

ASPECTE COMPARATIVE ÎN ORGANIZAREA SISTEMULUI MEDICAL

COMPARATIVE ASPECTS IN ORGANIZING THE MEDICAL SYSTEM

Tatiana TOFAN, doctor în economie, conferențiat universitar,
Universitatea de Stat din Moldova

Ala GRECU, doctorandă, Universitatea de Stat din Moldova

SUMMARY

This article provides a brief comparative analysis of the medical problems of European countries. The problems that the Eastern European states are currently facing have been identified. Efforts are also being made by the EU member states in the organization and provision of health services and medical assistance. The healthcare system put into practice by the member states of the European Union aims to ensure everyone's access to quality care, and their development has contributed to the considerable improvement of the health status of the European population, during the last decades.

Keywords: *medical system, medical assistance system, member countries of the European Union.*

CZU: 614.2(4)

[https://doi.org/10.52327/1857-4440.2022.2\(22\).10](https://doi.org/10.52327/1857-4440.2022.2(22).10)

Analiză comparativă succintă a problemelor medicale a țărilor europene pune în lumină multe similitudini, dar și diferențieri mari de dezvoltare între acestea. Numeroase semnale atrag atenția asupra evoluțiilor îngrijorătoare din domeniul demografic, a problemelor de sănătate, din sfera ocupării forței de muncă, a producției și consumului de bunuri și servicii de orice fel. Problemele cu care se confruntă în prezent statele estice ale Europei: sărăcia, corupția, traumele sociale, deprecierea vizibilă a stării de sănătate produse de recentele conflicte armate sau interetnice, degradarea fără precedent a mediului, și nu în ultimul rând, imperativul realizării unor reforme de largă amploare, în condiții de precaritate economică și mare tensiuni sociale, constituie provocări majore pentru decidenții ce gestionează resursele europene. În contextul extinderii, economia europeană se confruntă cu probleme dar și cu oportunități considerabile. Lărgind piața unică, Uniunea Europeană mizează pe dezvoltarea economică a celor ce i se alătură, deoarece sunt întrunite condițiile pentru ca aceștia să recupereze rămânerea în urmă. Conform previziunilor, țările cele mai avansate din grupul noilor membri au atins standardele de viață impuse de normele Uniunii Europene 15 dintre ele în anul 2015 iar statele cele mai puțin avansate vor atinge undeva prin anul 2030. [1]

Statele membre ale UE sunt responsabile de organizarea și furnizarea serviciilor de sănătate și a asistenței medicale. Prin urmare, rolul UE în ceea ce privește politica în domeniul sănătății este complementar politicilor naționale.

Politicile și acțiunile UE în materie de sănătate publică vizează:

- protejarea și îmbunătățirea sănătății cetățenilor UE
- sprijinirea modernizării infrastructurii de sănătate
- îmbunătățirea eficacității sistemelor de sănătate din Europa
- consolidarea măsurilor de pregătire și de răspuns la amenințările transfrontaliere la

adresa sănătății

UE adoptă legi și recomandări pentru a proteja populația. Aceste măsuri privesc produsele de sănătate și drepturile pacienților. În toate politicile și acțiunile Uniunii se asigură un nivel ridicat de protecție a sănătății umane, și anume articolul 168 din TFUE (temeiul juridic pentru politica UE în domeniul sănătății) la fel confirmă aceste măsuri și recomandări pentru protecția populației [3].

Coordonarea în ceea ce privește chestiunile de sănătate publică este o consecință necesară a liberei circulații a persoanelor și a mărfurilor în cadrul pieței interne. Cooperarea la nivelul UE contribuie la găsirea de soluții pentru provocările comune în materie de sănătate pe care le reprezintă, de exemplu, rezistența la anti-microbiene, bolile cronice care pot fi prevenite și îmbătrânirea populației.

Sistemul asistență medicală puse în practică de statele membre ale Uniunii Europene au ca scop asigurarea accesului tuturor la îngrijirile de calitate, iar dezvoltarea lor a contribuit la ameliorarea considerabilă a stării de sănătate a populației europene, în cursul ultimilor decenii. Ele reprezintă un element foarte important al modelului social și funcționează prin prisma asigurărilor sociale de sănătate.

➤ *Europa de Vest.* Analizând mai profund sistemele asigurărilor sociale de sănătate din țările Europei de Vest, s-a constatat că ele pot fi descrise în termeni structurali. Conceptul structural include șapte componente-cheie, care cuprind nucleul organizațional al unui sistem de asigurări sociale de sănătate. Aceste șapte caracteristici (contribuții nelegate cu riscul de îmbolnăvire, companii de asigurări/case spitalicești în calitate de plătitori, solidaritate, pluralism, corporatism, participare, alegere) cuprind aranjamentele structurale de bază ale asigurărilor sociale de sănătate. Fiind combinate, acestea pot fi percepute ca formă instituțională în organizarea sistemului asigurărilor sociale de sănătate [2].

Contribuții de asigurare transparente și nelegate de riscul de îmbolnăvire. Creșterea fondurilor asigurărilor sociale obligatorii de sănătate este direct proporțională cu venitul membrilor (angajaților), de obicei, exprimat în procentaj din salariu (uneori până la o limită stabilită). Această componentă are două caracteristici egal de importante. Prima: contribuțiile sau primele de asigurare nu sunt legate cu starea sănătății persoanei. Dacă angajatul are soție și copii, aceștia din urmă beneficiază automat de acoperire din prima calculată în baza venitului în aceleași condiții de risc. A doua caracteristică constă în faptul că primele de asigurare sunt colectate separat în cadrul veniturilor generale de stat. Finanțarea sistemului de sănătate este transparentă și, astfel, izolată de confruntările politice inerente bugetului public.

Companiile de asigurări (casele spitalicești) în calitate de plătitori/cumpărători. Primele sunt colectate direct de către companiile de asigurări/casele spitalicești (Austria, Franța, Germania, Elveția) sau sunt distribuite dintr-un fond de stat centralizat (Israel, Luxemburg, Olanda) pentru un șir de companii de asigurări (Belgia aplică ambele metode). Aceste fonduri sunt organizații private nelucrative (nonprofit), supravegheate de o comisie selectată cel puțin parțial de către membrii asigurărilor sociale de sănătate (cu excepția Franței și Elveției), de obicei cu recunoașterea statutului și responsabilităților (Israelul este o excepție). Reglementă-

rile în baza cărora funcționează companiile de asigurări/casele spitalicești sunt în mod normal stabilite de legislația națională (Austria, Franța, Germania, Luxemburg, Olanda, Elveția) sau sunt strict controlate prin intermediul unui proces de reglementare de stat (Israel). Companiile de asigurări utilizează veniturile din primele membrilor (impozit pentru sănătate în Israel) pentru finanțarea contractelor colective cu prestatorii publici, privați nelucrativi (fără profit), privați lucrativi (cu profit) pentru prestarea serviciilor de sănătate persoanelor asigurate [3].

Solidaritate în acoperirea populației și finanțarea pachetelor de beneficii. În funcție de țară, acoperirea populației cu asigurări sociale de sănătate constituie de la 63 procente (Olanda) până la 100 procente (Franța, Israel, Elveția). În țările cu mai puțin de 100 procente de participare obligatorie, de regulă, persoanelor cu venituri foarte înalte li se permite (Germania) sau solicită (Olanda) să părăsească sistemul de asigurări sociale stabilit și să apeleze la asigurare comercială de sănătate pe cont propriu (cu mici excepții pentru imigranții ilegali și funcționarii de stat). Finanțarea pentru toți membrii asigurărilor sociale de sănătate este realizată prin fondurile unice de stat naționale (Israel, Olanda), prin autoritățile regionale (Austria) sau fondurile de bază (Elveția), prin mecanisme obligatorii de ajustare a riscului (Belgia, Germania, Israel, Olanda) sau prin subvenții de stat (Belgia, Franța). În toate cele opt sisteme de asigurări sociale de sănătate, statul solicită aceleași pachete de beneficii complexe pentru toate categoriile de persoane asigurate [2].

Pluralism privind prestatorii de servicii medicale. Sistemele asigurărilor sociale de sănătate includ un ansamblu de structuri organizaționale. Atât în cadrul țărilor, cât și între țările cu sisteme de asigurări sociale de sănătate numărul și originea companiilor de asigurări variază mult, în funcție de criteriile profesionale, geografice, religioase, politice și de imparțialitate. Aproximativ toate spitalele, indiferent de forma lor de proprietate, și aproximativ toți medicii, indiferent de forma lor de organizare (practică individuală, practică în grup etc.) dețin contracte cu casele spitalicești și sunt parte a sistemului asigurărilor sociale de sănătate. Asociațiile profesionale medicale, autoritățile municipale, regionale și naționale, inclusiv alți furnizori precum companiile farmaceutice, toți sunt părți componente ale sistemului asigurărilor sociale de sănătate [2].

Modelul corporativ de negocieri. De regulă, negocierile se inițiază la nivel regional sau național între organizațiile superioare ce reprezintă fiecare subsector de sănătate implicat. Acest cadru corporativ permite desfășurarea lină a proceselor de autoreglementare și contractare, cu obținerea unei uniformități considerabile în rezultatele finale în termeni de costuri tranzacționale, care de obicei sunt deficitare. O abordare corporativă în cadrul grupurilor de parteneri sociali (companiile de asigurări/casele spitalicești, specialiști în sănătate, grupurile de prestatori și grupurile de furnizori) este de asemenea conformă cu acordurile obținute în alte segmente ale sectorului social (spre exemplu, sistemul de pensionare).

Administrare comună a sistemului asigurărilor sociale de sănătate. Potrivit structurii pluraliste descrise anterior, sistemele asigurărilor sociale de sănătate din țările Europei de Vest includ, de regulă, participarea în luarea deciziilor de conducere a unui ansamblu de actori. Cea mai vizibilă manifestare a acestui proces tradițional de autoreglementare este modul în baza căruia companiile de asigurări/casele spitalicești și prestatorii de servicii negociază direct între ei programele de asigurări, modalitățile de plată, calitatea asistenței, numărul de pacienți și alte aspecte contractuale. Asociațiile medicale, asociațiile spitalicești și alte grupuri profesionale de asemenea foarte frecvent au anumite responsabilități în procesul de luare a deciziilor [1].

Libera alegere a prestatorului și (parțială) a caselor spitalicești. Membrii companiilor de

asigurări/caselor spitalicești pot apela pentru asistență medicală la aproape toți medicii și spitalele din țară. În șase sisteme din cele opt studiate, nu se solicită o trimitere de la medicul de familie la specialist (Israel și Olanda sunt excepții). Tot mai mulți membri au posibilitatea de a-și schimba compania de asigurări/casa spitalicească (Austria, Franța și Luxemburg sunt excepții). Pentru a micșora solicitările neargumentate de servicii prestate de medicii specialiști și de spitale, în unele țări (Germania, Belgia) au fost aplicate coplățile directe, achitate de pacienți la momentul adresării.

➤ *Europa Centrală și de Est.* În țările în tranziție serviciile de îngrijire a sănătății își pierd treptat din caracterul universal și gratuit, intrând sub incidența asigurărilor sociale și fiind direct legate de ocupație, respectiv de contribuție. Trecerea la sistemul economic bazat pe legile pieței impune schimbări importante și în acest sector. Asigurările sociale de sănătate au demarat în unele țări sau se află încă în stadiu de proiect în altele. Însă anumiți pași s-au realizat în toate țările în tranziție: descentralizarea și privatizarea unor segmente ale sistemului de sănătate. Este evident faptul că reforma sistemului sanitar atinge numeroase probleme de ordin organizatoric, medical, financiar și chiar moral. În evaluarea noastră ne oprim asupra aspectelor de ordin economic, respectiv asupra acelor care ating problematica funcționării sistemului sanitar pe principiul asigurărilor sociale [3].

➤ *Cehia.* În Cehia se urmărește înlăturarea monopolului statului în furnizarea de servicii medicale și promovarea de instituții private sau cu administrare privată. Începând cu anul 1992, a demarat un program de asigurări sociale în domeniul serviciilor de ocrotire a sănătății. Accesul gratuit la îngrijirea sănătății este înlocuit cu accesul pe baza unui contract de asigurare cu Fondul de Asigurări. Acest fond se alimentează prin contribuții ale persoanelor asigurate și patronat, guvernul fiind implicat, ca și în cazul celorlalte sisteme de asigurări (de șomaj și de pensii), din punct de vedere financiar numai în legătură cu deficitul. În acest domeniu s-au dezvoltat două programe separate de asigurări sociale: unul pentru servicii medicale și celălalt pentru beneficii bănești de boală și de maternitate. Fiecare dintre cele două direcții are propria ei finanțare: [4]

- îngrijiri medicale: persoane asigurate - 4,5% din salariul brut; angajatorul - 9% din fondul de salarii.

- boală și maternitate: salariați - 1,2% din salariul brut; lucrători pe cont propriu - 4,8% din venitul lunar brut; patronatul - 3,6% din fondul de salarii.

➤ *Ungaria.* În anul 1990 are loc transferul finanțării serviciilor de sănătate de la bugetul statului la Fondul de Asigurări de Sănătate. Persoanele asigurate contribuie la acest fond cu 4% din salariul brut, angajatorul cu - 19,5% din fondul de salarii, iar guvernul - cu 19,5%, pentru funcționarii din administrația de stat și pentru acoperirea costurilor concediilor de maternitate. Acest fond de asigurare pentru sănătate finanțează două programe: serviciile de îngrijire medicală pe baze contractuale cu Casa de Asigurări de Sănătate și beneficii bănești pentru protecția socială în caz de incapacitate de muncă. [5, p.55]

➤ *România.* Pana la apariția Legii asigurărilor sociale de sănătate nr. 145 din 1997, sistemul de ocrotire a sănătății a fost coordonat în mod centralizat de către Ministerul Sănătății prin cele 41 de direcții sanitare județene, și direcția sanitară a municipiului București, constituit dintr-o rețea de spitale, policlinici, dispensare și alte unități sanitare. În plus, exista și un număr de spitale, institute și centre naționale de înaltă specializare, subordonate direct Ministerului Sănătății, precum și rețele medicale paralele în subordinea Ministerului Transporturilor, Ministerului Apărării Naționale, Ministerului de Interne, Ministerului Muncii și Protecției

Sociale și Serviciului Român de Informații, care furnizau servicii medicale și răspundeau de ocrotirea sănătății pentru o anumită categorie de populație.[5, p.89]

În iulie 1997, a fost adoptată Legea asigurărilor sociale de sănătate. Aceasta a urmărit modelul de asigurări tip Bismarck, cu asigurare de sănătate obligatorie, bazat pe principiul solidarității și funcționând în cadrul unui sistem descentralizat. Ea a intrat în vigoare, cu toate prevederile, începând cu 1 ianuarie 1999. A existat însă o perioadă de tranziție în anul 1998, în care direcțiile sanitare județene și Ministerul Sănătății au administrat fondurile de asigurare. În consecință, de la 1 ianuarie 1999, conform legii au funcționat Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Casele județene de asigurări de sănătate ca instituții publice autonome, conduse de reprezentanții asiguraților și patronatului prin consiliile de administrație [5, p. 101].

Răspunsul UE în domeniul sănătății publice include: [3]

1. creșterea capacității de producție a unui vaccin sigur și eficace, prin intermediul strategiei UE privind vaccinurile

2. asigurarea aprovizionării cu materiale medicale și echipamente individuale de protecție prin:

- menținerea liberei circulații a mărfurilor în cadrul pieței interne
- efectuarea de achiziții comune și crearea unui stoc european comun în cadrul RescEU
- sprijinirea cercetării și a inovării în ceea ce privește tratamentele și vaccinurile.

Printre domeniile în care UE a adoptat acte legislative se numără: [7, p. 56]

- drepturile pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere
- medicamentele și dispozitivele medicale
- amenințările transfrontaliere grave la adresa sănătății
- cancerul, tutunul și promovarea unei stări bune de sănătate
- organele, sângele, țesuturile și celulele

La 28 mai 2020, Comisia Europeană a prezentat propunerea sa privind un nou program consolidat al UE în domeniul sănătății pentru perioada 2021-2027, denumit programul „UE pentru sănătate”. Acest program face în prezent obiectul negocierilor dintre Parlamentul European și Consiliu. Potrivit mandatului de negociere aprobat al Consiliului, programul „UE pentru sănătate” are în vedere o sporire substanțială a capacității UE de a completa și sprijini acțiunea statelor membre în domeniul politicii de sănătate publică. Se preconizează ca bugetul noului program – astfel cum a fost aprobat în cadrul mandatului Consiliului – să fie semnificativ mai mare decât cel al programului privind sănătatea din perioada 2014-2020 (care a avut un buget de 450 de milioane EUR) [4].

Acest program reprezintă un răspuns puternic la pandemia de COVID-19, continuând însă totodată să pună accentul pe acțiunile pe termen lung ale UE în domeniul sănătății. Scopul său este de a îmbunătăți sănătatea publică în UE și de a permite Uniunii să fie mai bine pregătită pentru a face față viitoarelor crize în domeniul sănătății [6, p. 34].

Uniunea Europeană pune un accent foarte mare pe asigurarea unor condiții de tratament preventiv, aceasta privind prima țintă a asigurării sănătății. Accentul se pune pe condițiile de tratament curativ, care să îndeplinească toate cerințele necesare aducerii persoanelor afectate la condiții normale de sănătate.

În *concluzie* se poate de menționat, că organizarea sistemului medical din țările Uniunii Europene diferă de la țară la țară. UE vine în completarea politicilor naționale de sănătate, sprijinind guvernele statelor membre să atingă obiective comune, să pună în comun resurse și să depășească provocări comune. UE elaborează norme și standarde europene pentru produse

și servicii Politică UE în domeniul sănătății se concentrează pe protejarea și îmbunătățirea sănătății populației, pe accesul tuturor europenilor la asistență medicală modernă și eficiență și pe coordonarea reacției la amenințările grave la adresa sănătății care implică mai multe țări din UE. De asemenea, pentru UE sunt importante măsurile de prevenire a bolilor și reacția adecvată la apariția bolilor. Măsurile de prevenire includ, printre altele, vaccinarea, combaterea rezistenței la anti-microbiene, acțiunile împotriva cancerului și etichetarea alimentară responsabilă. medicale și oferă finanțare pentru proiecte de sănătate din întreaga Uniune.

Există două agenții create special pentru a sprijini guvernele naționale în chestiuni legate de sănătate. Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor evaluează și monitorizează amenințările emergente la adresa sănătății, pentru a coordona reacțiile. Agenția Europeană pentru Medicamente gestionează evaluarea științifică a calității, siguranței și eficienței tuturor medicamentelor din UE.

Bibliografie

1. [www//european-union.europa.eu/priorities-and-actions/actions-topic/health_ro](http://www.european-union.europa.eu/priorities-and-actions/actions-topic/health_ro)
2. <https://www.ms.ro/programe/al-treilea-program-de-actiune-al-uniunii-europene-in-domeniul-sanatatii-pentru-perioada/>
3. https://health.ec.europa.eu/eu-health-policy/overview_ro
4. https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_ro
5. INFO-WORLD. Hospital Manager Suite. Sistem informatic integrat destinat spitalelor. http://www.infoworld.ro/dnn/Portals/0/info_world_hospital_manager_suite.pdf
6. Zanoschi G. Sănătate publică și management sanitar. Iași: 2003, 188p.
7. World Health Organization, Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013.
8. <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020.-a-european-policy-frameworkand-strategy-for-the-21st-century-2013>