenin realizează că trebuie introdus socialismul și în medicină. În acest sens, cere sprijinul doctorului Semashko care gândește un sistem medical diferit. Acest model a fost caracteristic țărilor din Europa Centrală și de Răsărit, foste comuniste, implicit și în România până în jurul anilor 1997-1998, iar printre trăsăturile sale, distingem: finanțarea din impozite, taxe și alte prelevări; administrarea și finanțarea se face de către instituțiile statului; serviciile de sănătate de aproape toate tipurile erau un drept social al fiecăruia, fără nici o cheltuială sau cu foarte mici cheltuieli personale; medicii sunt bugetari (în subordinea statului); se constată un grad ridicat de centralizare; nu există sector privat în

³ A se vedea Mircea Niță, *Improving the Health System in Romania*, Indian Journal of Applied Research, Sara Publishing Academy, Vol. 4, Issue 2/2014, pp. 42-43.

⁴ A se vedea World Health Report 15 august 2013 (<http://www.who.int/whr/en/>).

⁵ A se vedea Cristian Silviu Bușoi, *Sisteme de sănătate*, Rev. Management în sănătate, XIV/2/2010.

domeniul serviciilor de sănătate; se pune accent pe îngrijirea de specialitate;

Ca orice model, acesta prezintă și o serie de dezavantaje, printre care amintim: prin faptul că resursele financiare sunt repartizate de la bugetul de stat, sistemul de asigurări sociale este permanent dependent de oportunități politice, concurând cu celelalte cheltuieli bugetare, precum apărarea, învățământul, cultura etc. În special în situații de criză economică încasările de impozit scad, în timp ce necesarul financiar pentru politica socială crește; cetățenii nu percep legătura dintre contribuțiile lor și serviciile pe care le primesc; sistemul nu stimulează responsabilitatea personală în gospodărirea resurselor; sărăcia ofertelor duce la „piața neagră a sănătății”, greu accesibilă pentru bolnavii cu venituri modeste și dezonorantă pentru medici.

În anii '70 acest sistem centralizat, greoi, începe să nu mai facă față datorită revoluției tehnico – științifice medicale care a promovat noi medicamente și tratamente foarte scumpe. În această situație, singura sursă de venituri nu a mai fost capabilă să finanțeze sistemul medical.

Modelul Beveridge (Sistemul Național de Sănătate). Există un sistem adoptat de Regatul Unit al Marii Britanii și de Suedia, care este numit adesea **sistemul Beveridge**, după numele fondatorului său și care este un sistem național în care îngrijirile sunt accesibile tuturor, iar finanțarea se face din taxe și impozite. Suma totală a indemnizațiilor nu depinde de salariul anterior, iar îngrijirile de sănătate sunt garantate tuturor, fără cotizație prealabilă. Gestionarea sistemului este realizată de o administrație profesionistă care rămâne sub controlul Parlamentului. Modelul britanic a inspirat mai mult sau mai puțin Italia, Spania, Grecia și Portugalia.⁶

Modelul Bismark (Sistemul bazat pe Asigurări publice obligatorii). Un al treilea tip de sistem care s-a impus în Germania, dar și în țările Benelux-ului, este **sistemul Bismark**, după numele cancelarului german care a instituit acest model. Acest model a fost adoptat de către România în anul 1999, suferind mai multe reforme în decursul ultimilor 15 ani.

Cotizațiile stabilite după muncă sunt gestionate de case independente alese de

⁶ A se vedea Roderick E. McGrew, *Encyclopedia of Medical History*, Macmillan 1985.

cotizant. Sistemul nu este gestionat de stat, nu depinde de Parlament, ci de sindicaliști, care negociază cu medicii. Îngrijirile sunt stabilite prin contracte între profesiile medicale și Casele de Sănătate, care reprezintă interesele cotizanților.

Sistemul de asigurare socială obligatorie asigură indivizii ca membri de categorii socio-profesionale.

În literatura de specialitate se descriu cinci modele de finanțare a serviciilor de sănătate: plata din buzunar („out of pocket”), taxe generale, asigurările sociale de sănătate, asigurările private sau voluntare, donații sau asigurări ale comunității.

Tendințe de reformă la nivel european. În sistemele de tip Beveridge⁷, 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 Portugalia⁸. 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 baza unui buget repartizat de la nivel central;
- stimularea dezvoltării relațiilor contractuale între aceste organizații și spitale;
- creșterea autonomiei manageriale a spitalelor, în interesul adaptării la nevoile de

⁷ A se vedea Gheorghe, Andrei, *Reforma spitalelor publice – evidențe din spațiul european* (Policy report 02/2012). București: Observatorul Român de Sănătate, pp.8-11.

⁸ A se vedea André de Laubadere, *Traité de droit administratif*, 6-ème édition, vol. I, Paris, LGDJ, 1973.

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 contractare⁹, 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. Pe de altă parte, reformele în Suedia și Italia au debutat cu accent pe trecerea spitalelor în proprietatea și/sau administrarea autorităților regionale.

În sistemele de tip Bismark 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 asigurări 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.

Tendențele de reformă din România. O parte centrală a reformei este procesul de descentralizare. Schimbările în această direcție au fost inițiate în 2002, când s-a produs o

descentralizare administrativă a spitalelor – imobilele în care funcționau spitalele au trecut din proprietatea statului în proprietatea și administrarea consiliilor locale și județene. Timp de câțiva ani nu a mai fost luată nici o măsură în acest sens, lucru ce a creat premisele unei funcționări defectuoase, atâta timp cât clădirile erau gospodărite local, dar toate celelalte aspecte legate de funcționarea spitalului (financiar, managerial sau legat de resursa umană) erau administrate sau monitorizate la nivel central¹⁰. În sfârșit, în iunie 2009 se produce continuarea firească a măsurii din 2002, și anume descentralizarea spitalelor cu toate componentele lor funcționale și structurale: prin acest proces, încheiat spre finalul anului 2010 a fost transferată autoritatea a peste 350 de unități spitalicești de la stat la autoritățile locale. La finalul anului 2010, a fost adoptată a altă măsură legată de descentralizare, *Ordonanța de Urgență pentru modificarea Legii 95/2006*¹¹, prin care Guvernul stabilește măsurile necesare pentru descentralizarea Fondului Național Unic de Asigurări de Sănătate. Prin aceasta se stipulează că un procent de 60% din contribuțiile juridice și fizice colectate vor rămâne la dispoziția caselor de asigurări de sănătate județene.¹² Este o măsură care urmează în mod firesc descentralizării spitalelor, pentru că ea asigură autonomia financiară necesară exercitării autorității de către nivelul local.

Din păcate, în cadrul instituțiilor medicale (mai ales în spitale, atât publice, cât și private), calitatea managementului este apreciată, de cele mai multe ori, doar în funcție de factorul economic. Încadrarea în buget, echilibrul între venituri și cheltuieli ș.a.m.d. sunt factori determinanți în clasificarea unei echipe manageriale ca fiind performantă sau nu. Se omite faptul că unitățile sanitare nu sunt fabrici.

¹⁰ A se vedea Mircea Niță, *Financing Health System in Romania and The Claw-Back Tax*, Indian Journal of Applied Research, Sara Publishing Academy, Volume 4, Issue 2/ 2014, pp. 39-41.

¹¹ Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 2/2014 pentru modificarea și completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, precum și pentru modificarea și completarea unor acte normative, publicată în M. Of., I, nr. 104, din 11 februarie 2014.

¹² A se vedea Adela Elena Popa, *Medici și Pacienți, Două perspective asupra reformei și descentralizării din sistemul sanitar*, Revista Calitatea Vieții, Institutul Național de Cercetări Economice, București, p. 2 și urm.

⁹ Health Authorities în perioada 1991-1997, apoi Primary Care Trusts începând cu 2002.

Produsul acestora nu poate fi apreciat prin ecuația: prețul de vânzare minus cel de producție egal profitul. Și asta dintr-un motiv foarte simplu: sănătatea nu are preț. Dar obținerea, respectiv păstrarea ei, se fac cu un anume preț, mai mare sau mai mic, în funcție exact de cei doi factori în discuție: calitatea actului medical și managementul de calitate al acestuia. „Actualul mod de finanțare, în condițiile absenței unui pachet minimal de servicii, fie prin plata în sumă fixă, pe caz rezolvat, fie în funcție de complexitatea cazului, prin sistemul DRG, aruncă buna finalizare a cazului în curtea unor calcule seci, contabile.”¹³

Pentru a se „acoperi” de hârtii, medicii au tendința de a face un exces în prescrierea investigațiilor paraclinice. Conform unor statistici, doar cca. 25% dintre investigațiile paraclinice prescrise au valori modificate, cu semnificație patologică. Asta înseamnă risipirea resurselor în detrimentul tratamentului.

De aici rezultă nevoia de protocoale terapeutice. Vorbind despre acestea, ele sunt standardizate doar pentru afecțiunile cronice și în special pentru cele cuprinse în programele naționale. Din păcate, acestea nu sunt permanent actualizate, conținând principii active depășite, dintre care unele nu se mai produc decât la comandă, fapt care duce la discontinuități în aprovizionare. Din punctul nostru de vedere, aceasta este una din principalele cauze care, asociată cu lipsa de interes și de implicare a factorilor decizionali, au generat așa-numita criză a medicamentelor. Absența protocoalelor clare favorizează, în același timp, și risipa.

Utilizarea tehnicilor și medicamentelor de ultima generație este prohibită prin prețul ridicat al acestora. Un bun management al calității actului medical este, în acest caz, obligatoriu și ar trebui făcut ținând cont de costurile totale pe care acesta le presupune. Astfel s-ar constata și demonstra că, de multe ori, utilizarea unui medicament mai scump se poate dovedi a fi o măsură mai ieftină din punct de vedere financiar, de exemplu, numărul mai mic de doze care trebuie administrate, numărul mai mic de

zile de spitalizare necesare și, poate, mai puține efecte adverse care trebuie tratate (având, și acestea, costurile lor). De asemenea, reintegrarea socială și profesională mai rapidă a pacientului poate scădea, la rândul său, costurile pe care trebuie să le suporte sistemul¹⁴.

Un act medical de calitate se poate obține, atât printr-un management riguros și eficient al calității actului medical în sine, cât și printr-o calitate crescută a managementului resurselor umane și materiale implicate în asigurarea sănătății populației. În contextul descentralizării administrării spitalelor și, prin aceasta, expunerii lor în fața influențelor politice locale și deciziilor, uneori discreționare, ale managerilor (care, din păcate, nu se dovedesc întotdeauna a fi în concordanță cu ce este necesar pentru un act medical de calitate), se simte nevoia existenței unui organism centralizat care să îndeplinească acest control exercitat de către autoritatea centrală din domeniu, respectiv Ministerul Sănătății.

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. 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.

Este de importanță vitală reforma 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. Succesul unei reforme depinde de măsura în care activitățile aferente (planificare, implementare, monitorizare, ajustare) sunt gândite de la bun început în ansamblul lor.

¹³ A se vedea Sorin Ungureanu, *Managementul calității sau calitatea managementului în sistemul sanitar românesc*, Revista Eurocomunitateamedicala.ro, p. 2.

¹⁴ A se vedea Mircea Niță, *Improving the Health System in Romania...* op. cit., pp. 42-43.