

2. Melnic B. Omul. Geneza existenței umane. Chișinău, 1998. 220 p.
3. Borzan Cristina Maria, Mocean Florea. Sănătate Publică. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2002. 274 p.
4. Duda Rene. Gerontologie medico-socială. Iași: Ed. Junimea, 1983. 185 p.
5. Duda Rene. Sănătate Publică și Management. Iași: Moldtip, 1996. 220 p.
6. Tintiuc D., Gagauz O. Familia ca subiect al proceselor demografice. În: Conferința "Particularitățile și tendințele proceselor demografice în Republica Moldova". Chișinău, 2001, p.19-30.

## PRIORITĂȚILE SISTEMELOR DE SĂNĂTATE: AVANTAGE ȘI DEZAVANTAGE

**Tudor Grejdean**, dr. hab. șt. med, prof. univ.

**Victoria Voloceai**, dr. șt. med., asist. univ.

**Diana Mitriuc**, asist. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,  
Chișinău, R. Moldova

sanatatepub@usmf.md victoria.voloceai@usmf.md diana.mitriuc@usmf.md

### PRIORITIES OF HEALTH SYSTEMS: ADVANTAGES AND DISADVANTAGES

*An important role in the life of contemporary societies is played by the Health System, which constitutes a set of elements and relationships that determine the health status of individuals and populations. The health system is made up of elements in interaction belonging to the political, social, economic, cultural system existing in a country at a given time. Depending on the different types of relationships that occur between the third party payer, provider and consumer (patient), seven types of health systems can be described.*

*Sistemul de sănătate este ansamblul funcțional al elementelor și relațiilor care determină starea de sănătate a indivizilor și populațiilor, fiind alcătuit din elemente aflate în interacțiune aparținând sistemului politic, social și economic, precum și ale sistemului cultural, sisteme existente într-o țară la un moment dat [1]. Sănătatea, conform Organizației Mondiale a Sănătății, se definește ca fiind “bunăstarea completă fizică, psihică și socială, și nu doar absența bolii sau a handicapului”, definiție ce surprinde caracterul pozitiv și parțial subiectiv al conceptului de sănătate, iar boala este privită ca “o stare nedorită, morbidă”. Sistemul de servicii de sănătate este ansam-*

blul structurilor organizate care furnizează bunuri și servicii către indivizi și populație în vederea ameliorării sau a menținerii stării de sănătate, iar *sistemul de îngrijiri de sănătate* este ansamblul de resurse (umane, materiale, financiare, informaționale, temporale) structurate și utilizate în modalități variabile pentru a produce îngrijiri de sănătate<sup>20</sup> care au ca scop îmbunătățirea sau menținerea stării de sănătate a indivizilor [2]. Istoria recentă arată că întreaga lume se află la ora actuală în căutarea unui sistem de îngrijiri de sănătate cât mai bun, adică mai puțin costisitor și mai benefic pentru sănătatea cetățeanului. Un exemplu notoriu este creșterea masivă a cheltuielilor pentru sănătate în SUA (de la cca 5% în 1950 la peste 16% în anul 2000), fără ca starea de sănătate a populației să se îmbunătățească în aceleași ritmuri). În consecință, este absolut firesc ca politicienii, economiștii, juriștii și planificatorii de sănătate din SUA să vorbească despre acest nou sistem de sănătate și să gândească l, sau cel puțin la reformarea celui existent.

Un sistem sanitar poate fi analizat și caracterizat ținând cont de două aspecte importante: fluxul financiar și organizarea sa. Din punctul de vedere al fluxului financiar, indiferent de tipul sistemului sanitar, există trei mari actori: terțul plătitor, furnizorul și consumatorul sau pacientul. În funcție de diferitele tipuri de relații care se realizează între aceștia, se pot descrie mai multe tipuri de sisteme sanitare. O analiză făcută de OECD<sup>21</sup> a identificat 7 asemenea modele care vor fi descrise în continuare (OECD, 1992 [3].

**Modelul cu plată voluntară – “din buzunar”.** Cea mai simplă formă a pieței sanitare private, fără asigurări, cu plata directă, din buzunar, pe baza tranzacțiilor directe între consumatorii și furnizorii de servicii medicale. Plata serviciilor depinde de capacitatea de plată. Atunci când veniturile sunt insuficiente sau când cheltuielile sanitare sunt neașteptat de mari, modelul nu asigură un acces adecvat și echitabil la asistența medicală. De asemenea, eficiența micro – și macroeconomică este dubitabilă. Chiar dacă consumatorii au libertate de alegere deplină, suveranitatea pacientului este discutabilă datorită existenței unei puternice asimetrii informaționale între pacienți și medici, ca și datorită monopolului deținut de furnizorii medicali. Acest model este satisfăcător doar pentru intervenții minore sau de rutină [4]. Acest model este considerat superior plății directe, pacienții putându-se asigura împotriva unor cheltuieli medicale neașteptate prin intermediul primelor plătite. Totuși, costurile administrative dintr-un

<sup>20</sup> Se concretizează prin activitățile medico-sanitare care au ca scop ameliorarea sau menținerea stării de sănătate a indivizilor, și diminuarea incapacității datorate bolilor.

<sup>21</sup> Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică.

asemenea sistem adaugă cca 10% la costurile primelor medicale actuale. De asemenea, sunt descrise alte două dezavantaje. Mai întâi, atunci când consumatorul este protejat de aceste asigurări, apare fenomenul de hazard moral: nu există stimulente pentru reducerea cererii, care poate fi indusă chiar de către furnizori (medici). Al doilea dezavantaj major constă în apariția inechității sistematice, accesul la asigurări și deci la asistența medicală va fi în relație cu capacitatea de plată. Este modelul “convențional” pentru SUA, dar rar pentru Europa. Modelul este utilizat preponderent pentru alte sectoare decât cel medical (asigurări de viață, de bunuri etc.). Se întâlnește pe piața privată din Anglia și Olanda [5].

**Modelul de asigurare obligatorie cu rambursarea pacienților.** Problemele legate de echitate și selecția riscurilor întâlnite în modelul anterior pot fi diminuate prin introducerea obligativității asigurărilor în funcție de venituri (o cotă procentuală din venitul individual), fapt ce duce la fenomenul “solidarității”, cei bogați cotizând și pentru cei cu venituri mai reduse. Acest model are aceleași mari principii întâlnite anterior: plata directă (per act) a medicilor de către pacienți; prime obligatorii în funcție de venituri; fonduri finanțatoare care nu sunt în competiție; nu există conexiuni între furnizori sau finanțatori; rambursarea cheltuielilor făcute de pacienți în concordanță cu cele prevăzute în schema de asigurare; poate, de asemenea, exista împărțirea costurilor între pacient și asigurător (coplăți) [6]. Prin acest model se poate obține o anumită echitate în accesul la serviciile sanitare și plata lor, continuă să persiste unele din problemele întâlnite la modelul privat echivalent: hazardul moral, cererea indusă de ofertă și tendința spre costuri administrative mari. Din nou, hazardul moral poate fi contrabalansat prin introducerea coplăților. Elemente din acest tip de model se întâlnesc în Belgia și Franța indusă de ofertă și tendința spre costuri administrative mari. Din nou, hazardul moral poate fi contrabalansat prin introducerea coplăților. Elemente din acest tip de model se întâlnesc în Belgia și Franța.

**Modelul de asigurare voluntară contractuală.** Acest model arată astfel: servicii furnizate liber pacienților asigurați; competiție între companiile de asigurare; prime de asigurare fixe, comunitare de obicei; plata per act sau capitație prin intermediul terțului plătitor; competiție între furnizori (linia punctată) este dirijată de asigurători, și nu de pacienții individuali. Acest model a fost sau este întâlnit în diferite variante: asigurătorul poate fi controlat de consumatori (precum era situația în Europa anilor '20-'40), de doctori sau alți furnizori, de organizații private independente atât ale furnizorilor, cât și ale consumatorilor [7].

În Europa aceste modele au fost abandonate, deoarece se adresau în principal celor ce lucrau, lăsând neacoperită o parte importantă a populației. De asemenea, erau nepopulare pentru doctori, datorită puterii financiare locale care îngreădea sensibil veniturile medicilor, fiind înlocuite de fondurile de asigurare obligatorie cu remunerarea medicilor per act, cu tarife negociate central.

**Modelul public contractual.** Acest model se regăsește în schemele de asigurări obligatorii europene și are la bază: servicii furnizate consumatorilor eligibili în mod liber; contribuții obligatorii legate de venituri; plata per act sau capitație prin intermediul fondurilor de asigurare către furnizorii independenți. Și acest model poate avea mai multe variante. Principalele caracteristici ale acestui model sunt: terțul plătitor este un organism public, care are relații contractuale cu furnizorii; altfel spus, există o separare între finanțatori și plătitori; frecvent, metoda de plată este dependentă de cantitatea și calitatea muncii prestate. Este comun pentru furnizorii europeni aflați în acest tip de sistem să fie liberi să facă contracte cu orice fond de asigurări, pe baza principiului libertății de alegere. Este modelul dominant pentru asistența primară în Germania, Irlanda, Anglia și pentru spitalele din Germania, Belgia, Olanda, Anglia. E utilizat parțial și în asistența primară în Franța și Belgia [8].

**Modelul de asigurare voluntară cu integrare între furnizor și asigurător.** La începutul dezvoltării pieței medicale private europene, unele grupuri de asigurători au considerat mai util să angajeze medici cu salariu și să fie și proprietarii facilităților medicale, mai ales pentru asistența primară. Caracteristicile acestui model sunt: servicii furnizate liber pacienților; competiție între asigurători; prime voluntare fixe; integrare verticală între asigurători și furnizori, cu plata prin salarii și bugete prospective; libertatea de alegere a medicului de către pacienți este limitată de alegerea companiei de asigurare. Astfel, acest model prezervă libertatea alegerii companiei de asigurare, dar restrâng escala furnizorilor. Are un bun potențial pentru eficiență micro – și macroeconomică, prin: stimulentele competiției; managementul furnizării serviciilor medicale (prin “filtrele” asistenței primare și contractele la angajare); economii administrative prin integrare verticală. Este tipul utilizat în SUA, în HMO (organizații integrate de furnizare a serviciilor de sănătate), fiind puțin utilizat în Europa.

**Modelul de asigurare obligatorie cu integrare între furnizare și asigurare (modelul public integrat).** Varianta publică a modelului anterior

a fost larg adaptată în sistemele obligatorii. Caracteristicile acestui model: servicii furnizate liber pacienților; terți plători organizați de organisme finanțatoare publice, de obicei, autoritățile publice centrale sau locale; finanțare prin contribuții legate de venituri, obligatorii, deseori via impozite generale; plata medicilor se face de obicei prin salarii și bugete prospective. Se poate aprecia în acest context că modelul din Republica Moldova al sistemului de asigurări de sănătate se apropie cel mai mult de ceea ce am descris sub denumirea de model public integrat, cu avantajele și dezavantajele menționate anterior.

În mod tradițional, în funcție de sursele de finanțare, au fost descrise **trei tipuri de sisteme de sănătate:**

**1. Sistemul național de sănătate** numit și model Beveridge, de asemenea, după numele celui ce l-a introdus în Anglia după cel de-al doilea război mondial – finanțat prin impozite. Sistemul național de sănătate (NHS) a fost introdus în Marea Britanie în 1942 (preluat de la Suedia, care l-a introdus în 1930). Acest sistem de sănătate a fost modelat de la an la an în funcție de necesități. În 1990 în Marea Britanie s-au introdus modificări în sistemul de sănătate pentru a se lărgi sfera sectorului privat și a scădea astfel cheltuielile bugetare. *Avantaje:* acoperire largă, cu impact pozitiv asupra stării de sănătate a populației; controlul cheltuielilor; accesibilitate la serviciile medicale; gratuitate în momentul utilizării serviciilor de sănătate. *Dezavantaje:* medicii sunt lipsiți de stimulente; există lungi liste de așteptare pentru anumite acte medicale; sistemul este excesiv de birocratic;

**2. Sistemul de asigurări sociale de sănătate** numit și sistem bismarkian, după numele celui care l-a introdus în Germania, la sfârșitul secolului XIX – bazat pe prime obligatorii de asigurare, dependente de venituri, și nu de starea de sănătate a celor asigurați. Sistemul asigurărilor publice obligatorii de sănătate (asigurări de boală) – sistemul Bismark a fost introdus în Germania în 1883 și ulterior în Austria, Belgia, Franța și Olanda. *Avantajele* asigurărilor publice obligatorii de sănătate: asistența de urgență este obligatorie și gratuită; cetățenii fără venituri au asigurat un pachet minim de servicii de sănătate finanțat de guvern. *Dezavantajele* asigurărilor publice obligatorii de sănătate: contribuția (taxa) este în funcție de venit, populația achită taxe proporționale cu veniturile, dar are acces la serviciile de sănătate după nevoi; banii adunați nu pot fi bine controlați; salariul personalului poate fi diferit de la un an la altul; bugetul acumulat este deseori insuficient pentru acoperirea cheltuielilor; *Sistemul voluntar de asigurări* – caracteristic pieței private de sănătate, cu finanțare privată, primele de asigurare fiind corelate cu riscurile asiguraților.

**3. Sistemul de asigurări private**, voluntare, de sănătate modelul ”suveranității” consumatorului). În SUA se cheltuie pentru sănătate 11% din produsul național brut, constituind cea mai scumpă asistență medicală, datorită tehnologiei de vârf din domeniu. Începând cu 1995 – 1996 s-a încercat o reformare a sistemului de sănătate, pentru a asigura o mai mare acoperire a populației și o mai bună accesibilitate financiară la îngrijirile de sănătate. *Avantaje*: nu creează posibilități de opțiune mai mari pentru pacienți, întărind astfel poziția consumatorilor de servicii de sănătate; oferă persoanelor sentimentul că au dreptul să beneficieze de serviciile pe care le-au plătit; nu există plăți clandestine. *Dezavantaje*: asigurarea privată nu este obligatorie; 15-17% din populația sub 65 de ani nu este asigurată; a scăzut speranța de viață la naștere; s-a deteriorat starea de sănătate a populației.

**4. Sistemul centralizat de stat (de tip Semașko)**. Acest tip de sistem de sănătate este caracteristic fostelor țări socialiste. *Avantaje*: te finanțat de la bugetul de stat; este controlat de stat printr-un sistem de planificare centralizată; statul are monopolul serviciilor de sănătate, care sunt proprietatea sa; personalul medical este în întregime salariat al statului; accesul la servicii este general; nu există sector privat; prioritatea socială scăzută a sistemului de sănătate. *Dezavantaje*: este lipsit de competiție și inițiativă; ”funcționarizează” activitatea medicală; este subfinanțat, neperformant și ineficient; impact redus asupra stării de sănătate a populației.

### Referințe bibliografice

1. Dănăiață I. Managementul prin excepție, în Sisteme, metode și tehnici de management a organizațiilor. Coord.: O. Nicolescu, , București: Editura Economică, 2000, p.305-309.
2. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. I-III. Michigan: Health Administration Press, Ann Arbor, 1985, p.505-509.
3. Drucker P.F. Management: Tasks, Responsibilities, Practices. London: Pan Books Ltd., 1979, p.805- 809.
4. Drugan T., Achima A. Informatica medicală elementară. Cluj-Napoca: Editura Alma Mater, 2002, p.915-919.
5. Enăchescu D., Marcu M. Gr. Sănătate publică și management sanitar. București: Editura All,, 1998, p.715-719.
6. Jivan, A. Managementul serviciilor. Timișoara: Editura de Vest, 1998, p.345-349.
7. Nicolescu O., Verboncu I. Management. București: Editura Economică, 1999, p.805-809.
8. Vulcu L, Cojan A. Management, note de curs pentru conducerea serviciilor medicale sau sociale. Vol. I. Sibiu, 1996, p.415-419.