

INFLUENȚE DE NATURĂ ECONOMICO-MANAGERIALĂ MANIFESTATE LA NIVELUL SISTEMELOR DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Ionel Bostan*
Veronica Grosu**

Rezumat

Scopul unui sistem de asistență medicală este de a promova perpetuu protecția sănătății generațiilor umane actuale, prin intermediul resurselor de care dispune, dar și a celor viitoare, întrucât și acestea au același drept la siguranță. În acest context, profesia medicală trebuie să fie orientată spre îngrijire, tratament și prevenire a bolilor, pentru a proteja sănătatea și demnitatea persoanei, în mod prioritar față de oricare alte interese mai restrânse. Lucrarea încearcă o descriere a conceptului de sistem sanitar, luând în considerare punctele de vedere ale cercetătorilor recunoscuți în domeniu, axându-se pe impactul schimbărilor în materie de consum al produselor și serviciilor medicale, ținând cont și de liniile directoare care stabilesc post-reforma sistemului respectiv în Europa și America de Nord.

Cuvinte cheie: sistemul național de asistență medicală, politica de sănătate, recesiunea economică, piața serviciilor de asistență medicală.

1. Introducere

Sistemele sanitare, sănătatea și bunăstarea se influențează în mod reciproc, fiind corelate între ele prin raporturi foarte dinamice. În ultimii ani s-a putut constata că un sistem sanitar de înaltă calitate este esențial pentru

îmbunătățirea sănătății publice, iar criza recentă a demonstrat necesitatea sistemelor sanitare solide, pentru a putea da răspunsuri adecvate atât la nivelul fiecărei țări cât și la nivel internațional.

La nivel european, în anul 2007, un grup de lucru suedez, a publicat o

* Prof. univ., Dr., Universitatea „Ștefan cel Mare” Suceava, România, e-mail: ionel_bostan@yahoo.com

** Asist. univ., Dr., Universitatea „Ștefan cel Mare” Suceava, România

clasificare a sistemelor sanitare europene din punct de vedere al consumatorilor. Clasificarea sistemelor sanitare din 29 de țări europene, conform unor indicatori importanți pentru cetățeni și consumatori, a fost publicat în Raportul numit „*Euro Health Consumer Index 2007*”. Pe primul loc în această clasificare se situează Austria, datorită rezultatelor foarte bune din practica medicală, accesului la cure excelente și ratei de supravețuire de 5 ani pe tumoare, una din cele mai bune rate din UE. Urmează țări ca: Germania, Franța, Italia și Grecia, unde serviciile de informare cu privire la sănătate sunt foarte transparente și au un potențial accesibil, pentru că în practică publicul nu le cunoaște foarte bine. Sistemul sanitar italian, este caracterizat printr-un comportament „de putere” al medicilor și experților din acest domeniu, comportament care se traduce printr-o autonomie redusă a pacienților ce se adresează adesea experților, ca mediatori de informații cu privire la sănătate. În Danemarca și țările nordice, există sisteme sanitare care permit accesul direct al pacienților la informațiile medicale necesare [3].

În ceea ce privește calitatea serviciilor sanitare, Spania și Italia obțin cel mai bun rezultat, chiar dacă conform acestei clasificări, excelența serviciilor sanitare din Sudul Europei, depinde un pic prea mult de posibilitatea consumatorilor de a se adresa structurilor private și în mod complementar serviciului sanitar public.

Pentru mulți indicatori luați în calcul la această clasificare nu se constată nici o îmbunătățire, în timp ce „dreptul la sănătate al pacientului pare a fi tot mai respectat”, conform acestui raport. Numărul țărilor europene, în care legislația sanitară se exprimă în mod explicit în termeni de drepturi ale cetățenilor și pacienților, este în creștere, ca și în ceea ce privește accesul direct la

propriile date și documente sanitare, aceasta devenind o practică absolut comună [9].

Anul 2008, a constituit pentru politica sanitară internațională un an bogat în evenimente: 60 de ani de la Declarația Universală a Dreptului Omului și 30 de ani de la Declarația Alma Ata. OMS încearcă de fapt o reîntoarcere în timp, pentru a redescoperi și reevalua orientările politicii sanitare internaționale, bazată pe echitate, calitate și prevenire; aceste orientări au ca obiectiv punerea în centrul sistemului sanitar a nevoilor persoanei și a comunității [2].

Orientările politicii sanitare internaționale sunt fondate pe o formulă foarte simplă, dar în același timp foarte potentă: „sănătate pentru toți”. Cu aceste cuvinte s-a încheiat de fapt raportul OMS, semnat de directorul general, Margaret Chan: „Uniți în provocarea comună de a realiza principiile *primary health care*, de a construi în timp o conștiință comună și o politică unanim împărtășită, care să facă posibilă trecerea mai rapidă spre o sănătate pentru toți.”

În ultima perioadă, plecând de la recesiunea economică din primii ani ai secolului al XIX-lea, arena politicii sanitare a devenit tot mai incertă și mai puțin armonică – ridicându-se o serie de chestiuni fundamentale cu privire la subiectele și principiile care stau la baza alegerii tipului de politică sanitară. Evident, acestea nu sunt întotdeauna ușor de conciliat între ele (trade/off, echitate/eficiență, acoperire/costuri, eficacitate/libertate de alegere), presupunând o dezbatere asupra rolului statului între interesele publice și private relației sale cu piața, așteptărilor cu privire la nivelul de susținere a wellfare față de cetățeni [8].

Coordonatele principale ale crizei care se manifestă în cadrul sistemelor

sanitare sunt foarte bine descrise pentru realitatea italiană, într-un document intitulat: ”*Documento programmatico di politica della professione*”, redactat de Comitetul Central al Federației Naționale al Ordinului Medicilor Chirurghi și Odontoiatri (FNOMCO), cu titlul „*Medicina 2000 nel SSN*”, unde se descrie existența unei „stări profunde de rău general a acestei categorii”, definită ca fiind „o tulburare ce vine de departe într-o profesie care în ultimii ani a pierdut în mod progresiv rolul social și statutul economic”. Evident, în mare parte, lucrurile sunt valabile și pentru sistemele sanitare ale altor țări [7].

Pentru a înțelege mai bine această criză este necesar să o includem în contextul cel mai general al raportului dintre medicină și societate, istoricizând evoluția într-un cadru cu caracteristici diferite, în care acest raport și l-a asumat în sfera societăților industriale contemporane. Aceasta a fost și punctul de plecare al acestei lucrări, care intenționează să redeva o perspectivă asupra unor aspecte ale crizei din sfera medicală, pe fondul evoluției medicinei și a reformelor ce au început în ultimii ani în sistemele sanitare naționale, ca răspuns la criza ce afectează raportul dintre medicină și societate, încă de la jumătatea secolului XIX.

2. Abordarea comparată, internațională a conceptului de sistem sanitar

În 1998 Guido Giarelli (profesor al University College London) încearcă a identifica principalele probleme cu care cercetătorii se pot confrunta atunci când vor să întreprindă drumul obositor al comparației. Inspirați din opera acestuia, și noi vom încerca a da explicații privind

problemele care au intervenit în cercetarea întreprinsă de noi.

Analiza comparată nu ridică probleme metodologice unice față de cercetarea sociologică și științifică, în sens general, de aceea devine dificil și improbabil să vorbim de „o metodă comparată” adevărată și proprie – fiind însă deosebit de important a studia aceste probleme. Pentru o analiză comparată a sistemelor sanitare, modelul cel mai utilizat este considerat a fi matricea Ardigo, la care au fost propuse câteva corecții din partea altor cercetători.

Aici avem în vedere: compararea conceptului de sistem sanitar cu „marele absent”, adică neutilizarea acestui concept și includerea lui, în mod vizibil, în modelul epistemologic delimitat, declarându-l deja inclus în sistemul social, așa cum procedează, lăsând spațiu la o serie de ambiguități și subînțelesuri, exceptând faptul că rămân pierdute posibilitățile de conexiuni semnificative.

Același Ardigo este constrâns a insera acest concept într-o manieră mai explicită în modelul său, analizând astfel mai în detaliu conexiunea dintre subiect-persoană și subsistemul sanitar (1997), atunci când se analizează evoluția sistemului sanitar. Acestea au fost motivele pentru care s-a considerat oportun a separa din punct de vedere analitic subsistemul sanitar al sistemului social, punându-l în centrul „patrulaterului” lui Ardigo, reconstruind conexiunile semnificative cu vârfurile acestuia plecând de la subsistem.

Reconstruiește, de asemenea, conexiunile directe dintre vârfurile (A, B, C, D) și menționează semnificația lor, rămânând oricum în tipar, deoarece, sunt pur contextuale.

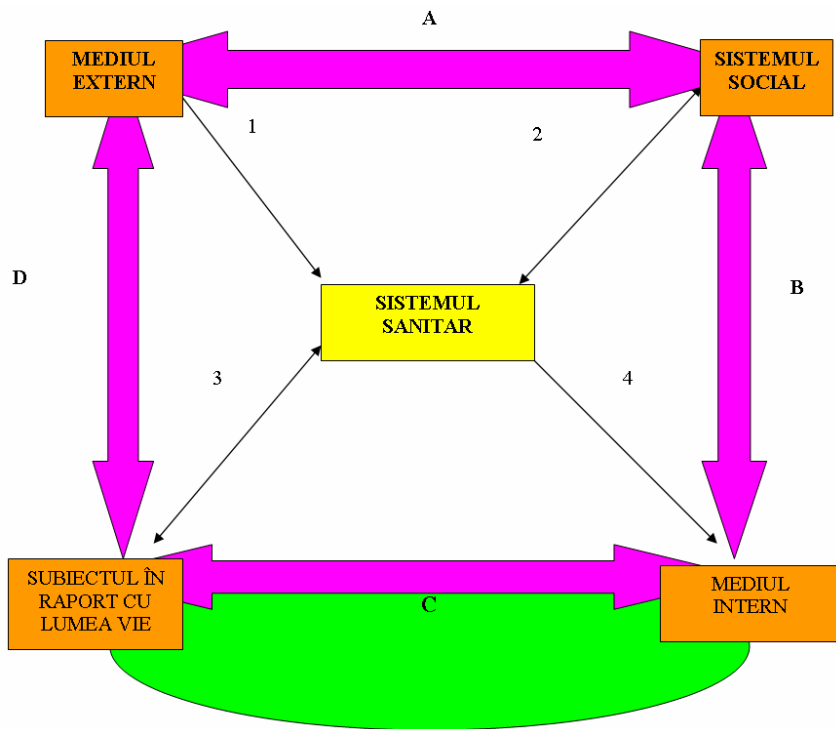


Fig. 1- Un model de corelație al sistemului de sănătate
 Sursa: *Il malessere della medicina - Un confronto Internazionale*, Guido Giarelli, Editore Franco Angelli

Conceptul de sistem sanitar nu se limitează doar la sistemul de îngrijire sanitară instituționalizat. Acesta tinde să fie complex și pluralist, incluzând și ansamblul de resurse terapeutice alternative și comunitare prezente într-o anumită societate.

Pornind de la un astfel de model de corelație a sistemului sanitar reprezentat din punct de vedere grafic, ca un model deschis, spre interacțiunile cu sfera înconjurătoare, se poate evidenția cum este posibilă explorarea diferitelor interconexiuni reciproce, care de la un astfel de sistem se creează cu cei patru poli care constituie vârfurile „patrulaterului” propus de Ardigo. Fiecare din aceste conexiuni apar a fi centrate pe o anumită corelație analitică

între sistemul sanitar și cei patru poli conceptuali.

Descrierea conceptului de sistem, cu luarea în considerare a opiniilor celor mai recunoscuți cercetători în domeniu, facilitează realizarea analizei din punct de vedere economic, vizându-se toate categoriile de costuri.

Problematica privind costurile a fost asociată dintotdeauna reformelor și necesității de a ține cont de nevoile unui nou subiect social, fie individual sau colectiv, care nu mai este dispus a îndeplini un simplu rol, cel de pacient sau utilizator de servicii sanitare, dar și de cetățeni în ansamblul lor.

3. Impactul revoluției consumatoriste asupra sistemelor sanitare

Încă din anii 60 și 70, în arena politică, dar mai ales în cea sanitară, apare așa numitul curent „consumatorist”, impus ca un lobby cu o puternică valență, mai întâi în America de Nord și apoi în Europa, mai ales în marea Britanie, unde se regăsește Asociația Consumatorilor.

Motivul construirii acestui nou grup de presiune constă în instruirea de masă, în accesul la mass-media și la informarea distribuită în sfera sanitară, care au condus la formarea noului pacient „instruit”, tot mai conștient de posibilitățile oferite de serviciile sanitare, crescând expectativele și nivelul cererii, mai ales în ceea ce privește noile tehnologii sanitare.

Conceptul de „consum” în sfera sanitară devine, ca și în alte domenii, o provocare pentru cerere, care trebuie să facă față ofertei. Revoluția „consumatoristă” tinde a schimba rolul pacientului, care devine asemănător celui de consumator, considerat în măsură să efectueze în mod conștient alegerile sale.

Regina Herzlinger, economist la Harvard Business School, a evidențiat conexiunea dintre noua provocare consumatoristă și un sistem sanitar tot mai mult condus de piață; cel mai bun exemplu este sistemul sanitar american, care arată în prezent ca o mare industrie de servicii a SUA și care va cere celor care vor să opereze și să supraviețuiască în acest sistem să adapteze prestațiile lor la nevoile și pretențiile crescute ale consumatorilor.

Această conexiune este una care, cu siguranță, nu scapă noului complex sanitar industrial, ea văzând o ocazie, dar și o oportunitate, în a-și introduce și promova noile servicii și produse sanitare pe piață. Motivația este dată de faptul că

aceste produse au un înalt conținut tehnologic, dar și costuri pe măsură, trebuind a fi promovate direct consumatorilor pentru a le achiziționa, exercitând presiuni asupra serviciilor de asigurare să le includă în planurile lor sanitare.

Toate acestea au determinat tensiuni tot mai crescute, ca urmare a creșterii rapide a diseminării de noi „hardware” și de proceduri a căror eficacitate medicală nu este deloc evidentă – cu diagnostice induse de boli inexistente și de proceduri de intervenții sanitare ce nu sunt necesare, dar a căror costuri ridicau în schimb dileme financiare sigure.

Atât agenții economici cât și marile corporații, care au început să stipuleze pentru personalul lor planuri sanitare de asigurare, ce prevedeau transferul în mare parte a responsabilității financiare, și-au dat seama că această responsabilitate cădea până la urmă pe umerii lor, impunându-le de a lua o serie de decizii cu privire la serviciile ce ar trebui utilizate.

4. Orientări post-reformă în interiorul diverselor sisteme sanitare

În multe țări, schimbările determinate de reformele sanitare în interiorul sistemelor tind să altereze echilibrele de putere consolidate, mai ales între manageri și medici, producând noi conflicte între diferitele grupuri de interese și ridicând numeroase dezbateri.

Efectele reformelor sanitare au creat diferite căi de urmat. Cele americane s-au orientat în mod decisiv în direcția dominanței manageriale în care prevalează controlul managerului și rolul de „client” al pacientului.

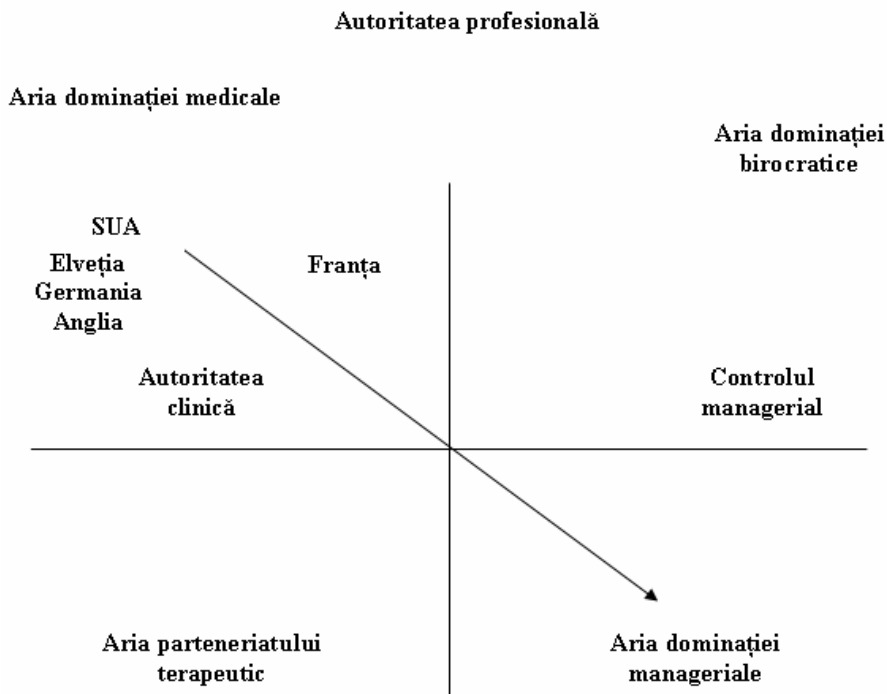


Fig. 2 - Impactul micro-clinic al reformelor sanitare

Sistemele sanitare europene, cu excepția Franței, rămasă fixată pe dominația medicală, s-au orientat în schimb, într-o manieră mai mult sau mai puțin decisivă, în direcția parteneriatului terapeutic, în care menținerea unui anumit grad de autonomie clinică din partea medicului se conjugă cu o anumită poziție de co-producător a pacientului.

Ceea ce observăm noi este că rămâne gol rolul dominanței birocratice tipic sistemelor sanitare socialiste, în care controlul managerial de stat se conjugă cu autoritatea profesioniștilor față de pacienți.

5. Concluzii

De mai bine de 20 de ani, sistemele sanitare din întreaga lume sunt supuse unor tensiuni foarte puternice și aici nu

ne referim doar la aspectele organizatorice și instituționale ale sistemelor sanitare, ci mai ales la rolul serviciilor sanitare publice, al profesioniștilor care operează în acest domeniu și drepturile cetățenilor.

În această lucrare, am încercat să explicăm motivele, adevăratele rădăcini ale acestor tensiuni, recurgând la anumite elemente ținând de istoria sistemelor sanitare moderne, corelându-le cu evenimentele politice, economice și sociale cu care au interacționat, dorind a sublinia factorii care au influențat cel mai mult transformarea lor.

Toți cei care astăzi, din motive de studiu, interese culturale, politice etc. încearcă să abordeze teme legate de sănătate și asistență sanitară, nu pot să nu recurgă la experiențele internaționale, să

nu se confrunte cu informații provenite din mai multe surse: de la literatura științifică periodică, la documentele publicate de unele instituții, gen OMS, OCSE, Banca Mondială, ONG-uri etc. Remarcăm că la fel de utile sunt și produsele editoriale de diferite naturi (de

exemplu sit-urile web), inițiativele informative (cursuri universitare, de formare continuă, congrese etc.).

Evident, în mod asemănător, și noi am accesat unele din aceste surse pentru a putea analiza structura și conținutul sistemelor sanitare internaționale.

Bibliografie

- [1]. Amartya S., **Why and how is health a human right?**, *Lancet*; Vol. 372, No. 9655, p. 2010, 2008
- [2]. Backman G., Hunt P., Khosla R., **Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries**, *Lancet*, Vol. 372, No. 372, pp. 2047-2085, 2008
- [3]. Giarelli G., **Il malessere della medicina - Un confronto Internazionale**, Editore Franco Angelli, ISBN 10: 88-464-4748-4, ISBN 13: 9788846447487, 2004
- [4]. Marmot M., **Social determinants of health inequalities**, *Lancet*, Vol. 365, No. 9464, pp. 1099-104, 2005
- [5]. **The World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever**. Geneva: WHO, 2008
- [6]. **CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**, Geneva, World Health Organization, 2008

Resurse Internet

- [7]. http://www.partecipasalute.it/cms_2/node/729
- [8]. http://www.epicentro.iss.it/temi/politiche_sanitarie/confMinisteriale08.asp
- [9]. <http://saluteinternazionale.info/perche-si/>