



Health care system – concept and importance*

*Sistemul de sănătate – concept și importanță**

Assistant Cristian BUȘU, Ph.D. student
The Bucharest Academy of Economic Studies, Romania

Abstract

Health care systems are designed to meet the health care needs of target populations. There are a wide variety of health care systems around the world. In some countries, the health care system has evolved and has not been planned, whereas in others a concerted effort has been made by governments, trade unions, charities, religious, or other coordinated bodies to deliver planned health care services targeted to the populations they serve. In Romania in 2001 health expenditures were equal to 6.5 percent of gross domestic product. In 2005 there were 1.9 physicians and 7.4 hospital beds per 1,000 people. The system has been funded by the National Health Care Insurance Fund, to which employers and employees make mandatory contributions. Private health insurance has developed slowly. Because of low public funding, about 36 percent of the population's health care spending is out-of-pocket.

Keywords: *health care, finances, insurance, hospital care, investments efficiency*

Rezumat

Sistemele de sănătate sunt proiectate pentru a răspunde nevoii de de îngrijire a sănătății populației. Există o largă varietate de sisteme de sănătate în lume. În unele țări, sistemul de sănătate a evoluat fără să fie planificat, în timp ce în altele s-a efectuat un efort concertat din partea guvernelor, sindicatelor, asociațiilor de caritate, religioase sau alte organisme pentru a oferi servicii de sănătate planificate populației pe care ele o desrvesc. În România, în 2001, cheltuielile de sănătate au reprezentat 6,5 procente din produsul intern brut. În 2005, erau 1,9 medici și 7,4 paturi de spital la 1000 locuitori. Sistemul a fost finanțat de Fondul Național de Asigurare a Sănătății prin contribuțiile angajaților și angajatorilor. Asigurarea privată de sănătate s-a dezvoltat lent. Din cauza unei finanțări publice slabe, aproape 36% din cheltuielile de sănătate sunt suportate din buzunarul propriu.

Cuvinte-cheie: *îngrijirea sănătății, finanțare, asigurare, spitalizare*

JEL Classification: I11, I12

Conținutul și complexitatea definirii stării de sănătate a populației fac destul de dificil demersul de a indica cu exactitate ce este un sistem de sănătate, unde începe el și unde se termină. „Un sistem de sănătate incluzând toate activitățile al căror scop esențial este promovarea, refacerea sau întreținerea sănătății” este definiția oficială a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS). (Raportul privind Sănătatea în Lume 2000, 5).

Această definiție a unui sistem de sănătate nu presupune nici un grad particular de integrare și nu implică, în mod obligatoriu, prezența unei persoane însărcinate pentru administrarea generală a activităților care îl compun. În această accepțiune, fiecare țară dispune de un sistem de sănătate, proiectat din perspectiva cerințelor de asigurare a echității și eficacității politicilor sociale și de îngrijire a sănătății populației. Dar ținând seama de faptul că sănătatea oamenilor constituie o prioritate națională, responsabilitatea performanței sistemului de sănătate al unei țări revine guvernului, ca administrator general. Administrarea generală este permanentă și reclamă, în ultimă instanță, supervizarea funcționării întregului sistem, evitându-se miopia, punctele de vedere înguste, în fața slăbiciunilor unui sistem de sănătate.

În Raportul privind sănătatea în lume (2000, XI – XX), OMS propune pentru prima dată un indice al performanței sistemelor de sănătate naționale în realizarea a trei mari obiective pe care ele trebuie să le atingă:

- (1) ameliorarea sănătății;
- (2) satisfacerea așteptărilor populației („reactivitatea sistemelor de sănătate la așteptările pacienților”);
- (3) repartiția echitabilă a contribuției financiare.

Gradul de îndeplinire a acestor obiective servește ca bază de referință pentru a evalua performanța sistemelor de sănătate naționale, însă la rândul său, depinde în esență de măsura în care sistemele de sănătate ajung să se achite de cele patru funcții vitale:

- prestarea de sarcini de asistență medicală (de sănătate);
- formarea resurselor umane și materiale care permit furnizarea serviciilor de sănătate;
- colectarea și gestionarea resurselor utilizate pentru a finanța serviciile de sănătate;
- administrarea generală, focalizată pe promovarea de reglementări și pe orientarea strategică destinată tuturor actorilor implicați în producția și distribuția serviciilor de sănătate.

În economia unui sistem de sănătate, accentul este pus pe ultima funcție – administrarea generală, prin intermediul ministerului de resort, respectiv ministerul sănătății – având în vedere rațiunea potrivit căreia ea influențează considerabil celelalte trei funcții.

Analiza performanței sistemelor de sănătate nu poate fi complet și facil realizată, datorită problemelor care se pun în demersul de evaluare a rezultatelor și a dificultății de a disocia contribuția sistemului de sănătate de o serie de alți factori determinanți ai stării de sănătate a unui individ. De exemplu, ameliorarea securității rutiere și a mediului.

În cursul secolului al XX-lea, sistemele de sănătate au suferit o serie de reforme. După cel de al doilea război mondial, s-au creat sisteme de sănătate națională, legate de dezvoltarea regimurilor de asigurare socială. În cadrul acestora, îngrijirile de sănătate primară au fost considerate ca mijloc de a obține o acoperire universală a unui cost abordabil: „obiectivul sănătății pentru toți”. Chiar în condițiile numeroaselor sale avantaje,

această abordare a fost criticată pentru că ea nu acorda suficientă atenție cererii de îngrijire de sănătate și se concentra aproape în exclusivitate pe o anumită percepție a nevoilor de către pacient și prestator de servicii. Pentru că nevoia percepută și cererea pentru servicii de sănătate nu coincid, prima generație a sistemelor de sănătate naționale a eșuat, acestea fiind incapabile să coreleze oferta lor de servicii cu tendințele de manifestare a cererii și a nevoilor populației în materie de asistență medicală.

Începând cu anii 1990, se observă o evoluție progresivă spre ceea ce OMS numește noul universalism. Astfel, în loc de a căuta să se distribuie toate îngrijirile posibile la nivelul întregii populații sau de a face să beneficieze populația aflată sub pragul de sărăcie doar de cele mai simple și esențiale îngrijiri, în prezent se tinde să se acorde asistență medicală tuturor celor care au nevoie de îngrijiri esențiale de sănătate, de înaltă calitate, bazându-se în principal pe criterii de eficacitate, de cost și de acceptabilitate socială. În această optică, se fixează un ordin de prioritate a intervențiilor care respectă principiul de etică potrivit căruia poate să devină necesară și eficace cerința de a raționaliza serviciile de sănătate, dar este inadmisibil să se excludă grupuri întregi de populație, cu venituri reduse.

O asemenea evoluție în reformarea sistemelor de sănătate națională (chiar și în țările dezvoltate) este o consecință, în parte, a profundelor schimbări politice și ale economiilor naționale din ultimele două decenii ale secolului al XX-lea, îndeosebi trecerea la economiile de piață, la reducerea intervențiilor Statului în economia națională, la o descentralizare crescută a deciziilor în sfera serviciilor publice.

Consider ca din punct de vedere ideologic, astăzi, în cadrul sistemelor de sănătate se pune, în plus, accentul pe libertatea de alegere și responsabilitatea fiecăruia. Politic, acest lucru implică o limitare a promisiunilor și a așteptărilor privind acțiunea guvernelor, dar nu se urmărește împiedicarea oamenilor de a aștepta, totdeauna, mai mult de la sistemele lor de sănătate. În noua societate de astăzi, informațională și a cunoașterii, populația devine mai bine informată despre progresele înregistrate în producerea și distribuirea medicamentelor, a aparatelor medicale. De unde, cereri și promisiuni crescute care se vor exercita asupra sectoarelor public și privat din componența sistemelor de sănătate.

Se poate concluziona că sistemele de sănătate naționale au jucat un rol mare în prelungirea spectaculară a speranței de viață, în cursul secolului trecut. Ele au contribuit enorm la ameliorarea sănătății și au influențat viețile și bunăstarea a miliarde de oameni din lume. Aceste rezultate pozitive confirmă faptul că rolul sistemelor de sănătate națională a devenit din ce în ce mai important. Și așa cum se precizează în Raportul OMS (2000, 7) sistemele de sănătate, astăzi, reprezintă unul din principalele sectoare ale economiei mondiale.

Persoana care caută să se îngrijească este bineînțeles un consumator, asemenea pentru toate celelalte produse și servicii, însă ea poate să fie de asemenea un coproducător al propriei sale sănătăți, respectând bune reguli de alimentație, de igienă și de exercițiu fizic și aplicând, după caz, prescripțiile medicale sau alte recomandări ale prestatorilor de servicii de sănătate. Totuși, persoana este de asemenea obiectul fizic spre care sunt orientate toate aceste îngrijiri.

Sănătatea este deci o caracteristică a unui bun inalienabil și, din această privință, ea se aseamănă într-o mică măsură cu alte forme de capital uman, cum ar fi educația, cunoștințele profesionale sau performanțele sportive. Însă, ea diferă de acestea în anumite puncte esențiale. Ea este supusă riscurilor importante și imprevizibile care sunt în esență independente unele de altele și ea nu poate să se acumuleze asemenea cunoștințelor și

competențelor. Aceste caracteristici confirmă faptul că sănătatea este în întregime diferită de toate celelalte bunuri pe care oamenii le asigură contra furtului sau pericolelor și de aceea asigurarea pentru boală este mult mai complexă decât oricare alt tip de asigurare. Imposibilitatea de a înlocui corpul și absența, în ceea ce îl privește, a unui preț al pieței împiedică a fixa un astfel de plafon pentru cheltuielile de sănătate în caz de răscumpărare a unei polițe de asigurare.

Integritatea fizică și demnitatea individului sunt recunoscute prin dreptul internațional, sistemele de sănătate naționale având, în plus, responsabilitatea de a supraveghea dacă oamenii sunt tratați cu respect și conform drepturilor omului.

Consider că legat de acest ultim aspect, se cuvine a detalia problema pe care o ridică cel de al doilea obiectiv pe care trebuie să-l atingă un sistem de sănătate național, respectiv „reactivitatea lui la așteptările pacienților”. Reactivitatea nu se măsoară prin maniera în care sistemul de sănătate răspunde nevoilor de sănătate, care apar în rezultatele obținute pe planul sanitar, ci mai degrabă prin performanțe ale sistemului în domeniul altele decât sănătatea și în reactivitatea sa la așteptările populației în ceea ce privește maniera în care ea dorește să fie tratată de către prestatorii de îngrijiri preventive, curative sau colective.

Noțiunea generală de reactivitate poate fi descompusă în numeroase maniere. În Raportul privind Sănătatea în lume (2000, 33 – 36), OMS face o distincție fundamentală, între, pe de o parte, aspectele relative la respectarea persoanei, care sunt în esență subiective și judecate în primul rând de către pacient, iar pe de altă parte, aspectele mai obiective care se raportează manierei în care un sistem răspunde anumitor preocupări în mod frecvent exprimate de către pacienți și familia lor în calitate de clienți ai sistemului și pe care pot să le observe direct în stabilimentele sanitare. Astfel, în cadrul acestor două categorii, OMS identifică șapte elemente distincte ale reactivității:

(1) Respectarea persoanelor cuprinde:

- Respectarea demnității persoanei. Această regulă, de o manieră generală, constă în a nu umili sau înjosi pacienții.
- Confidențialitatea sau dreptul pentru pacient de a decide cine poate să accedă la informații privind propria sa sănătate.
- Autonomia pacientului, respectiv posibilitatea de a participa la alegeri privind propria sa sănătate, inclusiv a tratamentului care îi va fi sau nu administrat.

(2) Atenția acordată clientului axată pe:

- Rapiditatea luării în seamă: atenția imediată în caz de urgență și intervale de timp rezonabile pentru cazurile nonurgente.
- Un mediu de calitate satisfăcător: localuri proprii și spațioase, hrană bună în spital.
- Accesul la rețele de sprijin social pentru pacienți (familie și prieteni).
- Alegerea prestatarului, adică posibilitatea de a alege persoana sau organizația de la care să primim îngrijirile.

O problemă critică pentru politica de îngrijire a sănătății este definirea termenului „stare de sănătate”. Modelul medical vestic definește sănătatea ca „*absența unei boli sau afecțiuni de orice natură*” (Blank and Bureau, 2004, p. 52). Conform acestei definiții, oamenii sunt sănătoși dacă nu suferă de nici o boală ușoară sau severă.

Medicina curativă este un model în care sănătatea este, în principal, o abilitate de a te adapta problemelor cu care te confrunți. Potrivit acestei definiții, oamenii sunt sănătoși chiar dacă suferă de o afecțiune de multă vreme, dar au avut puterea de a face față vieții.

O altă definiție a stării de sănătate a fost dată de OMS (1946) și anume „*starea de bunăstare fizică, mentală și socială completă și nu doar simpla absență a unei boli sau infirmități*”. Acest ideal ambițios a fost aspru criticat, deoarece într-o asemenea optică oamenii sunt nesănătoși dacă sunt nefericiți sau doar neîmpliniți personal sau profesional (Blank and Bureau, 2004, p. 52).

Apreciez faptul că problema acestor definiții este legată de faptul că nu aduc în atenție toate dimensiunile factorilor care dau amploare conceptului de stare de sănătate, incluzându-se și date cantitative privind calitatea vieții, pentru că sănătatea are atât o dimensiune individuală, cât și una publică. Mai mult, deoarece sănătatea și boala au influențe sociale și culturale bine definite, ele trebuie studiate într-un context larg, global, al determinantilor majori ai principalelor probleme de sănătate:

- (1) Situația socio-economică defavorabilă;
- (2) Comportamentele sanitare legate de factorii de risc ai sănătății: tabagism, abuz de alcool, regim alimentar inadecvat (nerațional), dependență de droguri, inactivitate fizică (sedentarism);
- (3) Condiții proaste de mediu, mai ales prin efectele nocive ale poluării (aer, apă, sol...).

Pentru unii autori (Callahan D., 1990, 103), boala este atât socială, cât și individuală din toate punctele de vedere, deoarece tolerabilitatea depinde de grija și suportul oferit de societate (comunitate). O sănătate bună solicită sisteme și rețele sociale neluate în considerare de niciuna din definițiile prezentate anterior.

Pentru a îndeplini cele trei mari obiective pe care trebuie să le urmărească un *sistem de sănătate național*, este, în mod permanent, necesar a fi mai bine informat despre situația existentă referitoare la numărul și tipurile de prestări de servicii, despre principalele obstacole în bunul mers al distribuției serviciilor de asistență medicală. Concomitent, trebuie să se cunoască factorii de risc naționali și locali.

**Notificare*

Lucrarea reprezintă o diseminare a rezultatelor cercetării pentru contractul PNII - IDEI nr. 789/2009, cod CNCISIS ID_1839, intitulat "Eficiența economico socială în sfera serviciilor de sănătate publică, în procesul racordării la normele și standardele spațiului comunitar european", director de proiect conf. dr. Claudiu CICEA.

Bibliografie

- Aas, Monrad (2003). „Remote consultations by telemedicine, Viability and organizational consequences,” *Eurohealth*, vol.9, no.3
- Alfred, Pfaller, *Incluziune și excluziune socială în Europa de Sud-Est*.
- Arrow, K. J. (1963). „Uncertainty and the welfare economics of medical care”, *American Economic Review*
- Bardey, D, Lesur, R, (2004). *Regulation optimale du systeme de sante dans un contexte de demande induite et de risque moral ex post*

- Blank, H., Robert and Bureau, Viola (2004), *Comparative Health Policy*, New York: Palgrave Macmillan
- Blomqvist, A. (1997). „Optimal non-linear Health Insurance”, *Journal of Health Economics*.
- Bruno Galland, Denis Fontaine, *Guide, Metodologique Evaluer la viabilite des centres de sante*.
- Callahan, Daniel (1990), *What kind of Life? The Limits of Medical Progress*, New York: Simon & Schuster
- CCE (2000), *Proposition de décision du Parlement Européen et du Conseil adoptant un programme d'action communautaire dans le domaine de la santé publique*, (2001 - 2006), Bruxelles, 0119 (COD)
- CE, (2003), *L'état de santé de la population dans l'Union Européenne, Reduire les écarts de santé*
- Centrul de Calcul și Statistică Sanitară, *Anuarul de Statistică Sanitară* (2004) București
- Cepoi, Vasile (2005). „Nu există posibilitatea folosirii banilor în alte scopuri decât cele medicale”. *Medica – Revista Colegiului Medicilor din România*, Anul 1, Nr. 2, 4-5
- Chiru, Lelia (2002), *Rolul relațiilor publice în promovarea imaginii organizațiilor din domeniul sănătății*, *Managementul în sănătate* nr.1, pp.29-32
- Chițică, Dana, Florescu Silvia (2002), „Satisfacția pacienților-deziderat actual”, *Managementul în sănătate* nr.1, p.18
- Chone P. et Ma, (2004). *Asymmetric Information from Physician Agency: Optimal Payment and Health Care Quantity*, Working Paper
- Couffinhal A, Grignon M, (2003). „Le risque moral ex post est-il si nefaste?”, *Revue Francaise d'Economie*