

# MODELE DE ORGANIZARE A SERVICIILOR MEDICALE SPITALICEȘTI ÎN ȚĂRI DIN EUROPA

MIRCEA CIOCAN

## Abstract:

A health system can be viewed as a set of markets, interacting and interdependent while the institutionalized market of medical services is one of the links in this ensemble, being among the institutions that make up this market: hospitals, sanitariums, Balneoclimateric treatment facilities, specialized tertiary care centers etc. Public discourse focuses on hospitals for reasons both considering the significant volume of financial and human capital that is associated with them, as well as the increased flow of patients they support. The clinical context where patients have immediate access to hospital services is one of the reasons that public perception is often resistant to adopting market conditions in this sector.

Financing the health sector is an essential factor for the organization and functioning of any health care system. Health care policy is closely tied to the financing sources of health services.

**Keywords:** public hospital funding hospitals, health systems

## Résumé:

Un système de santé peut être considérée comme un ensemble de marchés en interaction et interdépendants alors que le marché institutionnalisé de services médicaux est l'un des maillons de cet ensemble, étant parmi les institutions qui composent ce marché: les hôpitaux, les sanatoriums, balneo-climatériques installations de traitement, centres de soins tertiaires spécialisée, etc. Le discours public se concentre sur les hôpitaux pour des raisons à la fois compte tenu du volume important de capital financier et humain qui est associé avec eux, ainsi que l'augmentation du flux des patients qu'ils prennent en charge. Le contexte clinique où les patients ont d'accès a des services immédiats de l'hôpital est l'une des raisons pour lesquelles la perception du public est souvent résistant à l'adoption des conditions de marché dans ce secteur.

Financement du secteur de la santé est un facteur essentiel pour l'organisation et le fonctionnement de tout système de soins de santé. Politique de soins de santé est étroitement liée à des sources de financement des services de santé.

**Mots-clés:** les hôpitaux de financement des hôpitaux publics, les systèmes de santé

Prezentul articol își propune studierea modelelor consacrate de organizare a sistemelor de sănătate existente în lume și care au stat la baza celorlalte sisteme dezvoltate în diferite țări. Acestea reprezintă modele ideative pure deoarece fiecare țară a adoptat atât ca formă cât și ca și conținut doar atât cât a putut fi adaptat particularităților locale și numai în limita în care decidenții implicați au putut asimila. Studiere modelelor se va face în corelare cu evoluția celor mai importanți indicatori care reflectă la nivel macro evoluția stării de sănătate a populației, modul în care sistemul sanitar românesc își dovedește eficiența. Tendințele principalilor indicatori de mortalitate și de morbiditate ne pot arăta direcțiile înspre care vor trebui îndreptate politicile de sănătate publică pe viitor, dar mai ales măsurile de prevenție a unor îmbolnăviri. Indicatorii de calitate ai sistemului vor putea servi ca repere în activitatea administrativă și legislativă viitoare.

**Serviciile medicale spitalicești.** Spitalul este unitatea sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu

personalitate juridică, proprietate publică sau privată, care asigură servicii medicale. Serviciile medicale acordate de spital sunt: preventive, curative, de recuperare, de îngrijire, în caz de graviditate, maternitate și îngrijirea nou-născuților<sup>1</sup>.

În România exista mai multe categorii de spitale clasificate după anumite caracteristici: 1. în funcție de teritoriu spitalele se clasifică în: județene, municipale și orașenești, comunale; 2. în funcție de specificul patologic spitalele se clasifică în: generale, de urgență, de specialitate, pentru bolnavii cu afecțiuni cronice; 3. în funcție de regimul juridic al proprietății spitalele pot fi: publice, private și mixte; 4. în funcție de modul de finanțare spitalele pot fi: spitale cu finanțare din fonduri publice, spitale cu finanțare din fonduri private, spitale cu finanțare mixtă; 5. din punct de vedere al învățământului și cercetării științifice medicale, spitalele se clasifică în: spitale clinice, spitale universitare.

Referitor la clasificările de mai sus este necesară definirea câtorva tipuri de unități medicale

\* Cercet. științific.

<sup>1</sup> Legea nr. 95/2006 privind reforma în sănătate, cu modificări și completări ulterioare, art.165.

spitalicești care prezintă relevanță din perspectiva cunoașterii sistemului.

- Spitalul public este spitalul proprietate publică a statului sau al unităților administrativ-teritoriale organizate ca instituții publice.

- Spitalul privat este spitalul proprietate privată a persoanelor juridice de drept privat.

- Spitalul clinic este spitalul care are în componența sa cel puțin două clinici în specialități diferite care desfășoară asistență medicală, activitate de învățământ și cercetare științifică medicală și de educație medicală continuă.

- Spitalul universitar este spitalul organizat în centre universitare medicale în structura căruia toate secțiile de specialitate sunt clinici universitare. Clinica universitară are în structura ei una sau mai multe secții clinice. Secțiile clinice sunt secțiile de spital în care se desfășoară activități de învățământ universitar.

Structura organizatorică a spitalului cuprinde după caz: secții, departamente, laboratoare, servicii de diagnostic și tratament, compartimente, servicii sau birouri tehnice, economice și administrative, servicii de asistență prespitalicească și transport urgențe, structuri de primiri urgente și alte structuri aprobate de Ministerul Sănătății. Spitalele pot avea în componența lor structuri care acordă servicii ambulatorii de specialitate. Serviciile medicale furnizate ambulatoriu de spital cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau chirurgical, îngrijiri, recuperare, medicamente și materiale sanitare, proteze<sup>2</sup>.

Activitățile organizatorice și funcționale cu caracter medico-sanitar din spitale sunt reglementate și supuse controlului Ministerului Sănătății, autoritatea centrală în domeniul asistenței de sănătate publice. În spitale se pot desfășura și activități de învățământ medico-farmaceutic, postliceal, universitar și post universitar precum și activități de cercetare științifică<sup>3</sup>.

Criteriile pentru desfășurarea activităților de cercetare științifică medicală se propun de către Academia de Științe Medicale și se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și familiei cu avizul Ministerului Educației Naționale și Cercetării

<sup>2</sup> Formele de spitalizare sunt: spitalizarea continuă, spitalizarea de zi și de o zi.

<sup>3</sup> A se vedea **Marcean Crin**, *Tratat de nursing: îngrijirea omului sănătos și bolnav*, Editura Medicală, București, 2010.

Științifice, iar criteriile pentru desfășurarea activităților de învățământ se elaborează și aprobă de Ministerul Sănătății cu avizul Ministerului Educației Naționale și Cercetării Științifice. Colaborarea dintre spitale și instituțiile de învățământ medical se realizează pe bază de contract încheiat potrivit metodologiei aprobate prin ordin comun al ministrului sănătății și al ministrului educației naționale și cercetării științifice. Activitățile de învățământ și cercetare sunt organizate astfel încât să consolideze calitatea actului medical cu respectarea drepturilor pacienților, a eticii și deontologie medicale.

Problemele de etică și deontologie profesională sunt de competența, după caz a Colegiului Medicilor din România, Colegiului Farmaciștilor din România sau a Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România.

Înființarea sau desființarea spitalelor publice se face prin hotărâre a Guvernului înștiințată de Ministerul Sănătății cu avizul Consiliului Local sau Județean.

În cadrul spitalului se organizează consiliul medical format din medici șefi de secție, șefi de compartimente, laboratoare sau compartimente.

Coordonarea strategică a conducerii spitalelor publice este asigurată de către Consiliul de administrație care este constituit din 7-9 membri în funcție de mărimea spitalului și complexitatea serviciilor medicale acordate<sup>4</sup>.

Spitalul are obligația să înregistreze, să stocheze, prelucreze și să transmită informațiile legate de activitatea sa și să raporteze către Direcția de Sănătate Publică Teritorială și constituie baza de date la nivel național pentru decizii majore de politică sanitară și pentru raportările necesare organismelor Uniunii Europene și Organizației Mondiale a Sănătății (OMS).

<sup>4</sup> Potrivit art. 186 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în sănătate, cu modificări și completări ulterioare, Consiliul de administrație se compune din: doi reprezentanți ai Ministerului Sănătății sau al Direcției de Sănătate Publică, după caz; doi reprezentanți numiți de Consiliul Județean și Local; un reprezentant numit de primar sau de președintele consiliului județean, după caz; un reprezentant al Colegiilor Medicilor din România; un reprezentant al Ordinului Asistenților Medicali și Moașelor din România; directorul general al spitalului; doi reprezentanți ai Senatului universitar pentru spitalele clinice și universitare. Pentru spitalele clinice, universitare și institutele clinice candidații la funcția de director general trebuie să fie obligatoriu cadre didactice universitare.

**Finanțarea spitalelor.** Spitalele funcționează pe principiul autonomiei financiare pe baza sumelor prevăzute în contractele pentru furnizarea de servicii medicale, precum și din sume obținute, în condițiile legii de la persoanele fizice și juridice și își elaborează, aprobă și execută bugetele proprii de venituri și cheltuieli. Contractul de furnizare de servicii medicale al spitalului cu casa de asigurări de sănătate reprezintă sursa principală a veniturilor în cadrul bugetului de venituri și cheltuieli și se negociază cu consiliul de administrație cu conducerea casei de asigurări de sănătate, în funcție de indicatorii stabiliți de contractul-cadru de furnizare de servicii medicale. Spitalele pot încheia contracte de furnizare de servicii medicale și cu casele de asigurări de sănătate private.

Separat de veniturile realizate de spitale din contractele încheiate cu casa de asigurări de sănătate, spitalele publice primesc finanțare după cum urmează:

- de la bugetul de stat și bugetul Ministerului Sănătății;
- de bugetul Consiliului Local și al Consiliului Județean pentru spitalele locale;
- de la bugetul Ministerului de Resort, pentru spitalele cu rețea sanitară proprie.

De la bugetul de stat se asigură desfășurarea activităților cuprinse în programele naționale de sănătate; dotarea cu echipamente medicale de înaltă performanță; investiții legate de construirea de noi spitale și pentru finalizarea celor aflate în execuție.

Bugetele locale asigură finanțarea unor cheltuieli pentru finalizarea construcțiilor noi și realizarea unor lucrări de reparații curente și capitale, precum și pentru dotarea spitalelor cu aparatură medicală.

Spitalele publice pot realiza venituri proprii suplimentare din: donații și sponsorizări; asocieri investiționale în domenii medicale sau de cercetare medicală și farmaceutică; închirierea temporară a unor spații medicale, dotări cu echipamente sau aparatură medicală către alți furnizori de servicii medicale; contracte privind furnizarea de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări private sau agenți economici; editarea și difuzarea unor publicații cu caracter medical; servicii medicale, hoteliere sau de alta natură furnizate la cererea

pacienților sau angajaților; servicii de asistență medicală la domiciliu furnizate la cererea pacienților.

**Finanțarea sectorului de sănătate.** Un sistem de sănătate poate fi privit ca un ansamblu de piețe care interacționează și se condiționează reciproc, iar piața serviciilor medicale instituționalizate reprezintă una dintre verigile acestui ansamblu<sup>5</sup>

. Se numără printre instituțiile care alcătuiesc această piață spitalele, sanatoriile, unitățile de tratament balneo-climateric, centrele de îngrijire terțiară specializată etc. Discursul public se concentrează asupra spitalelor din motive ce țin atât de volumul important de capital financiar și uman care le este asociat, cât și de fluxul crescut de pacienți pe care îl suportă. Contextului clinic iminent în care pacienții accesează serviciile spitalicești este doar unul dintre motivele pentru care percepția publică este adesea rezistentă adoptării condițiilor de piață în acest sector.

Finanțarea sectorului sănătății este un factor esențial pentru organizarea și funcționarea oricărui sistem de îngrijire de sănătate. Politica îngrijirilor de sănătate este strâns legată de mijloacele de finanțare a serviciilor de sănătate.

Prin implementarea legii asigurării sociale de sănătate, Legea nr. 145/1997, Guvernul României a ales schimbarea sistemului îngrijirilor de sănătate de la un sistem centralizat la unul bazat pe asigurări sociale de sănătate<sup>6</sup>.

Schimbările esențiale intervenite în finanțarea sectorului serviciilor de sănătate, îmbracă următoarele aspecte: serviciile medicale vor fi finanțate în principal din contribuțiile populației asigurate; colectarea contribuțiilor este asigurată de casele de asigurări de sănătate; prin plata contribuțiilor fiecare persoană asigurată este protejată împotriva costurilor cauzate de îmbolnăviri și accidente și este îndreptată către serviciile de sănătate furnizate prin intermediul medicilor de familie și al spitalelor, medicamente și materiale sanitare în funcție de nevoile de îngrijiri medicale. De asemenea, Casa de Asigurări de Sănătate folosește

<sup>5</sup> A se vedea **Hsiao WC**. *Abnormal Economics in the Health Sector*, Health Policy, 1995.

<sup>6</sup> Legea nr. 145 din 24 iulie 1997 a asigurărilor sociale de sănătate.

fondurile colectate în principal pentru plata serviciilor realizate de furnizorii de servicii de sănătate pe baza contractului încheiat, în contract fiind stipulate cantitatea, calitatea și prețul serviciilor de sănătate. În acest sens, spitalele vor trebui să acopere cheltuielile serviciilor de sănătate realizate, prin prezentarea notei de plată către Casa de Asigurări de Sănătate, potrivit contractului.

Relația dintre spitale și Casa de Asigurări Sociale de Sănătate creează bazele autonomiei spitalicești, autonomie prevăzută în Legea nr. 146/1999 privind organizarea, conducerea, funcționarea și finanțarea spitalelor. Potrivit aceste legi, spitalele sunt considerate instituții autonome de interes public și sunt îndreptățite a avea propriul buget operațional.<sup>7</sup>

Legea nr. 146/1999 are următoarele implicații:

- spitalele devin furnizori de servicii de sănătate care își „vând” aceste servicii caselor de asigurări de sănătate pe baza contractelor medicale încheiate în acest scop de cele două părți;

- spitalele pot obține resurse financiare numai prin plățile pentru serviciile de sănătate furnizate;

- a luat naștere o „piață a serviciilor de sănătate” în care spitalele concurează pentru contracte medicale;

- reforma financiară accentuează importanța unui bun management al spitalului, managerii trebuind să îmbunătățească organizarea serviciilor de sănătate pe care spitalul le furnizează în scopul obținerii efectelor pozitive în utilizarea resurselor și în calitatea serviciilor;

- spitalele trebuie să realizeze un echilibru între venituri și cheltuieli, să utilizeze în mod eficient resursele, să antreneze angajații în vederea atingerii obiectivelor propuse.

Unul din obiectivele principale ale oricărui spital este obținerea resurselor care vor acoperii cheltuielile necesare furnizării unor îngrijiri medicale de calitate pentru cei asigurați.

Spitalele trebuie să-și evidențieze pachetul de servicii de sănătate pe care le pot furniza. Aceste pachete de servicii pot cuprinde: servicii medicale ambulatorii; servicii medicale în regim de internare; servicii medicale de urgență; asistență

<sup>7</sup> Legea nr. 146/1999 privind organizarea, funcționarea și finanțarea spitalelor.

medicală prenatală, intranatală și postnatală; servicii medicale de recuperare; servicii de asistență stomatologică; îngrijiri la domiciliu; medicamente, materiale sanitare, proteze.

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.

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.

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<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Sistemul serviciilor de sănătate din România de până în 1989, care nu a suferit nici după 1990 modificări substanțiale, a fost inspirat la apariția sa (la sfârșitul anilor '40 și în anii '50) din modelul sovietic (Semashko), având însă similitudini și cu sistemele existente în unele țări din Europa de Vest – Marea Britanie, țările nordice.

Principiile sistemului, multe dintre ele concordante cu recomandările făcute de Organizația Mondială a Sănătății, în anii '70 aveau la bază caracterul de stat, profilaxia, unitatea de conducere a întregului sistem, planificarea, gratuitatea și accesibilitatea largă la asistență medicală, caracterul științific al politicii sanitare și participarea conștientă a populației la apărarea propriei sănătăți.

Dacă multe din aceste principii sunt greu de criticat, unele din ele au fost folosite ca lozinci, aplicarea lor în practică devenind din ce în ce mai dificilă și mai caricaturală.

Este importantă înțelegerea faptului ca serviciile de sănătate constituie doar un subsistem al sistemului de sănătate și se referă la unitățile și prestațiile preponderent medicale pe care le produc aceste unități<sup>9</sup>.

În esență, sistemul serviciilor de sănătate a fost și este un sistem organizat și finanțat de către stat, fiind alcătuit dintr-o rețea de unități sanitare proprietate a statului, administrate într-o structură centralizată, având la vârf Ministerul Sănătății. Finanțarea se face din impozite și taxe generale prin bugetul de stat, iar medicii sunt salariați ai statului.

Examinarea critică a finanțării, organizării și funcționării sistemului serviciilor de sănătate de tip Semashko scoate în evidență, pe lângă neajunsurile sale, și o serie de avantaje.

Sistemul a fost dezvoltat pe principii de echitate, asigurând accesul la servicii de sănătate cuprinzătoare pentru cvasitotalitatea populației.

Accesul la servicii nu a fost influențat de capacitatea de a plăti a pacientului. Avantajul absenței plății în momentul utilizării s-a erodat însă pe măsură ce veniturile profesiei medicale au devenit (și mai ales au fost percepute) tot mai necorespunzătoare și s-a ajuns ca sumele pretinse sau primite suplimentar de la pacienți de către personalul sanitar să fie considerate socialmente acceptabile sau chiar îndreptățite.

Finanțarea și organizarea sistemului au permis un control eficace al costurilor. Proporția cheltuielilor pentru sănătate din PIB a fost relativ scăzută. „Prețul” unei asemenea limitări a fost și

lipsa sau limitarea accesului la unele servicii, în special cele necesitând cheltuieli mari pentru echipamente sau materiale (de exemplu, dializa renală, chirurgie cardiovasculară, transplante, proteze articulare, tomografie computerizată).

Sistemul a funcționat cu structuri și costuri administrative reduse. Infrastructura serviciilor a fost bine dezvoltată extensiv, existând o rețea integrată de dispensare (teritoriale și de întreprinderi), policlinici și spitale.

Asigurarea asistenței medicale a populației cu paturi, chiar supradimensionată față de nevoile reale, de posibilitățile acoperirii cheltuielilor curente și față de densitatea paturilor existentă în țările occidentale.

În ciuda acestor avantaje, sistemul a avut și o seamă de aspecte negative, care începând cu anii '80 au devenit din ce în ce mai vizibile, deteriorându-se atât starea de sănătate a populației, precum și asistența medicală. Dintre dezavantajele acestui sistem subliniem pe cele mai importante.

Probabil, că principala limită conceptuală a fost neînțelegerea faptului că sănătatea este o „afacere a întregii societăți”, care are drept consecință încorporarea ei ca o țintă sau ca o variabilă în planurile de dezvoltare economică și socială. De aici, a decurs a doua consecință nefastă și anume creditarea serviciilor sanitare cu responsabilitatea și puțința ameliorării stării de sănătate a populației, când partea imputabilă acestui sector nu reprezintă nicăieri mai mult de 10-15%. Urmarea firească a constituit-o culpabilizarea medicilor și a sectorului sanitar pentru toate insatisfacțiile generate de deteriorarea stării de sănătate care era preponderent rezultanta acțiunii conjugate a altor factori (social economici, comportamentali, biologici, ambientali). De asemenea, medicalizarea excesivă a sănătății, influențată și de modul de organizare și conducere a serviciilor, marea majoritate a posturilor de conducere fiind ocupate de persoane fără nici o pregătire managerială, a redus mult șansele unor abordări intersectoriale, care să țină seama de toți factorii cu influență asupra sănătății.

Planificarea rigidă, la care s-a adăugat sistemul centralizat și de comandă, au sufocat inițiativele și responsabilitatea în gestiunea serviciilor de sănătate și mai ales în adaptarea lor la nevoile sanitare în schimbare.

<sup>9</sup> A se vedea **Vladescu C.**, *Managementul serviciilor de sănătate*, Editura Expert 2000.

Planificarea de tip normativ a fost ineficace și ineficientă. Sistemul nu a reușit să reducă inechitatea teritorială, nici în nivelul stării de sănătate, nici în asigurarea populației cu medici și nici în cea cu paturi. Finanțarea după criterii istorice, neținând seama de nevoile sanitare diferite ale populației, a accentuat disparitățile dintre județe.

Subfinanțarea serviciilor a determinat întârzieri considerabile în introducerea tehnologiilor noi necesare diagnosticului sau tratamentului patologiei actuale, generând ulterior carențe grave în asigurarea cu medicamente și materiale sanitare de uz curent.

**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.<sup>10</sup>

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. Sistemul național de sănătate tip Beveridge are următoarele caracteristici: guvernul este plătitorul serviciilor de sănătate; bugetul (venit global) este: divizat, repartizat după destinații, după criterii de importanță socială (după educație, sănătate, apărare, ordine publică); sumele care revin Ministerului Sănătății se repartizează pe zone administrative.

Sistemul național de sănătate tip Beveridge are următoarele avantaje: asigură acoperirea universală a populației; plata serviciului se realizează după administrarea actului terapeutic; grupurile cu risc au prioritate.

Totodată, sistemul național de sănătate tip Beveridge prezintă și o serie de dezavantaje: liste de așteptare pentru eșalonarea plății actelor terapeutice, pentru boli și categorii de bolnavi; personalul medical nu are stimulente. Modelul britanic a inspirat mai mult sau mai puțin Italia, Spania, Grecia și Portugalia.

<sup>10</sup> A se vedea **Odetta Duma**, *Management în sănătate*, Ed. PIM, Iași, 2011.

**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 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.

Sistemul Bismarck de asigurare socială obligatorie de sănătate are următoarele caracteristici:

– sursa de finanțare este prin contribuția pentru sănătate, care este obligatorie atât din partea angajatorului, cât și din a angajatului.

– contribuțiile stabilite prin lege sunt egale procentual, dar se reflectă diferit la nivelul persoanelor contribuabile în raport cu venitul real obținut;

– cota de participare a instituției și a angajatului este dependentă de politica executivului și potențialului economic (resurse suplimentare);

– contribuțiile de asigurări sunt încasate de Casa de Sănătate, instituție independentă de guvern;

– politicile de sănătate sunt stabilite de executiv împreună cu Ministerul Sănătății și Casele de Asigurări;

Casele de Asigurări selectează modelele de furnizare a serviciilor de sănătate, modele de plata, încheie contracte cu spitale, policlinici, cabinete medicale.

<sup>11</sup> A se vedea **Sinitchi G., Barliba I.**, *Sisteme de sănătate europene*, în revista „Practica Medicală” – Vol. 3, Nr. 3, 2008.

Avantajele sistemului de tip Bismarck<sup>11</sup> sunt: fonduri virate personalizate stabile; fluxuri bănești vizibile pe elementele componente ale sistemului; furnizarea serviciilor realizate eficient și oportun; programele de sănătate în concordanță cu politicile în domeniu; casa are o independență funcțională în raport cu executivul; combină „riscurile bune” cu „riscurile rele”; alocă serviciile de sănătate în funcție de nevoi; sprijină drepturile asiguraților.

Principalele dezavantaje ale acestui tip de sistem sunt următoarele: costuri administrative mari; serviciile de sănătate sunt pentru persoane asigurate și grupuri defavorizate; controlul costurilor serviciilor medicale cu execuție dificilă.

Cercetarea dinamicii sistemelor de sănătate la nivelul continentului european ne relevă o serie de specificități și particularități în schimbările survenite. În conformitate cu posibilitățile practice și financiare, măsurile administrative adoptate au dus inevitabil la reformarea sistemelor. Putem spune ca dintre toate domeniile serviciilor publice sistemul de sănătate a făcut obiectul celor mai profunde schimbări în întreaga Europă, astfel:

a) în sistemele de tip Beveridge. 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 Portugalia. 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<sup>12</sup>.

Reforma spitalelor a vizat următoarele aspecte:

- introducerea unor terțe organizații de interes public, cu caracter regional, care să achiziționeze

<sup>12</sup> A se vedea **Gheorghe A.**, *Reforma spitalelor publice – evidențe din spațiul european* (Policy report 02/2012), București: Observatorul Român de Sănătate.

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

b) în sistemele de tip Bismarck<sup>13</sup> 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 com-

<sup>13</sup> Ibidem.

petiție sunt cu atât mai pronunțate cu cât numărul organizațiilor aflate în rol de „cumpărător” (organizațiile care administrează fondurile de asigurări) este mai mare.

**Elemente de reformă în 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 (MS, 2010). 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 central. 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. Recent, la finalul anului 2010, a fost adoptată o altă măsură legată de descentralizare: Ordonanța de Urgență pentru modificarea Legii nr. 95/2006, 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.<sup>14</sup>

Este o măsură care urmează în mod firesc descentralizării spitalelor, pentru că ea asigură autonomia financiară necesară exercitării autorității de către nivelul local.

**Intenții de reformă.** Guvernul României prin Ministerul Sănătății își propune în cele ce urmează să continue reforma serviciilor medicale spitalicești prin *îmbunătățirea performanței și calității serviciilor de sănătate prin regionalizarea/con-*

*centrarea asistenței medicale spitalicești* așa cum rezultă din Strategia Națională de Sănătate 2014-2020.

În România sunt în prezent 360 de spitale publice (descentralizate către autoritățile locale, cu excepția spitalelor terțiare care au rămas în jurisdicția Ministerului Sănătății), de la spitale universitare care furnizează servicii terțiare de cel mai înalt nivel localizate în București și în alte șase centre universitare la spitale mici cu două-trei specialități sau chiar una singură. Există de asemenea o mare variabilitate în numărul de personal spitalicesc calificat sau ceea ce privește infrastructura și platoul tehnic de diagnostic și tratament, și respectiv în capacitatea spitalelor de a furniza servicii medicale de calitate, cost-eficiente și sigure pentru pacient. Unele cazuri tratate în spitale (mai ales în spitalele mici) sunt patologii simple care ar putea fi îngrijite în ambulatoriu, iar cazurile complicate sunt transferate în mod sistematic către spitalele județene și mai ales către spitalele clinice și universitare.

Reforma asistenței medicale cu paturi trebuie să prevadă reevaluarea spitalelor, raționalizarea lor precum și revizuirea criteriilor de clasificare a spitalelor, implementarea acestora și respectiv reorganizarea spitalelor pe niveluri de competență care să includă criteriile pentru îngrijirea integrată a pacientului critic și a cazurilor complexe, cu spitale regionale cu înalt nivel de performanță, cu personal și finanțare adecvată și înlocuirea ofertei de servicii spitalicești neperformante cu servicii alternative ambulatorii, respectiv servicii de lungă durată sigure, de calitate și cost-eficace.<sup>15</sup>

Direcțiile strategice de acțiune pe care Guvernul și le propune au în vedere elaborarea/aprobarea de către Ministerul Sănătății la fiecare trei ani a Planului Consolidat de Servicii de Sănătate (PCSS), pentru asigurarea continuității și integrării serviciilor de sănătate într-un sistem de servicii de sănătate performant și cost eficient, capabil să furnizeze servicii sigure și de calitate; dezvoltarea la nivelul Ministerului Sănătății a unei Unități de planificare a serviciilor de sănătate —

<sup>14</sup> A se vedea **Adela Elena Popa**, *Medici și Pacienți – Două perspective asupra reformei și descentralizării din sistemul sanitar*, în revista „Calitatea vieții”, XXII, nr. 2, 2011, pp. 177–200.

<sup>15</sup> Hotărârea nr. 1028/2014 privind aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2014-2020 și a Planului de acțiuni pe perioada 2014-2020 pentru implementarea Strategiei naționale



elaborarea PCSS și promovarea unei politici de regionalizare a serviciilor de sănătate, definirea de planuri regionale/județene de servicii de sănătate integrate pe baza unei metodologii unice elaborată de MS cu participarea CNAS. De asemenea se are în vedere:

a. Revizuirea și aprobarea Nomenclatorului de clasificare a spitalelor pe competențe (nivel și categorie de îngrijire pentru asigurarea îngrijirilor optime pentru cazurile de urgență precum și pentru cazurile complexe care nu reprezintă urgențe) prin:

– definirea structurii de paturi, de personal, a standardelor de platou tehnic;

– stabilirea metodologiei de colaborare profesională și „patronaj” tehnic între spitalele clasificate prin Nomenclator (la nivel regional/universitare, județean și local);

– crearea de platforme inter-spitalicești pentru folosirea în comun a unor resurse umane și tehnologice inclusiv prin continuarea dezvoltării sistemului de telemedicină interspitalicească și a celui care conectează spitalele cu prespitalul și cu sistemul de asigurare a asistenței medicale primare și ambulatorii;

– revizuirea/îmbunătățirea cadrului de reglementare privind transferul interspitalicesc a bolnavilor și a accesului la tehnologii medicale de diagnostic unice într-un teritoriu;

– implementarea prevederilor Nomenclatorului la toate unitățile/structurile cu paturi.

b. Asigurarea eficacității și controlul costurilor pachetului de servicii spitalicești, prin:

– finanțarea din fondurile asigurărilor sociale de sănătate a serviciilor cost-eficace, cu respectarea metodologiei și procedurilor de „parcurs terapeutic” pentru cele mai frecvente 20 de patologii și asigurarea continuității îngrijirilor

– diversificarea surselor de venituri pentru personalul medical din spitale în paralel cu diversificarea competențelor, atribuțiilor și responsabilităților personalului medical;

– implementarea unui sistem riguros de monitorizare a calității serviciilor și performanței

– asigurarea controlului și transparenței cheltuielilor publice spitalicești, odată cu diversificarea surselor de finanțare a serviciilor spitalicești și a formelor de organizare juridică a spitalelor

– elaborarea și implementarea de standarde de management spitalicesc pe tipuri și categorii de spitale pentru creșterea performanței managementului odată cu creșterea rolului autorităților locale în sănătate prin procesul de descentralizare;

– creșterea accesului personalului la programe de perfecționare (a) în conformitate cu ghidurile de practică, protocoalele clinice și procedurile de „parcurs terapeutic”; (b) de planificare, administrare și management a unităților cu paturi.

– asigurarea finanțării țintite în cazul unor afecțiuni a căror tratament este costisitor și eficient cum ar fi cazurile de infarct, trauma, accidente vasculare cerebrale...etc.

Ca urmare a faptului că în România ca și în majoritatea țărilor civilizate patologia modernă cauzată de stres, alimentație irațională și traume cauzate de accidente rutiere este tot mai complexă, necesitând medicație din ce în ce mai scumpă, pe de altă parte recrudescența unor boli ale sărăciei, specifice țărilor subdezvoltate cum ar fi TBC-ul, sifilisul și infecțiile bacteriene cu streptococ hemolitic (primele 3 clasate) impun disponibilizarea unor resurse financiare tot mai importante pentru sectorul sanitar.

România are același profil epidemiologic ca mai toate țările industrializate, cu o prevalență scăzută a bolilor transmisibile, dar o creștere a bolilor cardiovasculare, a cancerului și a bolilor care pot fi prevenite legate de stilul de viață (fumat, alcool și obiceiurile nesănătoase legate de alimentație), provocate de cauze externe, inclusiv a violenței și a factorilor de mediu. Boli netransmisibile sunt printre principalele cauze de deces și acestea includ boli ischemice de inimă, boli cerebrovasculare, hipertensiune, ciroza hepatică, cancer pulmonar, infecții ale tractului respirator inferior și a cancerului de sân. Rata ridicată a mortalității din cauza bolilor cardiovasculare este de interes special. Factori importanți de risc sunt hipertensiunea arterială, fumatul, colesterolul seric ridicat, indicele de masă corporală mare, consumul de alcool, o dietă săracă în fructe și legume, precum și lipsa activității fizice sunt estimate a fi cauzele principale pentru un procent ridicat de decese<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> A se vedea Nations Unies HRI/CORE/ROU/2011 Instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme rapport des États parties Roumanie.

**Provocări cărora trebuie să le facă față sistemul sanitar românesc.** În România aproape jumătate din decesele la bărbați și peste o treime din cele la femei pot fi evitate. Altfel spus, datorită disfuncțiilor sistemului sanitar în România mor anual peste 60000 de oameni, în fiecare an „dispărând” populația echivalentă a unui oraș de talia Sloboziei sau Giurgiului.

De asemenea, afecțiuni ușor de prevenit, care în multe state ale UE sunt aproape eradicate, continuă să afecteze un număr mare de români. De exemplu, incidența hepatitei B este dublă față de media UE și România are cea mai mare incidență a tuberculozei din cadrul statelor membre.

Totodată, toate studiile din ultimii ani indică insatisfacția personalului medical și a populației. Ancheta de opinie a populației asupra reformei

sanitare realizată de Centrul de Politici și Servicii de Sănătate în ianuarie 2005 a arătat că percepția populației asupra serviciilor de sănătate s-a înrăutățit față de anii anteriori: 31% (vs. 23% în 2003) dintre cei intervievați au considerat că starea sistemului de sănătate este atât de proastă încât acesta are nevoie de reforme majore. Populația este nemulțumită în special de serviciile spitalicești (37%), dar și de serviciile oferite de medicul de familie (19%), serviciile din ambulator (9%) și serviciile de urgență (7%). Preocuparea constantă a guvernanților, dar în egală măsură și a lucrătorilor din sectorul de sănătate publică, cât și al autorităților publice locale în a căror administrare sunt spitalele va trebui să fie aceea de a îmbunătăți această percepție prin servicii medicale de o mai bună calitate.