

MECANISMELE DE DEPLASARE A RESPONSABILITĂȚILOR PENTRU RISURILE ÎN SĂNĂTATE

Iurie MALANCIUC,

IMSP SCR Laboratorul științific Management în sănătate;

Galina BUTA,

Catedra Economie, Management și Psihopedagogie în
Medicină, USMF Nicolae Testemițanu

Summary

The mechanism of the effective shift responsibility in the health system

The progressive aging of the population, a sharp increase in low-income, a progressive increase in social vices (alcoholism, drug addiction etc.), and a chronic shortage of funds, leading to a lack of funding in the medicine. The search for solutions of these problems is the crucial point for all countries, including developed ones.

Poverty dramatically reduces availability of funds even for vital medical services. Development of mechanisms designed to reduce costs for certain medical services, increase the ratio of price, changing behavioral attitude of the population towards a healthy lifestyle are the main challenges that confront a health care in many countries is. The shift of responsibility for public health from the medical staff to the patient, is designed to raise the level of public health and to reduce costs for the purchase of medical services. To become more effective the shift of this responsibility should be fixed by law. The mechanisms for the insurance health liability for the lifestyle should be increased. In order to increase the responsibility for maintaining the population health the use of so-called "tax on vices" and co-payments for medical services should be introduced, too.

The health service system should be oriented to the resource serving technologies.

Keywords: *aging of population, lack of medical services because of poverty, «tax on vices», co-payment.*

Резюме

Механизм распределения ответственности за риски в области здравоохранения

Прогрессивное старение населения, резкое увеличение населения с низкими доходами, прогрессивный рост социальных пороков (алкоголизм, наркомания и т.д.), а также хроническая нехватка финансовых средств приводят к недостаточности финансирования здравоохранения. Поисками решения этих проблем занимаются не только страны третьего мира, но и развитые страны. Бедность резко сокращает доступность даже жизненно важных медицинских услуг. Разработка механизмов, призванных сократить расходы для определённых медицинских услуг, увеличение соотношения цена–качество до оптимального, изменение поведенческого настроения населения в сторону ведения здорового образа жизни являются первостепенными задачами. Смещение от-

ветственности от медицинского персонала к пациенту призвано повысить уровень здоровья населения и снизить затраты для приобретения медицинских услуг. Необходимо закрепить её законодательно, пересмотреть механизмы повышения материальной ответственности при страховании за ведение здорового образа жизни, применение так называемого «налога на пороки», введения частичной оплаты за медицинские услуги с целью повышения ответственности за сохранение своего здоровья.

Система здравоохранения должна ориентироваться на применение ресурсосберегающих новых технологий.

Ключевые слова: *старение населения, недоступность медуслуг из-за бедности, «налог на пороки», доплата.*

Introducere. În anul 2000, reprezentanții a 189 de țări s-au reunit la New York pentru a adopta Declarația Mileniului privind principiile și valorile ce urmează să fie abordate în secolul XXI, în cadrul relațiilor internaționale. Dintre cele 8 priorități mondiale ale mileniului actual, trei au în vedere dezvoltarea economică și abolirea sărăciei, protejarea grupurilor vulnerabile, respectarea drepturilor omului [1].

Astfel, este dezirabilă identificarea cât mai corectă a grupurilor de risc, a indivizilor care sunt cei mai predispuși unor anumite condiții defavorabile, pentru a utiliza direct și în mod eficient resursele sanitare.

În categoria persoanelor defavorizate se încadrează familiile numeroase cu venituri insuficiente, familiile dezorganizate, persoanele cu handicap, invalizii, maturii sau copiii abandonați etc. În rândurile acestor persoane apar fenomene precum sărăcia, șomajul, stigmatizarea și marginalizarea socială, infracționalitatea, vagabondajul, prostituția, etilismul, narco- și toxicomania.

În Strategia Națională de Dezvoltare „Moldova 2020: Șapte soluții pentru creșterea economică și reducerea sărăciei” (aprobată prin Legea nr. 166 din 11 iulie 2012) se menționează că: „Sănătatea, de asemenea, reprezintă o parte integrantă a bunăstării sociale a populației, iar starea bună a sănătății facilitează dezvoltarea economică, competitivitatea și productivitatea. Ameliorarea sănătății populației va avea un impact decisiv asupra dezvoltării economice și prosperării sociale doar în condițiile instalării echității în sănătate, a unor progrese reale în asigurarea dreptului la sănătate pentru toată populația și în responsabilizarea întregii societăți de măsurile de ocrotire a sănătății, ce pot contribui la dezvoltarea umană, la bunăstarea socială și economică. Activitățile de sensibilizare a populației privind factorii determinanți pentru sănătate și promovarea prevederilor asupra aspectelor de sănătate în toate politicile va maximiza rezultatele în domeniul sănătății” [2].

Sărăcia și starea de sănătate a populației

„Acolo unde oamenii sunt condamnați să trăiască în mizerie, drepturile omului sunt violate: a ne uni pentru a le respecta este o datorie sacră” (J. Wresinski, Paris, 1987).

În ultimele 5 decenii, progresele realizate în domeniul medical au făcut ca starea de sănătate în lume să se îmbunătățească considerabil. Cu toate acestea, starea de sănătate a categoriilor de populație afectate de sărăcie rămâne precară, iar a celor afectate de sărăcie extremă, îndeosebi. Aproximativ un miliard trei sute de mii de persoane (20% din populația mondială) trăiesc în condiții de sărăcie absolută, având un venit inferior unui dolar pe zi. Aproape jumătate din locuitorii planetei trăiesc în condițiile unui venit mai mic de 2 dolari/zi.

În R. Moldova, ca, de altfel, în toate țările ex-comuniste din Estul Europei, tranziția economică și socială a determinat numeroase schimbări la nivelul populației. Creșterea sărăciei în ultimul deceniu este o trăsătură comună acestui grup de țări, care se datorează, în principal, scăderii producției și creșterii inegalităților. Din perspectivă regională (Europa și Asia Centrală), Moldova cunoaște niveluri de sărăcie mai pronunțate decât în țările Europei Centrale.

Un raport al Băncii Mondiale și al Comisiei Naționale pentru Antisărăcie și de Promovare a Incluziunii Sociale (CASPI), informează cu privire la Moldova că, deși rata sărăciei a scăzut, ea se menține la 25,1%, iar cea a sărăciei extreme – la 8,6% din populație [3].

În ceea ce privește Indicele de Dezvoltare Umană (IDU), Moldova se situează printre țările având o dezvoltare umană scăzută, cu o valoare a IDU de 0,778 în 2006 [4].

Definiție, concepte. Conform Băncii Mondiale, este considerată săracă persoana care nu are acces la un pachet minim de bunuri necesare supraviețuirii. Pragul sărăciei a fost stabilit la valoarea de 2 \$, iar cel al sărăciei extreme – la valoarea de 1 \$/zi/locuitor.

Într-o societate aflată în proces accelerat de îmbătrânire, calitatea vieții înseamnă din ce în ce mai mult calitatea vieții celor aflați în cea de-a treia perioadă a vieții. Integrarea lor socială și o viață demnă presupune servicii sociale specifice care, în multe cazuri, sunt deficitare în multe societăți în tranziție [5].

Din perspectiva asistenței medicale, se poate observa că o proporție înaltă de persoane vârstnice are nevoie de servicii medicale și sociale care ori nu există, ori sunt inaccesibile.

Problemele specifice ale acestui segment de populație au fost abordate cu referire la sistemul de securitate socială, cu accent principal asupra sistemului de pensii. Odată cu înaintarea în vârstă, însă,

crește riscul de boli cronice și uneori generatoare de handicap, implicit de dependență. Fără o asistență socială și medicală de lungă durată, existența însăși a persoanelor vârstnice este compromisă [6].

Problemele sociale (pensionarea, izolarea), cele economice (scăderea veniturilor, sărăcia), cele morale (nerespectarea drepturilor legitime) agravează *problemele de sănătate* ale vârstnicului, fapt care impune sarcini deosebite atât serviciilor de sănătate, cât și celor de asistență socială. Totodată, abandonul grijii față de propria sănătate, stilurile nesănătoase de viață, *deficitul de acces la serviciile medicale, deficitul serviciilor de prevenție și tratament ambulatoriu* contribuie la situația critică a stării de sănătate a multor vârstnici.

Deoarece situația socială și medicală a bătrânilor se deteriorează treptat din cauza reducerii veniturilor odată cu pensionarea, *politicele sociale* din domeniu *vizează în special* protejarea venitului, perfecționarea calității îngrijirii medicale, sprijinirea persoanelor în vârstă pentru a duce o viață demnă și independentă în mediul propriu [7].

Studierea accesibilității serviciilor medicale trebuie efectuată prin două abordări metodologice: *modelul comportamental și modelul organizațional*.

Modelul comportamental se bazează pe studierea influenței asupra consumului de servicii medicale a următoarelor variabile: demografia, caracteristicile socioculturale ale populației, viziunile, reprezentările, atitudinea față de sănătate, necesitatea în servicii medicale și rețeaua de instituții medicale în zona de accesibilitate.

Modelul organizațional se bazează pe evaluarea influenței asupra accesibilității serviciilor medicale a multitudinii factorilor de macronivel: starea economică a societății, politicile în sănătate, orientările valorice ale populației, factorii care determină prioritățile în sistemul de sănătate, organizarea a însuși sistemului de acordare a asistenței medicale nu numai la nivelul comunității, ci și în instituția medicală [8].

Minimul de viață se determină după necesitățile minime fiziologice și sociale, necesare pentru a menține viabilitatea biologică. La limita sărăciei se ajunge atunci când nivelul venitului este mai jos decât nivelul minim de viață, care presupune un venit necesar pentru a procura produsele și serviciile incluse în “coșul minim de consum”. În august 2000, în RM acest coș minim a fost apreciat la 910 lei. După acest minim de viață se cere a fi stabilit salariul minim și alte criterii de apreciere a bunăstării populației.

Statisticianul german din sec. al XIX-lea Ernest Engel a analizat structura bugetelor familiale și a formulat concluzii denumite **legile lui Engel**. Apreciind comportamentul consumativ al populației, Engel face următoarele aprecieri:

- Odată cu creșterea venitului, consumul crește, însă până la o anumită limită, când ritmul sporului consumului încetinește în raport cu creșterea venitului. Aceasta se poate explica prin faptul că preferințele consumative se formează în tinerețe, în timp ce venituri mari oamenii obțin în urma realizărilor lor din perioada de maturitate.
- Cu scăderea veniturilor, oamenii mai curând își cheltuie economiile și avutul, decât să se dezică de standardele obișnuite de viață.
- Deosebiri în consum s-au evidențiat la oameni în prima jumătate a vieții (până la 35-45 ani) și după atingerea vârstei medii. Engel a observat deosebiri în consum la orașeni și la săteni, femei și bărbați, în funcție de vârstă etc.

Problema diferenței preferințelor consumative a fost abordată în **teoria dirijismului** a lui **J. Keynes** ca lege psihologică fundamentală. Aceasta a fost una dintre legile psihologice luate de Keynes în calitate de argumentare a politicii statului referitor la venituri și stimularea investițiilor în economie. Statul trebuie să stimuleze creșterea înclinației către investiții ca o condiție a creșterii economice [9].

În considerațiile referitoare la sărăcie nu trebuie ignorat conceptul de *precaritate*. După **Joseph Wresinski**, persoanele cu risc de precaritate sunt indivizii care trăiesc în condiții de insecuritate materială și socială („*people living in insecure conditions*”). Existența noastră este strâns legată de forța relațiilor sociale. Ruperea uneia dintre aceste legături sociale (de exemplu, lipsa unui loc de muncă) antrenează fragilizarea celorlalte și duce la sărăcie și la precaritate [10].

Precaritatea se referă la absența securității individului în ceea ce privește construirea viitorului, la imposibilitatea acestuia de a-și asuma obligații profesionale, familiale și sociale, de a beneficia de drepturile sale fundamentale și este strâns legată de sentimentul de *fragilitate socială*, care apare în cazul lipsei mijloacelor necesare conceperii de proiecte pe termen lung [11].

Concluzii și propuneri. Analizând dezvoltarea economică a Republicii Moldova, se poate concluziona că eradicarea sărăciei în viitorul apropiat va avea rezultate mai puțin spectaculoase. Pentru a atinge scopul scontat, se cer mecanisme individuale de sporire a accesului păturilor defavorizate ale populației la servicii medicale, cu aplicarea lor la diferite nivele de influențe. Unul dintre principalele mecanisme, conform practicii țărilor cu o dezvoltare avansată, este **deplasarea responsabilităților pentru propria sănătate spre pacient**. În complex cu alte măsuri, aceasta are scopul de a eficientiza sistemul de sănătate în condiții de finanțare insuficientă și a populației cu un mare decalaj a bunăstării.

O grupare a acestor eforturi poate fi văzută ca măsuri:

1. Aplicate la nivel de stat, cum ar fi:
 - Combaterea sistemică a sărăciei și declinului economic;
 - Elaborarea legislației în domeniu, cu deplasarea responsabilității pentru sănătate de la sistemul de sănătate către pacient și administrația publică locală;
 - Îmbunătățirea continuă a mediului de viață, a securității consumului de apă și produse alimentare;
 - Promovarea modului sănătos de viață, ca un element de bază al culturii naționale.

2. Sistemul de sănătate activează prin asigurările medicale obligatorii de asistență medicală și fluxul financiar de peste 80% este direcționat prin CNAM, de aceea și măsurile principale de eficientizare a utilizării acestor resurse trebuie să fie efectuate de către CNAM. Unele dintre măsurile care ar avea un efect semnificativ sunt:

- Diversificarea Programului unic de servicii medicale pentru diferite categorii de divizare socială și economică a populației, cum ar fi diminuarea volumului Programului unic pentru cei înstăriți și majorarea lui pentru persoanele desemnate ca persoane cu venituri sub „coșul minim de consum”;
 - Aplicarea taxelor pe vicii asupra persoanelor care ignoră recomandările lucrătorilor medicali de a duce un mod de viață sănătos, de a respecta recomandările de conduită și tratament indicate etc., atât prin majorarea contribuțiilor la primele de asigurare medicală, cât și prin diminuarea volumului de servicii medicale acordate;
 - Implementarea sistemului de coplăți pentru toate sau doar pentru o parte din serviciile medicale acordate, de pildă: medicamente achitate numai în volum de 80% din cost, ca în Franța, sau franciza secundară de achitare a nu mai mult de 5-7 zile de spitalizare pentru majoritatea cazurilor etc.
3. Alt nivel de deplasare a accentelor se poate aplica în medicina primară prin așa măsuri ca:
- Majorarea până la peste 30% din bugetul de timp și obligații ale lucrătorilor medicali antrenați în medicina primară a activității de profilaxie, de promovare a modului sănătos de viață;
 - Implementarea tehnologiilor moderne de profilaxie, investigare, diagnosticare timpurie și tratament bazat pe dovezi;
 - Sporirea atenției acordate promovării modului sănătos de viață în rândurile generației tinere, ca fiind segmentul de populație mai receptiv și mai ușor de școlarizat.

Bibliografie

1. Hotărârea de Guvern nr. 288 din 15 martie 2005 privind *Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului*. În: Monitorul Oficial al RM nr. 45-50 din 25 martie 2005.
2. Strategia Națională de Dezvoltare *Moldova 2020: Șapte soluții pentru creșterea economică și reducerea sărăciei*. În: Monitorul Oficial al RM nr. 245-247.
3. Emler Hokenstad, 2001, p. 55-64.
4. Бармина Т. В. *Культура поведения пациентов как потребителей медицинских услуг*. Волгоград, 2008, с. 28-29.
5. *Неравенство в отношении здоровья* [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.who.int/whosis/whostat/> (16 января 2013 г.).
6. Poeneanu M. *Îmbatrânirea demografică. O provocare pentru sistemul de sănătate*. www.oekonomica.ro/files/pdf130.pdf. (accesat 18.05.2013).
7. Panait Carmen Lavinia. *Oferta vs cererea de servicii de sănătate în contextual demografic actual din România*. În: Management în sănătate. INANCIARXV/4/2011; p. 13-20.
8. Антропов В.В. *Модели социальной защиты в странах Европейского союза*. В: *Мировая экономика и международные отношения*, 2005, № 11, с. 8-9.
9. Титова А.О. *Медицинская услуга: общественное благо или товар. Научное пространство Европы – 2009*. В: *Материалы V Международной научной конференции, 7-15 апреля 2009 г. Т. 7: Экономические науки*. Przemysl, Nauka I studia, 2009, с. 128.
10. Ефименко С.А. *Социологические теории и социология медицины о взаимодействии социальных субъектов*. В: *Социология медицины*, 2005, № 1, с. 84-85;
11. Шейман И. М. Шишкин С.В. *Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи*. В: *Главврач*, 2009, № 7, с. 10-32.

Prezentat la 21.06.2013

PERCEPȚIILE DE COLABORARE A PRIMARILOR CU SERVICIUL DE SUPRAVEGHERE DE STAT A SĂNĂTĂȚII PUBLICE

Iurie PÂNZARU,
Centrul Național de Sănătate Publică

Summary***Perception of collaboration between magistrate and State Surveillance Service of Public Health***

In this article it is presents different approaches which needs be undertaken by the local public authorities in order to improve the health indicators of village, municipality or city habitants.

In recent years, has grown considerably the interest of mayors and local councilors in cooperation with the State Service for Public Health Surveillance in different sections

aimed to improving the lifestyle of the population living in a particular area.

Keywords: *townhall, magistrate, public authority, local level.*

Резюме***Восприятие сотрудничества мэров с Государственной службой по надзору за общественным здоровьем***

В данной статье представлены различные подходы, которые должны быть предприняты со стороны местных публичных органов для улучшения показателей состояния здоровья жителей села, коммуны или города.

В последние годы значительно вырос интерес примаров и местных советников к вопросам сотрудничества с Государственной службой по надзору за общественным здоровьем по различным разделам, направленным на улучшение уровня жизни населения, проживающего на определенной территории.

Ключевые слова: *мэрия, мэр, государственная власть, местный уровень.*

Introducere. Societatea este cea care indică în ce măsură administrația publică locală (APL) este responsabilă de activitățile organizate în teritoriul administrat și, în funcție de aceasta, dacă este sau nu comparabil nivelul de dezvoltare al altor localități.

O problemă majoră pentru primarii aleși și funcționarii publici noi desemnați o constituie lipsa materialelor metodice și a cunoștințelor în domeniile funcționării sistemului de sănătate publică, aplicării corecte a legislației, inclusiv a celei ce ține de activitatea serviciilor desconcentrate din teritorii, de reglementarea și planificarea corectă a acțiunilor de salubritate, a comerțului neautorizat, de aplicare a planurilor urbanistice locale, administrarea corectă a zonelor de agrement etc. (5).

În acest context și pentru o școlarizare virtuală, în anul 2012 a fost elaborată și publicată ediția a II-a a Ghidului pentru Administrația Publică Locală *Acțiuni comunitare în menținerea sănătății publice*, ca sursă a practicii unitare care expune comentarii privind aplicarea coerentă a Legii nr. 10 din 03.02.2009 *Privind supravegherea de stat a sănătății publice*, a altor acte normative din domeniul sănătății publice, care fac distincții între domeniile de control și supraveghere și atribuțiile autorităților publice locale [1, 2].

Un primar eficient trebuie să se adapteze exigențelor transunerii și aplicării dreptului comunitar în domeniul sănătății publice, să știe când să apeleze la sfaturile și experiența specialiștilor din centrele de sănătate publică (CSP), pentru a soluționa în timp și eficient multitudinea problemelor direcționate spre ocrotirea și fortificarea sănătății publice din comunitate [5].

Ghidul este un instrument al membrilor societății pentru a propune și a cere de la administrația