

THE CONCEPT OF PUBLIC HEALTH. TYPES OF HEALTH SYSTEMS. PARALLEL BETWEEN THE ROMANIAN AND THE AUSTRALIAN HEALTH SYSTEM

Conceptul de sănătate publică. Tipuri de sisteme de sănătate. Paralelă între sistemul de sănătate românesc și cel australian

Dorel Dulău^{1,2}, Simona Bungău¹, Lucia Daina^{1,3}, Camelia Buhaș^{1,4}, Ioana Anca Balașco², Petre Cotrău¹,
Monica Elena Reștea (Iosub)¹

¹ *Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea din Oradea, România*

² *Primăria Municipiului Oradea, România*

³ *Spitalul Clinic Județean de Urgență, Oradea, România*

⁴ *Serviciul Județean de Medicină Legală Bihor, România*

ABSTRACT

Medical management is a field that combines, both in theory and in practice, two somewhat different domains, administration and the medical domain, creating a third area of activity, namely that of medical management. This review is part of a study of health services management, which seeks to find solutions to improve the efficiency of the the management and administration of the medical system, both locally and nationally.

In order to be able to study and evaluate, from a scientific point of view, the concepts of centralization and decentralization of the public health system in Romania, it is absolutely pertinent, but also mandatory, to focus on defining the notion of health system. Only later can we approach and research the process of decentralization of health, the political and economic context in which it can be initiated, as well as how to activate and carry it out. Decentralization, as a phenomenon of the transfer of rights and obligations, from the level of the central authority to the level of the local authority, can take various forms. From a theoretical and practical point of view, the forms of decentralization can be studied, evaluated and concluded by emphasizing the strengths and weaknesses. Also important to study are the ways of putting health systems into practice, which from the point of view of the source of funding are divided into state-funded health systems (Semashko, Beveridge and Bismarck) and privately funded health systems.

Keywords: centralization, decentralization, health systems, hospitals

REZUMAT

Managementul medical reprezintă un domeniu care îmbină atât în teorie, cât și în practică două specialități oarecum diferite, respectiv cea a administrației cu cea medicală, creând o a treia zonă de activitate, cea a managementului medical. Prezentul articol face parte dintr-un studiu dedicat managementului serviciilor de sănătate, care încearcă să găsească soluții de eficientizare a modalității de gestionare și administrare a sistemului medical, atât la nivel local, cât și la nivel național.

Pentru a putea studia, evalua și sintetiza, din punct de vedere practic, dar și teoretic, conceptele de centralizare și descentralizare ale sistemului de sănătate publică din România, este absolut pertinent, dar și obligatoriu, să ne aplecăm asupra definirii noțiunii de sistem de sănătate. Abia ulterior putem aborda și cerceta procesul de descentralizare a sănătății, contextul politic și economic în care a fost inițiat, precum și modalitatea de desfășurare a acestuia. Descentralizarea, ca fenomen al transferului de drepturi și obligații de la nivelul autorității centrale la nivelul autorității administrative locale, poate îmbrăca diverse forme. Din punct de vedere teoretic, dar și practic, formele descentralizării pot fi studiate, evaluate și concluzionate prin sublinierea punctelor tari și a punctelor slabe. Totodată, important de studiat sunt și modalitățile de transpunere în practică a sistemelor de sănătate, care, din punctul de vedere al sursei de finanțare, se împart în sisteme de sănătate cu finanțare de la bugetul de stat (Semashko, Beveridge și Bismarck) și sisteme de sănătate cu finanțare private.

Cuvinte cheie: centralizare, descentralizare, sisteme de sănătate, spitale

Autor de corespondență:
Dorel Dulău
E-mail: doreldulau77@gmail.com

INTRODUCERE

Anul 2010 a reprezentat, pentru țara noastră un an plin de semnificații, atât din punct de vedere administrativ, cât și din perspectiva reformei sistemului medical.

La vremea respectivă, sistemul de sănătate din România, construit și fundamentat pe principiile de funcționare instituite de academicianul rus Semashko, reprezenta un monolit aflat în totală subordonare, coordonare și gestionare față de Ministerul Sănătății și guvernul României. Ca un detaliu semnificativ, dar în același timp relevant, în privința funcționării sănătății publice în România, se poate preciza că în anul 2010 existau și își desfășurau activitatea 435 de spitale, toate având în fruntea lor câte un manager, care, la rândul lui, deținea un contract de management încheiat și semnat direct cu ministrul Sănătății (1,2).

Indiferent de capacitatea intelectuală și fizică a ministrului Sănătății, anul 2010 reliefează o stare de fapt care evidențiază imposibilitatea unei singure persoane de a supraveghea un număr atât de mare de spitale, de a evalua indicatorii de performanță încheiați cu managerii celor 435 de spitale, de a supraveghea din punct de vedere medical, administrativ și financiar modul în care se desfășoară activitatea unităților sanitare (3,4).

Printr-o punere în paralel a sistemului de sănătate descentralizat din România cu cel din Australia, putem evidenția și descoperi ceea ce trebuie îmbunătățit în organizarea și funcționarea sistemului medical românesc (5,6).

MATERIAL ȘI METODĂ

În realizarea acestui articol, având ca temă sistemele de sănătate funcționale și formele de transpunere în practică a noțiunii teoretice de descentralizare, am folosit metoda analizei, completată de metoda comparației dintre sistemele de sănătate din țara noastră și din Australia. Datele sunt obținute din documente oficiale emise de autorități ale administrației publice locale din România (dispoziții ale instituției primarului, hotărâri ale Consiliilor locale), ale Ministerului Sănătății, ordine de ministru, documente din legislația australiană, precum și articole din literatura internațională pe tema sistemelor de sănătate.

DEFINIREA CONCEPTULUI DE SISTEM DE SĂNĂTATE

Premergător definirii noțiunii de sistem de sănătate, este indicat să caracterizăm sensul conceptului de sănătate publică.

Prima formă eficientă a unui program sau plan de sănătate publică, ca proiect bine sistematizat din punctul de vedere al concepției, dar și al pragmatismului, care urmărește succesul acțiunii, aspectele practice și utilitatea, s-a conturat prin preocuparea colectivă de drenare a tuturor mlaștinilor din zonele locuite, pentru a scăpa de țințării purtători ai malariei.

Moise Maimonide a fost filozof și teolog evreu, medic personal al sultanului Egiptului și Siriei pe nume Saladin, iar meritul său în domeniul medical a fost cuantificat în urma alcătuirii unei culegeri cu 10 dizertații medicale.

Totuși, literatura de specialitate medicală îl recunoaște pe Hipocrate, unul dintre cei mai vestiți medici ai Greciei antice, ca fiind întemeietorul școlii hipocratice de medicină, precum și adevăratul părinte al medicinei.

Încă din perioada Antichității, medicul grec Hipocrate a elaborat o carte de învățătură pentru populația vremii respective, denumită „Aerul, apele și locurile“, care definea relațiile existente între mediul înconjurător și diferite boli umane. Această operă cu caracter medical, apărută într-o formă incipientă, în funcție de informațiile și descoperirile limitate din acea perioadă, a reprezentat o lucrare științifică cu tentă medicală, de căpătâi pentru literatura de specialitate, până în jurul anilor 1800, când știința medicală a căpătat noi arii și sensuri în dezvoltarea ei.

Revenind la perioada actuală, o formă precisă și contemporană zilelor noastre a conceptului de sănătate publică este definită ca „un mecanism social care transformă resursele generale în produse specializate sub forma serviciilor de sănătate, cu scopul diminuării poverii bolii sau a consecințelor ei (incapacitate, invaliditate, deces prematur)“ (7,8).

TIPURI DE SISTEME DE SĂNĂTATE

Sistemele de sănătate cu finanțare de la bugetul de stat au căpătat denumiri în funcție de personalitățile care au contribuit la înființarea și funcționarea lor: Semashko, Beveridge și Bismarck. Al patrulea sistem, care nu poartă denumirea unei personalități, este sistemul de sănătate privat (9,10).

România, ca stat independent, în perioada imediat următoare Revoluției din decembrie 1989, era organizată sub forma unui stat centralizat, iar stilul de organizare a sistemului medical era constituit după sistemul de tip Semashko (conform unui raport al Comisiei constituite prin Ordinul MS 241/2011) (11).

Sistemul de sănătate de tip Semashko (12,13)

Sistemul de tip Semashko are la bază câteva principii fundamentale în baza cărora se constituie modalitatea de funcționare:

- serviciile medicale sunt în totalitate proprietatea statului;
- personalul medical este angajat al statului, calitatea medicilor și asistenților medicali fiind aceea de funcționari publici;
- sursa de finanțare a sistemului de sănătate publică se fundamentează, în principal, pe veniturile de la bugetul de stat, venituri obținute din taxele generale, din impozite etc.;
- așa-zisa gratuitate a serviciilor medicale prestate pacienților este un lucru total fals; de fapt, actul medical nu este plătit de către pacient;
- sistemul medical este uniformizat, la nivel național fiind eliminată total competiția dintre prestatorii de servicii medicale de stat;
- insuficienta susținere, din punct de vedere financiar și bugetar, a sistemului medical afectează calitatea actului medical;
- accesul în mod egal al tuturor cetățenilor la serviciile medicale de stat.

Sistemul de sănătate de tip Beveridge (14)

În anul 1942, comisia condusă de Beveridge a finalizat raportul, în baza obiectivelor care au fost stabilite de către guvern, înaintându-l Parlamentului britanic spre dezbatere publică și eventuale observații sau amendamente. Ideea în jurul căreia Beveridge a construit o întreagă politică de asigurări sociale a fost aceea prin care toate persoanele apte de muncă să participe sub forma unei contribuții săptămânale, care să ajungă la bugetul global de stat, din care se vor deconta serviciile de sănătate pentru persoanele bolnave, femeile rămase singure fără soț și venit, oameni fără locuri de muncă etc.

Principalele caracteristici ale modului de organizare al sistemului de sănătate creat de Beveridge sunt:

- sursa principală de finanțare este bugetul de venituri și cheltuieli al statului. Sumele se repartizează direct de către Ministerul Sănătății pe fiecare regiune/zonă administrativă locală;
- asigură acoperirea întregii populații a țării, în privința serviciilor medicale, cu mențiunea că persoanele cu risc medical (boli cronice, vârstă înaintată etc.) au întotdeauna prioritate;
- asigurarea către populație a liberului acces la serviciile de sănătate, acces bazat pe con-

tribuțiile obligatorii plătite statului, dar și pe alte contribuții pe venituri gestionate de către stat;

- medicii de familie sunt plătiți în funcție de numărul de pacienți înscrși pe listele proprii, așa-zisa plată „per capita“;
- salariații spitalelor sunt plătiți direct de la bugetul de stat;
- contravaloarea serviciilor medicale se decontează ulterior prestării actului terapeutic.

Modalitatea finanțării specifice sistemului de tip Beveridge, implementată în Marea Britanie în anul 1944, s-a extins și a devenit aplicabilă și în alte țări, cum sunt Danemarca, Islanda, Norvegia, Finlanda, Suedia, Grecia, Portugalia, Italia etc.

Sistemul de sănătate de tip Bismarck

Acest tip de sistem reprezintă un cadru organizațional ce poartă o puternică amprentă a stilului de funcționare german în asigurările sociale de sănătate. Acest cadru sistemic se bazează pe următoarele principii:

- bugetul de finanțare a unităților sanitare se elaborează, constituie și dezvoltă atât pe baza contribuțiilor obligatorii impuse în mod legal cetățenilor, cât și pe subvențiile primite din partea bugetului național de stat. Contribuțiile obligatorii sunt percepute atât angajaților, cât și angajatorilor. Acestea se încasează sub forma unor procente fixe aplicate cuantumului salarial brut, deci contribuțiile individuale atât ale angajaților, cât și ale angajatorilor sunt variabile ca sume. Stabilirea procentuală este determinată prin politica guvernului în exercițiu, dar depinde și de potențialul economic al țării respective (15).
- gestionarea finanțelor din domeniul sanitar se pune în aplicare atât prin intermediul autorităților funcționale la nivel național, cât și prin instituțiile abilitate la nivelul autorităților administrative locale, adică atât printr-o casă de asigurări de sănătate cu competențe naționale, independentă de guvern, cât și prin casele de asigurări de sănătate active la nivel regional/local;
- politica de sănătate publică, în ansamblul ei, este gestionată la nivelul guvernului, cu sprijinul de specialitate al Ministerului Sănătății și al Casei de Asigurări de Sănătate, acestea reprezentând autoritățile specializate și competente în politica sectorului medical (16).

Sistemul de asigurări sociale de tip Bismarck a fost fundamentat în anul 1893 în Germania, ulterior

or devenind aplicabil în mai multe țări: Austria, Belgia, Israel, Luxemburg, Turcia, Franța, Olanda, Elveția și România.

Sistemul de sănătate privat

A patra formă de sistem de sănătate care are la bază criteriul finanțării este reprezentată de sistemul privat. De-a lungul timpului, sistemul de finanțare a creat două grupări de sisteme de sănătate, care au dus ulterior la formarea a două mari curente de opinie, etatiștii și adepții liberalismului excesiv (17).

Pe de-o parte, etatiștii consideră sistemul privat drept o căpușă a sistemului public și îl blamează ca pe o concurență neloială, și, pe de altă parte, adepții liberalismului excesiv idealizează sistemul privat și îl consideră singura alternativă reală la sistemul public (18).

Sistemul de sănătate cu finanțare privată, deși poate fi acuzat ca fiind setat pe profit, ca orice organizație privată, totuși, oferă o libertate mai mare de alegere a serviciilor medicale de pe piață. De asemenea, spitalele private pot elimina din cadrul serviciilor medicale birocrăția excesivă și timpii de așteptare specifici spitalelor publice de stat.

Totuși, sistemul privat nu este întotdeauna accesibil persoanelor cu venituri reduse sau vârstnicilor, ca urmare a costurilor ce trebuie achitate ca contravaloare a serviciilor medicale sau farmaceutice prestate. Resursa umană, în mod special categoria profesională a medicilor, este bine drămuțată în sectorul privat, evitându-se anumite situații întâlnite în spitalele publice de stat, unde uneori medicii și conducătorii de spitale depășesc limita necesară legalizată prin normativul în vigoare (5).

PARALELĂ ÎNTRE SISTEMUL DE SĂNĂTATE ROMÂNESC ȘI CEL AUSTRALIAN

Anul 1984 reprezintă geneza inițierii și dezvoltării unui sistem de asigurări de sănătate, cu caracter universal, denumit caracteristic MEDICARE, în Australia (19).

Acest sistem are la bază câteva principii de funcționare și organizare, respectiv: simplitate, echitate, accesabilitate și universalitate. Astfel, întreaga populație a statului australian are la bază accesul liber și necondiționat la sistemul public de sănătate MEDICARE. Guvernul național asigură finanțarea suficientă în privința MEDICARE, iar conducerile celor 6 state și 2 teritorii (forme administrative de organizare ale Australiei) au obligația de a susține prestarea serviciilor de sănătate, atât în regim spitalicesc, cât și în sistem ambulatoriu, către întreaga populație.

Accesul întregii populații la sistemul de sănătate MEDICARE a dus la unele situații care au generat liste de așteptare ale pacienților care solicitau accesul la serviciile medicale spitalicești și ambulatorii.

Listele de așteptare și dorința pacienților de a le evita au dus la dezvoltarea unui sistem de asigurări medicale private într-un procent substanțial care ajunge la aproximativ 31% din populația australiană. Totodată, 25% dintre paturile aprobate la nivel național se află în spitalele cu finanțare privată.

Sistemul MEDICARE a stabilit și un pachet standardizat de servicii de sănătate la care populația are acces în baza asigurării de sănătate (20).

Ca urmare, anual, se publică pachetul de servicii medicale standardizat MEDICARE, unde sunt enumerate procedurile medicale, beneficiile în privința medicamentelor și serviciile cu caracter medical care pot fi prestate.

Finanțarea sistemului de sănătate australian are la bază o formulă de calcul intitulată “Casemix”, formulă care face ca spitalele să primească bugetul efectiv în funcție de numărul internațiilor. Ca urmare, cu cât numărul internațiilor în unitățile sanitare cu paturi este mai mare, cu atât banii primiți de spitale de la Comisia de Asigurări de Sănătate din Australia sunt mai mulți. De aceea, există riscul ca mulți pacienți care pot fi tratați în sistem ambulatoriu să fie internați în cadrul spitalului doar pentru a primi finanțare suplimentară în buget.

Sistemul de asigurări de sănătate din România copiază, în mare parte, sistemul australian, cel puțin în privința finanțării.

În privința asigurărilor obligatorii, taxele procentuale aplicate asupra veniturilor brute, percepute atât de la angajatori, cât și de la angajați, se constituie ca venituri la bugetul asigurărilor de sănătate. Acest buget reprezintă principala sursă de subvenționare a spitalelor publice de stat din România, care prestează atât servicii spitalicești, cât și ambulatorii.

O alternativă la sistemul medical public de stat o reprezintă sistemul medical privat din România. La fel ca și în Australia, lista de așteptare în privința programărilor la servicii medicale poate fi evitată prin accesarea spitalelor cu finanțare privată, unde plata serviciilor medicale se face direct de către pacient. Sistemul medical privat românesc, la fel ca și cel australian, poate constitui și ajuta inclusiv la decongestionarea spitalelor publice de stat, atât din punct de vedere medical și operațional, cât și din punct de vedere bugetar (21).

Din datele actuale, se constată că sistemul de finanțare spitalicesc românesc se suprapune celui

din Australia, fapt care denotă că majoritatea cauzelor subfinanțării sistemelor de sănătate din cele două țări sunt comune (22).

Spitalele din România sunt racordate la mai multe surse de finanțare, dintre care cea mai importantă este cea care are la bază contractul cu Casa de Asigurări de Sănătate. De asemenea, bugetul spitalelor poate fi completat cu alocări bugetare de la autorități guvernamentale centrale sau locale, de la Ministerul Sănătății, cu bani de investiții în clădiri, dar și în dotarea cu aparatură medicală performantă, precum și cu propriile venituri obținute din prestarea unor servicii medicale directe către firmele private.

În Australia, la fel ca și în Canada, s-a dezvoltat un sistem național de finanțare, la care se participă cu contribuții atât din partea bugetului federal, cât și de la bugetul fiecărui stat și teritoriu australian în parte.

CONCLUZII

Sistemele de sănătate, indiferent de țară, care se bazează pe finanțare cu preponderență de la Bugețul de stat, se constituie ca sisteme naționale de sănătate.

În România, ulterior procesului de descentralizare din anul 2010, când managementul medical a fost cedat de la nivel central la nivelul administrațiilor publice locale, spitalele de stat au rămas în continuare subfinanțate. De fapt, descentralizarea managementului medical nu a schimbat, în esență, modalitatea de finanțare existentă în cadrul unui sistem medical centralizat.

În Australia, țară din care România a „importat” sistemul de finanțare a bugetelor spitalelor, există, de asemenea, o subfinanțare a domeniului medical. Ca urmare, sistemul DRG, funcționabil sub forme diferite și adaptat fiecărei țări în parte, este perfectibil și supus în continuare la ajustări și îmbunătățiri.

BIBLIOGRAFIE

- Hotărârea Consiliului Local al Municipiului Oradea nr. 401 din 14 iunie 2010 privind trecerea în subordinea Municipiului Oradea a următoarelor unități sanitare: Spitalul Clinic Municipal „dr. Gavril Curteanu”, Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie, Spitalul Clinic de Neurologie și Psihiatrie și Spitalul de Pneumoftiziologie.
- Ordonanța de urgență nr. 48 din 2 iunie 2010, pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății în vederea descentralizării.
- Hotărârea Consiliului Local al Municipiului Oradea nr. 401 din 14 iunie 2010 privind trecerea în subordinea Municipiului Oradea a următoarelor unități sanitare: Spitalul Clinic Municipal „Dr. Gavril Curteanu”, Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie, Spitalul Clinic de Neurologie și Psihiatrie și Spitalul de Pneumoftiziologie.
- France G, Taroni F. The Evolution of Health-Policy Making in Italy. *Journal of Health Politics Policy and Law*. 2005;30(1-2):169-87.
- Roger France FH, Mertens I, Closos MC et al. Case-Mix: Global views, Local Actions. Brugge: IOS Press Ebooks, 2001.
- Hotărârea de guvern nr. 303 din 23 martie 2011 pentru aprobarea Strategiei naționale de raționalizare a paturilor.
- Daina L. Manual de management sanitar. Editura Universității din Oradea, 2007.
- Soltan V. Studiul politicii privind gradul descentralizării administrative în domeniul sănătății publice, Raport final, Centrul pentru politici și analize în Sănătate 2009, Chișinău.
- Armean P. Managementul calității serviciilor de sănătate. București: Editura Coresi, 2002.
- Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek K. Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes. England: Open University Press, 2007.
- Armean P. Management sanitar. Noțiuni fundamentale de sănătate publică. București: Editura Coresi, 2004.
- Hotărârea de guvern 562/2009 - Strategia de descentralizare în sistemul de sănătate, Anexa: Capitolul I.
- Sheiman I, Shishkin S, Shevsky V. The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation. *Risk Manag Healthc Policy*. 2018 Nov 2;11:209-220.
- Light DW. Universal health care: lessons from the British experience. *Am J Public Health*. 2003 Jan;93(1):25-30.
- Vlădescu C. Sănătate Publică și Management Sanitar. București: Cartea Universitară, 2004.
- Armean P. Politici și sisteme de sănătate europene. București: Editura Curtea Veche, 2005.
- https://umfcd.ro/wp-content/uploads/2016/11/Finatarea_sistemelor_de_sanatate-315-337.pdf.
- <https://www.medicub.ro/reviste/medic-ro/public-versus-privat-in-sanatate-id-1661-cmsid-51>. Public versus privat în sănătate. Vasile Astărăstoae. *Busola morală*, 29 aprilie 2018.
- <http://www.drg.ro/Doc/australiaro.doc>.
- www.health.gov.au/casemix - Australian Casemix.
- Regmi K. Decentralizing Health Services: A Global Perspective. Springer Science+Business Media New York, 2007.
- http://cnpv.ro/wp-content/uploads/2020/03/studiu_finantare_sanatate_2011.pdf.