

Cuprins

1. Politici de sănătate ale statelor Uniunii Europene.....	2
2. Sistemele de sănătate din unele state membre ale uniunii europene.....	9
3. Sistemul de sănătate în România.....	54
3.1. Prezentare generală.....	54
3.2. Acordarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.....	60
3.2.1. Prevederi legislative.....	60
3.2.2. Disfuncționalități.....	68
4. Concluzii.....	73
5. Propuneri	78
Bibliografie.....	85

Anexă - Sinteza cu aspectele identificate la nivel de județ de consiliile persoanelor vârstnice

Capitolul 1

POLITICI DE SĂNĂTATE ALE STATELOR UNIUNII EUROPENE

Sistemele naționale de asigurări de sănătate urmăresc trei axe fundamentale. **Nevoile sanitare și cererea de sănătate** condiționează misiunea actuală și viitoare a sistemelor de sănătate. **Finanțarea și organizarea** sectoarelor de sănătate, precum și **infrastructura sistemelor de sănătate** și utilizarea lor sunt importante pentru a înțelege natura, structura și caracteristicile individuale ale sistemelor de sănătate ale statelor Uniunii Europene.

Esping-Andersen (1991) considera că până în anul 1930, existau doar două modele de state ale bunăstării:

a) modelele *liberale* (Scandinavia, statele anglo-saxone), care erau bazate pe sistemele tradiționale de ameliorare a sărăciei și de încurajare a soluțiilor și aranjamentelor pe piața privată, respectiv în sfera privată;

b) *modelul european continental*, de tip corporatist, care era caracterizat de obligativitatea contribuției la sisteme de asigurări sociale, cu accentuarea rolului puternic al statului și asociat cu menținerea diferențierilor de status dobândit. Acest ultim model reflectă economia politică paternalistă, etatistă și conservativă a capitalismului timpuriu în țări ca Franța, Germania și Austria.

După cel de-al doilea Război Mondial, statele anglo-saxone au reformat marginal sistemul tradițional de protecție socială. În aceste state nu există un sistem comprehensiv de sănătate publică, alocații de maternitate sau pentru copii. Statele scandinave au reformat radical sistemele de protecție socială, adoptând o ideologie colectivistă și, în consecință, un sistem de protecție socială bazat pe solidaritate socială și universalism.

În funcție de cele trei dimensiuni enunțate mai sus Esping-Andersen identifică trei modele de state ale bunăstării:

- Statul liberal-rezidualist (SUA, Canada, Australia)
- Statul bunăstării conservator-corporatist (Austria, Germania, Franța, Italia)
- Statul bunăstării social-democrat (Suedia, Norvegia, Danemarca).

Toate sistemele de sănătate se străduiesc să satisfacă nevoile populației în materie de sănătate și de servicii medicale. Este important de a ști în ce măsură cererea de sănătate reflectă într-o manieră adecvată nevoile reale ale populației și în ce măsură oferta de îngrijiri medicale și utilizarea serviciilor de sănătate sunt satisfăcătoare.

Se disting trei sisteme de finanțare predominante în țările din Uniunea Europeană :

- modelul “Beveridge” se caracterizează prin finanțare publică pe baza impozitelor.
- modelul “Bismark”, în cazul căruia finanțarea se realizează prin intermediul asigurării obligatorii.
- modelul de finanțare privată prin asigurări benevole.

Richard Titmuss identifică 3 modele de state (de politici sociale):

- *Statul rezidualist* (având ca reprezentant SUA): Statul deține un rol marginal în protecția socială a cetățenilor săi, intervenind numai atunci când piața liberă și familia eșuează în a oferi o protecție socială minimă individului. Intervenția statului se justifică deci doar în situații extreme, și chiar și atunci această intervenție ia o formă temporară, punctuală, pentru a nu induce efecte de demotivare a muncii.

- *Statul bazat pe merit/ performanță* (având ca reprezentant Germania). Statul intervine într-o oarecare măsură în protejarea cetățenilor săi dar această intervenție are la bază criteriile de merit și performanță în muncă. Statul are în acest sens o funcție de completare a pieței economice, recompensând munca și performanța. Tipul de politică socială dominantă este sistemul de asigurări sociale.

- *Statul redistributiv-instituțional*. Statul devine un actor central în cadrul sistemului de protecție socială, iar bunăstarea socială o instituție bazată pe

principii universaliste, având ca și criteriu redistributiv nevoia, în baza drepturilor sociale asociate statutului de cetățean. Regimurile reale reprezintă combinații între aceste tipuri ideale, cu dominanța unuia sau altuia dintre profilurile ce caracterizează tipurile ideale.

În prezent, finanțarea și organizarea sistemului de sănătate în statele membre ale UE urmăresc tradițiile instituționale, politice și socio-economice naționale. Acestea se concretizează într-o serie de obiective sociale în materie de finanțare și de oferte de servicii de îngrijire medicală eficiente și la un preț abordabil. Printre criteriile utilizate pentru a evalua amploarea și natura nevoilor de asistență medicală figurează caracteristicile populației, precum și indicatorii de sănătate cum ar fi speranța de viață, morbiditatea și mortalitatea. Acești indicatori se pot considera și indicatori ai sistemelor de sănătate. Valoarea relativă, repartizată pe fiecare obiectiv, variază într-o manieră considerabilă, potrivit sistemelor naționale, la fel ca și între sectorul de sănătate și alte sectoare de acțiune ale puterii publice din interiorul fiecărei țări. Pentru finanțarea unui sistem de sănătate este necesar să se colecteze bani de la populație pentru a putea contracta furnizorii de servicii medicale. Obiectivul principal al sistemelor este acela de a repartiza costurile serviciilor medicale între persoanele bolnave și cele sănătoase și de a modula a lor în funcție de resursele de care fiecare individ dispune. Acest mecanism de solidaritate reflectă consensul care se întâlnește în cadrul țărilor Uniunii Europene conform căruia **sănătatea nu poate fi lăsată pe seama mecanismelor pieții.**

Sistemele de sănătate în țările Uniunii Europene sunt finanțate prin contribuții publice sau prin contribuții directe. Fiecare stat membru și-a dezvoltat propriile mecanisme de finanțare. Toate sistemele sunt mai mult sau mai puțin hibride, în măsura în care acestea se sprijină pe o combinație de surse de finanțare, dar majoritatea fondurilor sunt controlate direct sau indirect de către stat. Numai într-o mică proporție serviciile sunt plătite în mod direct.

În conjunctura în care serviciul național de sănătate se afla în plină dezvoltare, resursele și serviciile medicale sunt furnizate, în principal, de serviciile publice și accesul la acestea este gratuit. Nici un sistem de sănătate din

statele membre ale UE nu este în exclusivitate de stat. În majoritatea țărilor din UE , îngrijirile medicale primare sunt scutite de plată în cadrul unui sistem mixt care combină medicina liberală privată cu medicina publică. Importanța acordării îngrijirilor medicale primare, variază în funcție de sistemul de sănătate, așa cum reiese din procentele diferite de medici generaliști în totalul personalului medical. Câteva state membre sunt tentate să diminueze numărul specialiștilor, ale căror servicii sunt în general mai costisitoare și să consolideze rolul medicinei generale. Așteptările marelui public în materie de infrastructuri și de îngrijiri medicale, sunt consecințe majore ale politicii de sănătate : pe de o parte aceste așteptări sunt considerate ca un factor de evaluare a cheltuielilor, iar pe de altă parte, gradul de satisfacere al utilizatorilor este un element de evaluare și de aplicare a reformelor în sistemele de sănătate.

Nivelul de satisfacție al utilizatorilor este într-o măsură sigură, proporțional cu nivelul cheltuielilor aferente sănătății, mai puțin în cazul Italiei, majoritatea consumatorilor afișând un nivel slab de satisfacție, iar danezii care cheltuiesc puțin se arată în majoritate foarte satisfăcuți de sistemul lor de sănătate. Cetățenii țărilor din sudul Europei se declară în general mai puțin satisfăcuți de serviciile medicale ce le sunt oferite decât cetățenii din celelalte state membre UE.

Se constată astăzi, în toate țările membre ale UE, o certă insatisfacție vis-a-vis de modalitățile de finanțare și de furnizare a serviciilor medicale. Principalele probleme comune care ocupă diverse locuri în ordinea preocupărilor naționale reprezintă carențele lor în materie de echitate și egalitate la accesul la serviciile medicale, de control asupra cheltuielilor, de utilizare eficientă a resurselor și de control al calității serviciilor medicale. Aceste preocupări comune conduc la strategii convergente sau specifice, după caz.

Asupra planului de stabilitate socială , prioritatea constă în garantarea îngrijirilor medicale pentru persoanele vârstnice , mai bine adaptate la nevoile lor, privilegiată fiind cercetarea unui echilibru între îngrijirile la domiciliu, îngrijirile comunitare și serviciile spitalicești.

Pe de altă parte îmbătrânirea populației se traduce printr-o progresie de afecțiuni cronice. Acest fapt conduce la mai multe eforturi pentru prevenirea bolilor ușor evitabile, cu sau fără îngrijiri medicale. Îngrijirile preventive constituie o potențială alternativă economică a îngrijirilor medicale bazate pe tehnologii costisitoare.

Dacă principiul universalității de acces la îngrijiri este utilizat în majoritatea statelor membre, **egalitatea de acces rămâne o preocupare constantă a sistemelor de sănătate**, acestea depind de numeroși factori care nu sunt direct legați de sănătate. Eforturile în acest domeniu sunt multidisciplinare și transsectoriale și atenția se îndreaptă cu prioritate către educația pentru sănătate la fel ca și către lupta împotriva excluderii.

Toate statele membre pun în practică politicile de creștere a cheltuielilor pentru îmbătrânirea populației, implicațiile financiare de dezvoltare tehnologică, așteptările crescânde ale consumatorilor ce apar în mod neprevăzut asupra sistemelor de sănătate puternic inflaționiste.

Raționalizarea și optimizarea serviciilor de sănătate reclamă mai multe îngrijiri și analize medicale pe un euro cheltuit- trece printr-un mai bun raport cost-eficacitate .

Analiza eficienței implică maximizarea calității serviciilor, luând în considerare constrângerile economice existente în scopul ameliorării stării de sănătate și gradul de satisfacție al populației. O astfel de intervenție impune o eventuală integrare a populației în procesul de elaborare a standardelor de calitate a serviciilor medicale. Pe de altă parte, presupune analiza îngrijirilor de sănătate și impactul asupra reformelor angajate. De exemplu, referitor la managementul instituțiilor și introducerea relațiilor concurențiale se urmărește o utilizare mai eficientă a resurselor și ameliorarea calității îngrijirilor medicale pentru un cost mai redus. Asistăm la o multiplicare a reformelor asupra sistemelor de plată, privitor la reducerea risipei de resurse în domeniul serviciilor medicale și al serviciilor ambulatorii. Practicile și tehnologiile de sănătate sunt supuse unei evaluări mai precise pentru a fixa prioritățile în domeniu.

Politicile pun din ce în ce mai mult accent pe reorientarea sistemelor de sănătate către obiective măsurabile, atât în ceea ce privește calitatea îngrijirilor medicale, cât și în ceea ce privește satisfacția beneficiarilor.

Pentru fiecare persoană, ca și pentru întreaga colectivitate, sănătatea reprezintă unul din cei mai importanți factori care asigură desfășurarea vieții și activității. **Ocrotirea sănătății** nu este numai o problemă de asistență medicală, ci și o problemă cu un **profund caracter social**, făcând parte integrantă din ansamblul condițiilor social-economice de dezvoltare. Politica medicală este parte integrantă a politicii sociale și pentru înfăptuirea ei, în numeroase țări ale lumii, se cheltuiesc resurse financiare importante. Cheltuielile pentru sănătate prezintă o tendință de creștere datorită unor factori, cum sunt :

- amplificarea nevoilor de ocrotire a sănătății ca efect al creșterii numărului populației și modificării structurale ;
- accentuarea factorilor de risc ;
- creșterea costului prestațiilor medicale atât ca urmare a introducerii în practica medicală a unor noi mijloace de investigație, tratament, cât și o sporire a calificării și specializării cadrelor medicale.

Principala consecință a politicilor sociale dezvoltate de către stat este protecția socială a populației. Protecția socială nu este însă realizată exclusiv prin intermediul politicilor sociale, ea este o consecință a efortului conjugat a mai multor factori : piața muncii, economia, sectorul neguvernamental.

Bugetul de stat și bugetele locale sunt principalele resurse de care dispune statul și autoritățile locale pentru a finanța politicile în domeniul public. Alte resurse ale statului sunt fondurile sociale, constituite prin intermediul unor contribuții speciale și având o destinație precisă. Nivelul cheltuielilor publice sociale reflectă gradul de implicare a statului în protecția socială a cetățenilor săi. Nivelul cheltuielilor publice sociale nu spune însă nimic despre modul în care cetățenii sunt protejați prin intermediul politicilor sociale, deci despre redistribuția bunăstării prin intermediul statului. Un al doilea criteriu de analiză a profilului statului social îl reprezintă natura programelor sociale și ponderea diferitelor tipuri de programe în total.

Asigurarea sănătății este considerată a fi un obiectiv esențial al unui sistem de sănătate care are ca principale obiective realizarea unui nivel ridicat de sănătate și distribuirea echitabilă a serviciilor de asistență medicală. Totodată, un sistem sanitar trebuie să corespundă așteptărilor populației, ceea ce implică respectul pentru persoană (autonomie și confidențialitate) și orientarea acesteia (servicii prompte și calitatea dotărilor).

Capitolul 2

SISTEMELE DE SĂNĂTATE DIN UNELE STATE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE

AUSTRIA

Legea generală a asigurărilor sociale din anul 1956 consacră dreptul la protecție socială și la îngrijiri medicale. Fondat pe **principiul asigurărilor publice obligatorii**, sistemul de protecție socială austriac acoperă 99% din populație.

Asigurările sociale se împart în patru mari categorii, în funcție de riscurile pe care le acoperă: asigurare de boală, asigurare de accident, asigurare de bătrânețe și asigurare de somaj. Sistemul de sănătate austriac este foarte apropiat, în multe privințe, de sistemul german. Principalele diferențe sunt legate de plățile directe pentru serviciile din sistemul ambulatoriu și negocierea retribuțiilor prin camerele regionale ale medicilor. Sistemul global de sănătate este unul dintre cele mai bune din UE. Asigurarea de boală cuprinde o gamă de servicii foarte completă, și majoritatea populației (63.3%) se arată foarte mulțumită. Austria a înregistrat o mare creștere a cheltuielilor destinate sănătății, conform tendinței observate la toate sistemele bazate pe asigurări din cadrul UE.

Austria, ca stat federal alcătuit din nouă provincii (landuri), populația din localități variind între 270 000 locuitori și 1,55 milioane locuitori (Viena) are un sistem de sănătate puternic descentralizat și axat în jurul diviziunii constituționale a responsabilităților între autoritățile federale și autoritățile provinciale. Rolul Ministerului Sănătății este limitat la formularea cadrului politicii globale cu privire la oferta de îngrijiri medicale, precum și la eliberarea autorizațiilor de scoatere pe piață a noilor medicamente. Gestionarea și administrarea serviciilor de sănătate se găsește în responsabilitatea autorităților din provincii. Ministerul Muncii și Afacerilor Sociale își exercită dreptul de control asupra bugetului asigurărilor de sănătate și controlul asupra caselor de asigurări de sănătate.

Uniunea caselor de asigurări sociale (Hauptverband der Sozialversicherungsträger) este o instituție influentă, responsabilă cu fixarea proporției de compensare a medicamentelor, formularea recomandărilor politice, stabilirea liniilor directoare cu privire la prestarea serviciilor, la încheierea convențiilor cu prestatorii de servicii medicale și de coordonarea metodologică a diverselor case de asigurări. Aceste organisme se ocupă de trei tipuri de asigurări : pentru serviciile medicale de urgență, servicii asigurări de sănătate și asigurări sociale, acestea din urmă fiind concretizate în principal prin alocații în bani. Asigurările sunt obligatorii : 99% din populație este afiliată la una din cele 24 de case de asigurări de sănătate. Acestea sunt organisme autonome. Finanțarea lor se realizează în mod esențial prin contribuții. Circa 40% din austrieci dețin și o asigurare privată suplimentară.

Finanțarea spitalelor s-a schimbat din anul 1995 prin introducerea unui sistem de plăți bazat pe tarife, pe grupe omogene de bolnavi. Introducerea acestui sistem s-ar realizat progresiv printr-un proiect pilot GHM care a cuprins 20 de spitale austriece. Obiectivul acestei modificări fiind evoluția sistemului spitalicesc în concordanța cu o gestiune axată pe rezultate. Medicii care lucrează în spitale sunt salariați. Pentru bolile acoperite de asigurări de sănătate private se aplică tarife distincte. Implementarea noului sistem de finanțare al spitalelor constituie o preocupare majoră a politicii de sănătate austriece. Acest sistem care se bazează pe stabilirea de tarife pe grupe omogene de bolnavi vizează stabilizarea creșterii cheltuielilor în sectorul spitalicesc, consolidarea eficienței serviciilor , diminuarea duratei de spitalizare și îmbunătățirea calității îngrijirilor. Eforturile sunt în mod egal îndreptate către sporirea capacității de gestiune a spitalelor publice și către stimularea concurenței între prestatorii de servicii spitalicești. Există în continuare probleme de coordonare între serviciile spitalicești și serviciile de asistență medicală primară. Din acest motiv se continuă reforma în finanțarea medicinei ambulatorii.

Lista medicamentelor compensate cuprindea 2 700 produse în anul 1993. Prețurile sunt fixate prin decret ministerial. În cazul produselor cu vânzare liberă(OTC), farmaciștii facturează un adaos maxim de 15%.

BELGIA

Sistemul de sănătate din Belgia **se bazează pe asigurarea obligatorie**, care acoperă toată populația. Prestarea serviciilor medicale se înscrie în tradiția liberală. Pacienții sunt liberi să își aleagă medicul, care poate fi un specialist sau un generalist. Accesul la spitalizare este direct. Libertatea de alegere și accesul la o largă gamă de servicii medicale se evidențiază printr-un înalt nivel de satisfacere a utilizatorilor în comparație cu alte țări europene. Sistemul belgian de sănătate favorizează o inflație sigură a ofertei de servicii medicale de sănătate. În particular nu a avut o planificare sistematică a resurselor umane. Pe de altă parte sistemul de sănătate belgian este unul dintre cele mai complicate din Europa și de aici dificultatea de a implementa o reglementare efectivă. Rolul guvernului se limitează la reglementarea și finanțarea parțială a sistemului, prestatorii de servicii medicale beneficiază de o largă autonomie atât în planul gestiunii, cât și în cel al activității. La nivel național, șapte portofolii ministeriale sunt coresponsabile de sectorul de sănătate în probleme de politică de sănătate, de reglementare și control a sistemului. Asigurările sociale sunt în responsabilitatea Ministerului Securității Sociale. Guvernul fixează cotele de cotizație și definesc nivelul minim de acoperire cu prestații medicale. Ministerul Sănătății poate reorganiza spitalele și serviciile, și poate achiziționa tehnologii în domeniu. Nivelul renumerațiilor prestatorilor de servicii medicale sunt aprobate de Ministerul Securității Sociale. Sistemul național de asigurare obligatorie acoperă 88% din populație. Liberii profesioniști acoperă 12% din populație. Ei sunt asigurați în cadrul unui program distinct care nu acoperă decât riscurile majore (spitalizarea și servicii spitalicești tehnice). Pentru a putea beneficia de protecție contra riscurilor minore, ei trebuie să se asigure suplimentar conform modalităților strict reglementate de către stat. Programul național de asigurări de sănătate este pus în practică de către o casă publică de asigurări de sănătate și cinci Uniuni de Mutualitate. Administrarea este centralizată la nivel național cu două organisme dominante și anume Alianța Națională de Mutualitate a Creștinilor, care acoperă 45% din populație și Alianța Națională de Mutualitate a

Socialiștilor, care acoperă 27% din populație. Consumatorul este liber să aleagă la ce casă de asigurări să se afilieze. Întrucât fixarea nivelului de cotizatie și definirea pachetului de servicii medicale de bază sunt realizate prin decret ministerial, concurența se limitează la asigurări complementare. O lege din 1994 a instaurat o procedură de alocații fixe de la buget pentru a stimula controlul permanent al costurilor.

Finanțarea sistemului de sănătate se bazează pe cotizațiile la asigurările de sănătate (36%), fiscalitate (38%), plăți directe (17%). Procentul de 9% rămas este acoperit prin asigurările suplimentare și fiscalitate indirectă. Serviciile spitalicești private sau publice sunt direct finanțate de către casele de sănătate. Plata serviciilor se întemeiază pe un proiect de buget calculat în funcție de capacitatea spitalului (numărul de paturi), în raport de activitatea anului precedent și caracteristicile de dezvoltare. Personalul medical este remunerat după o metodă combinată, tarif pe zi și plata pe baza documentelor întocmite. Cheltuielile pentru investiții sunt finanțate de către stat. Cheltuielile de spitalizare ce revin pacienților sunt progresive în funcție de durata internării. Serviciile medicale ambulatorii sunt plătite parțial și în mod direct de către pacienți, care sunt rambursate în termen scurt de către casele de asigurări în procent de 75% în medie. 25% din cheltuieli revine pacienților. Tarifele medicale sunt negociate între casele de asigurări de sănătate și medici cu aprobarea ministerului. Onorariile sunt controlate de un comitet compus din reprezentanți ai organismelor de cumpărători și ai organizațiilor furnizoare de servicii. Contractele încheiate între medici și casele de asigurări sunt valabile doi ani.

Medicamentele sunt rambursate pe baza unei liste. Prețurile sunt administrate în funcție de categoria de produse, compensația variază până la 100%. În medie 29% din preț reprezintă compensație.

Serviciile stomatologice sunt plătite direct de către pacienți urmând ca aceștia să solicite ulterior rambursarea sumei.

Reglementările belgiene legate de participarea utilizatorilor la costurile serviciilor de sănătate sunt complexe; pe global coplățile sunt dintre cele mai ridicate din UE. Prioritatea globală este axată pe supravegherea cheltuielilor și

căutarea unor noi surse de finanțare a serviciilor medicale. Introducerea utilizării de bugete fixe pentru cheltuielile asiguratorii ale caselor de asigurări de sănătate oferă posibilitatea realizării de profit sau pierdere. Obiectivul este acela de a incita casele de asigurări la o mai eficientă cumpărare a serviciilor medicale.

DANEMARCA

Din 1973, **toți cetățenii danezi sunt înscriși la serviciul național de sănătate**. Acesta este în întregime finanțat și planificat de autoritățile publice. **Accesul la îngrijiri medicale este universal și în mare parte total gratuit**. Finanțarea este asigurată din impozite. Organizațiile de îngrijiri medicale sunt împărțite în 14 comitate, cuprinse într-un cadru aprobat de guvern și de parlament. Sistemul danez se înrudește cu Sistemul Național de Sănătate Britanic în aceea că cele două sisteme se sprijină pe principiul că medicul generalist este punctul de plecare obligatoriu pentru accesul la specialiști și la serviciile spitalicești. Puternica descentralizare a sistemului declanșează în aceeași măsură probleme de eficiență a alocării de resurse și stabilirii de priorități în domeniul sănătății. Sistemul de sănătate danez se caracterizează printr-o **puternică descentralizare**: responsabilitatea organizării și gestiunii ofertei de îngrijiri este rezervată celor 14 comitate (ținuturi) și celor 275 municipalități (inclusiv Copenhaga și Frederiksberg). Locuitorii comitatelor, a căror populație oscilează între 300000 și 500000 persoane, sunt deserviți de sectorul spitalicesc, serviciile de îngrijiri primare și inițiativele de promovare a sănătății. Finanțarea provine în principal din impozitele locale (cota parte pe impozitul pe venit și impozitul funciar). Municipalitățile sunt responsabile de serviciile de asistență la domiciliu și de programele preventive ca și de marea majoritate a sistemului de protecție socială. Activitatea administrativă a comitatelor administrative și a municipalităților este asigurată prin directorii serviciilor spitalicești la nivel de comitat și prin asistenții lor.

Ministerul Sănătății, principala autoritate în domeniu, are responsabilitatea coordonării sistemului de sănătate; ca de altfel și acordarea de autorizații în domeniul medicamentelor și de acreditare profesională a sănătății. Rolul

ministerului se limitează la liniile directive și recomandări; acțiunile concrete și modalitățile de aplicare sunt decise în urma negocierilor cu asociațiile și municipalitățile. Ministerul realizează, pe de altă parte, planificarea ansamblului de servicii curative și preventive, stabilind și controlând obiectivele de realizat.

Îngrijirile primare sunt asigurate printr-o metodă unică “Sygesikring” (Asigurări medicale). Afilierea este obligatorie. Utilizatorii pot alege între două regimuri de asigurări pentru serviciile ambulatorii. În grupa 1, accesul la serviciile secundare de sănătate este intermediat de medicina primară (de tipul medicina de familie) unde utilizatorii trebuie să fie înscrși și tarifele medicale sunt administrate. Pacienții din grupa 2 pot consulta generalistul sau specialistul la alegere, dar onorariile sunt libere, iar pacientul beneficiază de o rambursare parțială. Aceasta explică faptul că marea majoritate a populației (peste 95%) aparține grupei 1. Aproximativ 20% din populația daneză posedă și asigurare privată, sub forma unei asigurări voluntare oferindu-le o acoperire complementară pentru îngrijiri speciale. Coplata se aplică în principal la îngrijirile stomatologice și la medicamente, și, pentru pacienții din grupa 2, din onorariu în funcție de tarifele aferente. Participarea la costuri a crescut într-un ritm rapid, mai ales pentru serviciile stomatologice.

Pentru medicamentele prescrise, participarea la costuri reprezintă mai puțin de 8% din prețul produsului. Modalități concrete de coplată sunt prevăzute în aceeași măsură pentru aparatele medicale și pentru îngrijiri acordate în casele medicale pentru persoanele vârstnice. Tarifele pentru medicina din ambulatoriu sunt negociate între Asociația de consiliere medicală și Asociația medicilor generalști și se supune aprobării guvernului.

Îngrijirile stomatologice sunt gratuite până la vârsta de 18 ani. Apoi, pacienții suportă efectiv o parte din cheltuieli. Participarea la costuri este ridicată pentru îngrijiri de refacere. Protezele nu sunt în general rambursate. Stomatologii sunt remunerați pe lucrare, după baremul de onorarii negociat între asociațiile respective.

Spitalele sunt finanțate de municipalități, după un sistem de plată pe consultație și pacient sau pe caz, conform specialităților din 1993.

Costul medicamentelor este rambursat pe baza unei liste pozitive stabilită de către Ministerul Sănătății. Pe de altă parte, un sistem de prețuri de referință, ce acoperă circa o treime din vânzările totale de produse farmaceutice, a fost instituit în anul 1993.

Sistemul de sănătate danez pare să funcționeze într-o manieră satisfăcătoare, în ceea ce privește așteptările populației, organizarea și finanțarea. Inițiativele locale joacă un rol important, tot așa cum susținerea locală este considerată ca fiind esențială pentru garantarea adeziunii cetățenilor la modificările propuse și la implementarea lor cu succes. Anumite inițiative luate la nivel local se generalizează la nivelul țării, precum serviciul apelului de urgență pentru îngrijirile de infirmerie. Nici o schimbare majoră nu este programată, modificările sau reamenajările anterioare punând accent pe îmbunătățirea sistemului de sănătate de stat și pe prevenirea bolilor. Consiliul Național de Sănătate a pus pe picioare un program ce vizează elaborarea unui ghid de bune practici, bazat pe analiza sistematică a datelor obținute științific. Inițiative similare au fost lansate și de către alte state membre ale Uniunii Europene. Eforturile de reglementare a cheltuielilor de sănătate sunt axate pe creșterea participării la costuri, care este încă slabă (cu excepția îngrijirilor stomatologice) în raport cu media Uniunii Europene.

FINLANDA

Sistemul de sănătate finlandez se caracterizează printr-o **planificare publică și o finanțare sprijinită în mare măsură pe fiscalitate. Acest sistem oferă o largă gamă de servicii medicale.** Planificarea serviciilor medicale face obiectul unei centralizări la nivelul Ministerului Afacerilor Sociale și de Sănătate. Serviciile medicale întâlnesc o largă apreciere în rândul populației finlandeze. În urma unei anchete din anul 1993 s-a constatat ca un procent de 86,4% din finlandezi se declară foarte satisfăcuți sau satisfăcuți de sistemul de sănătate. Anii 90 au fost marcați de delegarea puterii de decizie în materie de sănătate la nivel local, în corelație cu diminuarea intervenției directe a statului. Ministerul

Afacerilor Sociale și de Sănătate, responsabil de politica socială și de politica de sănătate, fixează prioritățile naționale. Ministerul stabilește liniile directoare în cadrul unui plan pe patru ani, elaborează reforme și urmărește punerea lor în practică. Consiliul de Securitate de Bază este însărcinat cu controlul nivelului serviciilor oferite de municipalitate în domeniul social și cel medical. În practică însă rolul său este marginalizat. Din anul 1997 Finlanda este divizată în 5 provincii, plus regiunea autonomă a insulelor Aland. Responsabilitatea ofertei de sănătate, administrarea serviciilor medicale și implementarea politicii de sănătate este delegată celor 455 municipalități dotate cu un consiliu ales prin vot universal. Consiliile au competența de a ridica un impozit proporțional cu venitul în vederea finanțării serviciilor medicale. Finanțarea este completată prin subvenții de la stat. Procesul decizional diferă de la o municipalitate la alta. Tendința generală este aceea de delegare a responsabilității la nivel ierarhic inferior, de exemplu consiliilor sanitare.

Pentru planificarea serviciilor spitalicești secundare și terțiare țara este divizată în 21 de districte, spitalul universitar din Helsinki formează o entitate distinctă. În cadrul fiecărui district spitalicesc, municipalitățile se asociază pentru a dirija spitalele care sunt în proprietatea federației. Fiecare district este dotat cu un consiliu unde membrii sunt numiți de către municipalități și un consiliu spitalicesc desemnat de consiliul districtului. Institutul de Asigurări Sociale, subordonat Parlamentului finlandez este însărcinat cu rambursarea contravalorii medicamentelor, a serviciilor medicale private și a serviciilor de medicina muncii.

Finanțarea îngrijirii sănătății alături de serviciul social este în principal asigurată de municipalitate: 33% din ansamblul fondurilor. Municipalitatea colectează un impozit variabil asupra veniturilor, media fiind de 17%. Subvențiile de la stat și finanțările din fiscalitatea generală reprezintă 29%. Partea rămasă neacoperită de regimul național de securitate socială se ridică la 13% și este acoperită din surse private și din participarea directă a pacienților la costuri. Contribuția asigurărilor private este limitată (2%). Cotizațiile la Casa Națională de Asigurări de Sănătate sunt finanțate atât de angajatori, cât și de angajați. Casa Națională de Asigurări de Sănătate plătește 50% din costul medicamentelor

prescrise ce depășesc un minim determinat anterior. Coplata se aplică în principal în domeniul îngrijirilor stomatologice și la plata medicamentelor, dar municipalitățile au în prezent autorizația de a impune o participație la costuri pentru anumite servicii ambulatorii sau anumite îngrijiri spitalicești, în urma stabilirii unor tarife în limitele fixate de guvern. Medicii generaliști din centrele de sănătate sunt fie salariați fie remunerați conform unei formule combinate : 60% salariu, plata pe pacient (20%), plata pe bază de documente, indemnizații locale (5%). Tarifele sunt negociate între Uniunea medicilor și asociațiile municipalităților.

Districtele spitalicești, aplică un mecanism de reglare, bazat pe un fond de solidaritate, alimentat prin contribuții ale populației locale, capabil să acopere costurile rezultate din riscurile individuale. Personalul din spitale este salariat. Unul din principalele obiective ale reformei în domeniul sănătății este acela de a reduce intervenția statului în administrarea serviciilor medicale și în același timp consolidarea delegării responsabilității la nivel local. Rolul municipalităților, nu este încă bine definit în noul cadru care se formează pe piața îngrijirilor medicale, cadru organizat astfel, încât, teoretic să se poată manifesta concurența între furnizori. De altfel, majoritatea municipalităților nu dispun de priceperea necesară în materie de negocieri. Sistemul de sănătate finlandez se află într-o fază de tranziție. Schimbarea modalităților de organizare și de finanțare a serviciilor stârnește încă numeroase întrebări în special asupra mijloacelor de consolidare a concurenței între furnizorii de servicii medicale și asupra măsurilor de eficientizare a raportului cost/eficacitate.

FRANȚA

Modelul sistemului de sănătate francez se remarcă prin natura sa hibridă, rezultată dintr-o **combinație complexă între sectorul privat și cel public din punct de vedere al ofertei și al finanțării**. Sistemul este **consolidat pe asigurări de sănătate obligatorii și completat într-o mare măsură de asigurări opționale private**.

Acoperirea este cvasiuniversală. Atât sectorul spitalicesc, cât și medicina ambulatorie oferă o vastă gamă și un volum aproape nelimitat de servicii de sănătate și pacienții se bucură de o libertate totală de consultare. Sistemul pare performant din punctul de vedere al așteptărilor populației. În termeni de speranță de viață și de mortalitate, Franța se clasează în primele rânduri în cadrul Uniunii Europene. Sănătatea publică prezintă totuși puncte slabe, cum ar fi incidența SIDA care este foarte puternică, consumul de alcool și tutun. Mortalitatea diferă mult în funcție de clasa socială, lucru ce îngrijorează guvernul. Creșterea cheltuielilor cu sănătatea și adâncirea deficiențelor securității sociale, combinate cu încetinirea creșterii economice, persistența unei rate ridicate a șomajului și îmbătrânirea populației constituie o preocupare majoră.

Sistemul francez este unul dintre cele mai raspândite în UE. Politicile de dominație a cheltuielilor vizează limitarea ofertei. Statul joacă rolul cel mai important în cadrul sistemului de sănătate francez. Acesta își asumă responsabilitatea pentru protecția tuturor cetățenilor. Guvernul se ocupă de sănătatea populației în general și în ansamblu de sistemul de protecție socială, controlând relațiile între diferitele organisme financiare, exercitând coordonarea asupra sectorului spitalicesc public și organizând pregătirea profesională în domeniul sănătății. Ministerul Muncii și Solidarității și Secretariatul de Stat pentru sănătate, asistați de organisme precum Agenția Medicamentului, formează baza politicii de sănătate la nivel național. Înaltul Comitet de Sănătate Publică, prezidat de Ministrul Sănătății, stabilește obiectivele de sănătate publică. Agenția Națională de Acreditare și Evaluare în Sănătate (ANAES) are misiunea de evaluare a practicilor medicale, a calității și a performanțelor sectorului de sănătate public și privat. La nivel regional, cele 22 de Direcții regionale ale problemelor de sănătate și sociale (DRASS) implementează planificarea echipamentelor sanitare și sociale și asigură urmărirea ei prin măsuri de ordin sanitar care fixează numărul de paturi pe specialități și pe zone și stabilește reguli pentru dotarea cu echipamente medicale costisitoare.

Finanțarea sistemului de sănătate se bazează în principal pe cotizații din partea angajatorilor și din partea angajaților. Pensionarii contribuie cu un procent

inferior. Sistemul de asigurări de sănătate francez acoperă în proporție de 74,0% cheltuielile totale din domeniul sanitar. O cotă de 6,8% din cheltuieli este acoperită de mutualitate și 5,0% de asigurările private. Fiscalitatea contribuie cu mai puțin de 3,0%, în timp ce participarea directă a pacienților la costuri se ridică la mai mult de 13,0%. Asigurările de sănătate joacă un rol major în fixarea tarifelor pentru furnizorii de îngrijiri de sănătate private.

Guvernul determină nivelul de finanțare al spitalelor publice. Spitalele publice sunt finanțate prin alocații globale calculate la nivelul cheltuielilor din anul precedent. Serviciile sunt plătite printr-o cotă zilnică. Personalul spitalelor publice este salariat la fel ca cel din instituțiile private. Spitalele private sunt finanțate după o formulă ce combină prețul pe zi de spitalizare cu plata pe baza cotelor zilnice rezultate din documente. În cadrul sectorului ambulatoriu medicinei sunt remunerați pe baza documentelor întocmite și a tarifelor convenționale aprobate.

Medicamentele compensate sunt cuprinse într-o listă. Prețurile și proporția coplății sunt stabilite prin decret ministerial. Produsele cu vânzare liberă care nu sunt compensate, nu sunt reglementate de către stat. Procentul de participare a pacienților la costuri este în medie de 20,0% , dar variază de la zero (pentru medicamentele de strictă necesitate) până la 65,0% pentru medicamentele de întreținere a sănătății. Nu există plafon bugetar pentru cheltuielile cu medicamentele.

Stabilizarea asigurării de sănătate, care este considerabil scăzută datorită încetinirii economice și creșterii șomajului, deține primul loc în ordinea priorităților. Căutarea unui echilibru între diferitele sisteme de îngrijiri rămâne o prioritate. Obiectivele se îndreaptă către raționalizarea și reducerea structurilor în cadrul măsurilor sanitare ; astfel sunt orientate către controlul difuzării tehnologiilor medicale de vârf. Introducerea principiului de dezvoltare globală în sectorul spitalicesc pare că a reușit să limiteze creșterea cheltuielilor, dar tentativele de a controla cheltuielile în sectorul îngrijirilor medicale primare au întâmpinat o puternică ostilitate din partea opiniei publice și a medicilor cu liberă practică. Unul din proiectele în curs, vizează limitarea cheltuielilor în sectorul ambulatoriu și stabilește obiective naționale însoțite de sancțiuni colective sau

individuale în cazul depășirii plafoanelor. Agenția Națională de Acreditare și Evaluare în Sănătate (ANAES) asigură dezvoltarea de programe de asigurări de sănătate de calitate și de evaluare a tehnologiilor medicale. Dosarele medicale întocmite pentru aceste programe au în vedere evitarea prescripțiilor excesive.

GERMANIA

Între 1945 și 1990, Germania a fost divizată în două state, unul de vest și unul de est, în cadrul cărora sistemul de sănătate se baza pe concepții practice opuse. Democrația liberală a dat model de organizare și mod de finanțare sistemului vest-german, în timp ce sectorul de sănătate în Germania orientală era fondat pe planificare și control centralizat. După unificare, sistemul de sănătate a fost reformat în vederea adaptării la structura financiară și organizațională vest-germană.

Modelul german este bazat pe asigurare socială obligatorie. Sistemul nu a cunoscut transformări fundamentale de la instituirea sa de către Bismarck în anul 1883. **Acoperirea este completă și garantează egalitate la acces și un volum important de servicii medicale avansate.** Majoritatea cetățenilor germani se declară foarte mulțumiți sau satisfacți de sistemul de sănătate. Acest succes este atributul unei puternice descentralizări a procesului decizional, eficacitatea sistemului de negociere între furnizorii de servicii medicale și cei care plătesc la nivel central, guvernamental și local. Cu toate acestea sistemul de sănătate se confruntă cu unele probleme. Îmbătrânirea populației amenință stabilitatea principiului de distribuție pe care este bazată securitatea socială. Organizarea și finanțarea îngrijirilor de sănătate în Germania se sprijină pe principii tradiționale de solidaritate socială, de descentralizare și de autoreglare. Rolul guvernului se limitează la realizarea cadrului legislativ al sistemului de sănătate, în timp ce responsabilitățile executive sunt în mare parte transmise administrațiilor landurilor. La nivel federal, instituția centrală este Ministerul Federal de Sănătate, asistat de diferite organisme științifice. Consiliul Consultativ de Acțiune Colectivă formulează recomandări și oferă opinii asupra problemelor ce apar în domeniul medical și economic în cadrul sistemului de sănătate.

Regimul legal acoperă aproape 88,0% din populație. Afilierea este obligatorie pentru muncitorii ale căror venituri sunt inferioare plafonului. În anul 1997, 75,0% din populație era afiliată la asigurare în cadrul sistemului obligatoriu și 13,0% erau asigurați opțional la una din cele aproximativ 600 de case de asigurări de sănătate. Pentru un procent de 10,0% din populație, asigurările de sănătate sunt acoperite de către angajatori, în timp ce populația care dispune de venituri ridicate se asigură la una din cele 45 de companii private de asigurare. Mai puțin de 0,5% din populație nu beneficiază de nici un fel de protecție. Casele de asigurări de sănătate sunt organizate pe districte, pe profesii sau pe grupe de firme. Angajații își pot alege casa de asigurări. În jur de 60,0% finanțarea este acoperită din asigurările obligatorii și opționale de stat, 21,0% din fiscalitate, 7,0% din asigurările private și 11,0% prin participare directă la costuri. Cotizațiile către casele de asigurări sunt plătite în părți egale, atât de angajați cât și de angajatori. Valoarea medie a cotizației se ridică la circa 13,5%. În cadrul sistemului german există o strictă separare între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de servicii de îngrijiri de sănătate. Onorariile sunt fixate printr-un proces de negociere, descentralizat, între principalii actori din sectorul de sănătate.

Spitalele publice și private sunt finanțate printr-un sistem dual. Astfel investițiile sunt suportate de către Landuri, iar cheltuielile de funcționare revin în sarcina caselor de asigurări de sănătate. Din anul 1996 cheltuielile de funcționare sunt suportate de casele de asigurări de sănătate conform unei formule combinate : plată pe patologie (de tip GHM), plată pe baza documentelor întocmite și tarif pe zi de spitalizare. Acest sistem vizează reducerea duratei medii a internării. În cazul pacienților care dețin o asigurare de sănătate privată, serviciile spitalicești sunt achitate pe baza unor baremuri distincte. Coplata serviciilor spitalicești a cunoscut o creștere progresivă. Îngrijirile în cadrul sectorului ambulatoriu sunt finanțate conform unui proces complex de negociere între reprezentanții caselor de asigurări de sănătate și asociațiile medicilor și ale stomatologilor. Pentru a le fi acoperite cheltuielile, medicii sunt obligați să adere la aceste asociații. Principalul mod de remunerare a medicilor generaliști,

specialiștilor și a stomatologilor de către casele de asigurări de sănătate este cel pe baza documentelor. Există un barem general, norma de evaluare uniformă. Valoarea monetară efectivă este negociată la nivel regional, ajustată la venitul global al medicilor.

În sectorul medicinei ambulatorii pacienților nu le este solicitată nici un fel de participare. În schimb coplata pentru serviciile stomatologice poate ajunge la 100%.

Există prețuri uniforme pentru medicamente. Cheltuielile pentru majoritatea produselor sunt decontate pe baza unui preț de referință. Medicii sunt liberi să prescrie un produs mai scump, dar diferența de preț este suportată de pacient.

Asigurarea socială de sănătate este de mult timp în centrul dezbaterilor politice în Germania. Adâncirea deficitului caselor de securitate socială ce a urmat unificării, a exercitat o presiune considerabilă asupra economiei naționale. Echilibrul în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate rămâne încă de primă prioritate. Dispozițiile legislative recente au instaurat două mecanisme de control a cheltuielilor: unul vizează consolidarea supervizării cheltuielilor la nivel central, altul dezvoltarea procesului de autoreglare prin autorizarea caselor de asigurări pentru achiziționarea de servicii și stimularea concurenței în rândul furnizorilor. Altfel spus, sistemul german de sănătate se situează la răscruce între reglementarea din partea statului și descentralizarea finanțării și organizării serviciilor de îngrijire de sănătate.

O asigurare de dependență a fost instaurată în perioada 1995-1996 în scopul de a contrabalansa efectele îmbătrânirii populației asupra dezechilibrului (scăderea încasărilor și creșterea cheltuielilor) bilanței asigurărilor sociale de sănătate .

Casele de asigurări de sănătate monitorizează permanent oferta de îngrijiri de sănătate și anulează contractele cu furnizorii considerate ineficiente, lucru care stimulează concurența între furnizorii de servicii medicale. În urma recente reforme din sectorul finanțării spitalelor, sistemele de remunerare a serviciilor ambulatorii sunt în prezent reexamineate în vederea reorientării lor, la fel și activitatea medicală. Există interesul pentru sistemele de finanțare

alternative, implementate în cadrul rețelei de îngrijiri medicale coordonate și al îngrijirilor medicale administrate (managed care). Asociațiile federale ale caselor de asigurări de sănătate se străduiesc să promoveze metodele și inovările eficiente în materie de diagnostic și de îngrijiri curative tehnic avansate.

GRECIA

Sistemul de sănătate grec **funcționează pe principiul asigurării sociale de sănătate obligatorii**, este finanțat din impozite și într-o mai mică măsură din contribuții din venituri. Participarea sectorului privat, atât la finanțare cât și la oferta de îngrijiri medicale este foarte importantă. Simultan, sistemul este supus unei puternice reglementări din partea guvernului. Sistemul național de sănătate grec (ESY) a fost creat în anul 1983, în același timp în care alte țări din sudul Europei își implementau propriile servicii naționale de sănătate. Sistemul, bazat pe o reformă a serviciilor sanitare existente, are ca finalitate îmbunătățirea accesului la îngrijiri, frânarea dezvoltării sectorului privat, dezvoltarea îngrijirilor primare la fel ca și participarea comunitară și îmbunătățirea condițiilor de lucru ale medicilor din spitale. Totuși, sistemul de sănătate grec nu a fost decât parțial implementat și vechile structuri există în continuare practic fără modificări. Problemele tradiționale ale sistemului grec de sănătate rămân aceleași: **inegalitatea accesului la îngrijiri, distribuția inegală a ofertei (concentrată în mediul urban) și creșterea cheltuielilor**. Anumiți indicatori ai sistemului de sănătate de stat prezintă valori destul de satisfăcătoare, dar nivelul de satisfacție al beneficiarilor este foarte scăzut, numai 18,4% se declară foarte mulțumiți sau mulțumiți de sistemul de sănătate. Schimbările structurale sunt împiedicate de lipsa consensului între responsabilii politici, partenerii sociali și organizațiile medicale și profesionale. Ministerul Sănătății și al Prevederii definește politica de sănătate la nivel național. Acesta reglementează oferta și finanțarea serviciului național de sănătate și asigură accesul categoriilor defavorizate la serviciile sanitare și sociale. Consiliul Central de Sănătate (KESY), alcătuit din reprezentanți ai profesioniștilor din sănătate (medici în principal) și ai utilizatorilor,

se află în slujba ministerului și oferă recomandări și opinii asupra politicii de sănătate și a cercetării medicale.

Sistemul național de sănătate este împărțit în 13 regiuni și 52 districte. Fiecare district cuprinde cel puțin un spital. Centrele spitalicești universitare sunt amplasate în șapte regiuni. Legislația din 1983 a angajat un proces de descentralizare implementat în 176 centre sanitare rurale. Nici programele de creare de centre sanitare urbane, nici proiectele de înființare a consiliilor regionale de sănătate în vederea îmbunătățirii gestiunii, planificării serviciilor și favorizării unei oferte adecvate nevoilor locale, nu sunt materializate. Câteva inițiative vizează transferul administrării sistemului către regiuni și districte. O mare parte din populație este acoperită de 300 case de asigurări de sănătate autonome, administrate ca organisme publice.

Angajații sunt afiliați la casele de asigurări de sănătate în funcție de categoria socioprofesională. Institutul de Asigurări Sociale (IKA) acoperă peste 50% din populație, în principal orășeni, muncitori și funcționari. Organizația Asigurărilor din Agricultură (OGA) cuprinde 25% din populație (din mediu rural) și Casa Comercianților, a Industriașilor și a Micilor Întreprinzători (TEVE-TAE) acoperă 13% din populație. Statul acoperă 9% din populație în timp ce diferența este asigurată de numeroase mici case de asigurări de sănătate. Numărul celor asigurați de către IKA se află în creștere constantă. Gama serviciilor de bază, precum și valoarea impozitelor sunt strict reglementate de guvern. Prestarea serviciilor variază sensibil între casele de asigurări de sănătate, IKA oferă formula cea mai completă care include stomatologie și oftalmologie. Marea majoritate a caselor mici de securitate socială oferă asigurări complementare.

Sistemul este alimentat parțial prin fiscalitate și parțial prin contribuții sociale. O dată cu introducerea serviciului național de sănătate în anul 1983, sistemul grec s-a îndepărtat de modelul Bismark pentru a evolua către o variantă de tip Beveridge. IKA, principala casă de asigurări de sănătate este finanțată din contribuții asupra veniturilor, plătite în parte de angajați și în parte de către angajatori. Proporția este fixată de către guvern. Contribuțiile sunt completate din

bugetul public. OGA este finanțată în totalitate de către stat. Nu există o graniță financiară netă între casele de securitate socială și stat.

Spitalele publice din serviciul național de sănătate (ESY) sunt în principal finanțate de la bugetul statului (70% din veniturile spitalelor) și numai într-o mică măsură de către casele de asigurări de sănătate (30%) care încheie contracte de servicii spitalicești pentru asigurații lor. Plata serviciilor se bazează pe tarife pe zi, care au crescut considerabil de la începutul anilor 90. Personalul din spitalele publice este salariat. Spitalele care nu aparțin de ESY (de exemplu spitalele militare și spitalele IKA), precum și spitalele private sub contract cu casele de asigurări de sănătate sunt finanțate pe baza tarifului pe zi și în plus un onorariu pentru anumite tratamente. Tarifele sunt stabilite de Ministerul Sănătății și supuse aprobării Ministerului Muncii și Securității Sociale. Spitalele private sunt finanțate printr-o formulă combinată între decontări făcute de casele de asigurări de sănătate, asigurări opționale și plăți directe. Regimul național nu prevede participarea pacienților la costuri în caz de spitalizare, dar slăbiciunile serviciului public crează o veritabilă piață paralelă de îngrijiri de sănătate. Plățile pe sub mână în spitalele publice și private sunt curente. Cazurile de îmbolnăviri joacă un rol semnificativ în finanțarea serviciilor de îngrijiri de sănătate ambulatorii. Medicii din spitalele IKA, primesc un salariu pentru serviciile primare și cele stomatologice pe care aceștia le oferă. Pe de altă parte medicii privați care au contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru îngrijiri primare sunt plătiți în raport de documentele întocmite. Un anumit număr de servicii furnizate de către medici pacienților privați sau de către centrele de diagnostic sunt achitate direct de aceștia.

Prețurile de referință ale medicamentelor sunt fixate de către Ministerul Comerțului pe baza celui mai mic preț de referință înregistrat în UE. În cazul în care pacienții beneficiază de compensații, coplata se ridică în medie la 25% din valoarea medicamentelor respective.

Sistemul de sănătate grec prezintă numeroase disfuncționalități pe care reformele nu au reușit să le corecteze. Una dintre realizările cele mai semnificative constă în **crearea centrelor sanitare rurale** ale ESY. La rang de

preocupare principală se ridică multiplicarea surselor de finanțare, costul criteriilor de remunerare a serviciilor, repartiția geografică inechitabilă a serviciilor de sănătate, centralizarea puterii de decizie corelată cu neadecvarea la nevoile locale, defectul de coordonare între furnizorii publici și cei privați și ineficiența ofertei de îngrijiri medicale datorată nedelegării responsabilităților manageriale și absenței planificării și urmăririi sistematice.

Sugestiile de reformă au vizat îmbunătățirea eficienței sistemului asupra planului de finanțare și a celui de furnizare a serviciilor medicale. Acestea pun accent pe îngrijirile medicale primare, participarea serviciilor sociale, a serviciilor de proximitate și a sectorului asociativ și înființarea unui sistem de medici de familie. Este prevăzută unificarea caselor de asigurări de sănătate și consolidarea gestionării serviciului național de sănătate, precum și la nivel regional sau districtual. Îmbunătățirea și consolidarea capacităților de gestiune a spitalelor sunt de asemenea un obiectiv major. Gradul mediocru de satisfacere a beneficiarilor, bazat pe rezultatul anchetelor efectuate, subliniază necesitatea imperioasă a unei noi reforme. Totuși, experiența istorică arată că implementarea reformelor adesea a fost întâmpinată de ostilitatea populației și a profesioniștilor din sistemul de sănătate, precum și de interese politice divergente, având ca rezultat o continuă amânare a acestora.

IRLANDA

Sistemul de sănătate irlandez este **fondat pe fiscalitate, un control public central și acces universal la îngrijiri**. Contrar cu ceea ce se întâmplă în Serviciul Național de Sănătate britanic, **dreptul la prestări în totalitate gratuite** este bazat pe aprobarea resurselor și pe felul în care populația este divizată în două categorii. În jur de 35% din populație se încadrează în prima categorie, care include cele mai scăzute venituri. Eligibilitatea acestei categorii depinde de venit, de numărul de persoane, de vârstă și de alți factori. Accesul la îngrijiri necesită prezentarea cardului medical, distribuit prin direcțiile sanitare regionale. Îngrijirile primare sunt acordate în cadrul unui regim general de servicii medicale.

Cetățenii din această categorie au dreptul la o gamă completă de servicii gratuite.

Eligibilitatea acestei categorii depinde de venit, de numărul de persoane, de vârstă și de alți factori. Accesul la îngrijiri necesită prezentarea cardului medical, distribuit prin direcțiile sanitare regionale. Îngrijirile primare sunt acordate în cadrul unui regim general de servicii medicale.

Majoritatea populației (65%) se regăsește în cea de a doua categorie și plătește direct cheltuielile în cadrul serviciului medical ambulatoriu sau dețin o asigurare opțională de sănătate. În caz de spitalizare într-un asezământ public, pacienții din a doua categorie trebuie să achite un preț fix modic pe zi. Aproape o treime din irlandezi (jumătate din membrii celei de a doua categorii) au aderat la Asociația Asigurărilor de Sănătate Benevole (VHI Board), organism fondat în 1957.

Dacă majoritatea indicatorilor de sănătate ai populației irlandeze afișează încă valori inferioare mediei europene, este mai puțin cunoscută o îmbunătățire notabilă în cursul ultimelor decenii. Creșterea rapidă a economiei este însoțită de o creștere a cheltuielilor de sănătate, însă partea din PIB consacrată sănătății, se situează sub media UE. Gradul de satisfacție al beneficiarilor este apropiat de media europeană: 49.9% din irlandezi se declară foarte mulțumiți sau satisfăcuți de sistemul de sănătate (media UE-50.3%). Strategiile puse în practică în vederea ameliorării performanțelor sistemului de sănătate sunt axate pe planificarea, organizarea și furnizarea de îngrijiri medicale mai mult decât pe finanțare.

Pentru pacienții din cea de a doua categorie, toate îngrijirile ambulatorii sunt plătite. Până la un anumit prag, cheltuielile cu medicamentele sunt decontate independent de veniturile asiguraților. Îngrijirile spitalicești sunt în totalitate gratuite pentru pacienții din prima categorie, în timp ce pacienții din cea de a doua categorie trebuie să achite un preț foarte mic pe zi. Anumite îngrijiri de sănătate, cum ar fi tratamentele pentru bolile infecțioase, sunt acordate gratuit tuturor pacienților.

Asociația Asigurărilor de Sănătate Benevole și organizația BUPA Irlanda, creată mai recent, au preluat asigurarea suplimentară de sănătate. Asigurarea de sănătate privată este reglementată de legea din 1994 a asigurării de sănătate, care stabilește că prima de asigurare care este plătită pentru un pachet de servicii, trebuie să fie independentă de vârstă, sex și riscurile asigurate. Contribuțiile sunt fixate pe o bază de consens care încorporează un mecanism de ajustare a riscurilor. Jumătate din populația din cea de a doua categorie deține o asigurare privată destinată acoperirii cheltuielilor medicale ambulatorii și taxei de spitalizare sau costul serviciilor din spitalele private.

Sistemul de sănătate irlandez este foarte centralizat. Ministerul Sănătății este responsabil cu securitatea socială, dezvoltarea politicii de sănătate și planificarea serviciilor sanitare la nivel național. Ministerul Sănătății este asistat de Direcția spitalelor și Direcția sanitară națională pentru problemele relevante din politica de sănătate și funcționarea serviciilor sanitare. La nivel regional, serviciile sunt administrate de opt direcții sanitare regionale, care deservește fiecare între 200 000 și 1.2 milioane de locuitori. Fiecare direcție sanitară este alcătuită dintr-un administrator general, ales la nivel local, responsabili desemnați de către minister și reprezentanți ai profesioniștilor din sănătate, angajați de către direcție. Numeroase organizații neguvernamentale care joacă un rol important în sectorul sanitar și social și direcțiile regionale sunt autorizate prin lege. Guvernul exercită un control bugetar riguros asupra cheltuielilor de sănătate publică. Bugetele direcțiilor sanitare regionale sunt fixate anual, ținând cont de factorii demografici și de resursele sanitare din fiecare regiune. Sistemul este finanțat în proporție de 78% din fonduri publice. Participarea la cheltuielile medicale acoperă în jur de 13.5% din cheltuieli. Finanțarea publică se sprijină în principal pe impozite, precum și pe contribuțiile de asigurări de sănătate care se ridică la 1,25% din venitul brut. Cetățenii încadrați în prima categorie sunt scutiți de plata acestei contribuții.

Finanțarea spitalelor este administrată de direcțiile sanitare regionale și se sprijină pe un buget pe termen lung. Spitalele publice administrate de organizațiile neguvernamentale, primesc bugetul direct de la Ministerul Sănătății.

Participarea la taxele de spitalizare este mică și privește numai pe pacienții din cea de a doua categorie. În 1993 Ministerul Sănătății a introdus un mecanism de ajustare în funcționarea mix-cazurilor tratate în procesul de alocare a resurselor destinate marilor spitale. Spitalele private se sprijină în mod esențial pe pacienții deținători ai unei asigurări opționale, precum și pe plățile directe. Medicii care lucrează în spitalele publice sunt salariați. Consultații sunt remunerați conform unui contract colectiv pentru pacienții din categoria I (pacienții din categoria II își reglează plățile separat). Generaliștii sunt remunerați pe număr de pacienți de către direcțiile sanitare regionale în cadrul unui regim general de servicii medicale. Această plată pe pacient ține cont de parametri cum sunt : vârsta , sexul, situația geografică a pacienților și include un preț fix pentru cheltuielile generale. Pentru îngrijirile acordate pacienților din a doua categorie, plata se face pe fiecare act medical. Baremul onorariilor este negociat între Asociația Irlandeză a Medicilor și Ministerul Sănătății.

Stomatologii sunt angajați de direcțiile sanitare. Stomatologii care lucrează independent sunt remunerați după lucrări, potrivit unui barem negociat între Asociația Irlandeză a Stomatologilor și Ministerul Sănătății. Îngrijirile stomatologice acordate pacienților din categoria I sunt gratuite, exceptând o participare modică în cazul refacerii dinților.

Medicamentele prescrise sunt distribuite gratuit pentru pacienții din prima categorie. Acestea se află pe o listă distinctă care conține circa 3 100 de produse. Un sistem de coplăți este prevăzut numai pentru pacienții din categoria II. Prețurile sunt fixate de Ministerul Sănătății prin corelare cu prețurile practice în alte cinci state membre ale UE.

Comisia pentru Finanțarea Serviciilor de Sănătate, creată în anul 1987 pentru a răspunde controverselor politice apărute datorită presiunii cheltuielilor publice, a ajuns la concluzia că soluția pentru problemele întâlnite în serviciile de sănătate irlandeze nu constă atât într-o modificare a modului de finanțare, cât într-o reformă a planificării și organizării structurilor de îngrijiri de sănătate. Apelurile sunt în favoarea unei mai bune reprezentări a beneficiarilor, a unei gestionări mai eficiente a informației, precum și a controlului furnizorilor de

servicii. Din când în când, câteva inițiative au fost lansate în vederea îmbunătățirii serviciilor acordate în sectorul spitalicesc și pentru consolidarea, coordonarea și integrarea serviciilor spitalicești și ambulatorii, conform cu inițiativa Spitalului Dublin. Problema listelor de așteptare este prioritară, atunci când pacienții interesați nu posedă asigurare privată. Noi măsuri au fost luate în favoarea unei mai mari implicări manageriale în sistemul sanitar public.

ITALIA

Serviciul național de sănătate (Servizio Sanitario Nazionale-SSN) a fost instaurat în anul 1978, cu scopul de a asigura **accesul universal și gratuit la îngrijirile de sănătate**. Finanțarea sistemului este publică, combinând fiscalitatea cu asigurările sociale de sănătate. Oferta de îngrijiri este mixtă (publică și privată). Diferit de modelul britanic, **sistemul național italian este foarte descentralizat**. Parlamentul fixează nivelul minim de servicii care trebuie să fie garantat pe ansamblul țării și precizează condițiile în care populația poate recurge la sectorul privat. Implementarea, planificarea, finanțarea și controlul sistemului de sănătate revin în responsabilitatea a 21 de regiuni. **Sistemul suferă de o puternică diviziune și de deficiențe de coordonare centrală** în mare parte atribuit unei tradiții politice caracterizate printr-o succesiune rapidă a formațiunilor guvernamentale cu diverse orientări. Serviciile de sănătate sunt considerate inferioare nivelului mediu din UE. Inegalitățile de repartizare a resurselor sanitare sunt foarte pronunțate între Nord și Sud, în detrimentul regiunii de sud. Cum mijloacele alocate sănătății sunt totuși foarte importante în termeni de infrastructură și de resurse umane, este necesar a se concluziona că acestea sunt alocate și utilizate într-o manieră inadecvată și ineficientă. În comparație cu cetățenii altor țări europene, italienii par mai ales nemulțumiți de sistemul de sănătate și anchetele recente scot în evidență o creștere a insatisfacției în ceea ce privește sectorul public de sănătate. Față de eșecul măsurilor de reorganizare a serviciilor de sănătate, în principal în Italia de Sud, cei responsabili au angajat la finele anului 1993 o reformă care este în curs de

desfășurare și care vizează remediarea problemei cronice a deficitelor și ameliorarea eficienței structurilor de îngrijiri de sănătate.

În pofida dificultăților întâlnite în consolidarea sistemului de sănătate și persistența inegalităților și a problemelor de eficiență, indicatorii de sănătate ai populației italiene sunt buni. Italia dispune, totuși, pe de altă parte, de competențe medicale de prim plan în anumite domenii.

Serviciul de Sănătate Italian (SSN) asigură o protecție universală a populației. Administrarea sa care se desfășoară la nivel național, regional și local, este criticată pentru greutatea sa birocratică. Guvernările regionale și unitățile sanitare locale (USL) formează structura de bază a serviciilor de sănătate Italiene. Implementarea dispozitivelor sanitare la nivel regional este asigurată de consiliul ales prin vot universal; mecanismele de finanțare sunt fixate la nivel local. Rolul guvernului este limitat, deoarece regiunile se ocupă de planificarea, finanțarea și controlul serviciilor de sănătate în teritoriile respective. Două activități importante sunt totuși exercitate la nivel central: **determinarea mediilor financiare și alocarea lor** pe diferite regiuni, în funcție de numărul de locuitori (această repartizare este supusă aprobării Parlamentului) și **definirea nivelului minimal de servicii** care trebuie asigurat de către regiuni. Consiliul Național de Sănătate, compus din reprezentanți ai guvernului, ai regiunilor, ai administrației centrale, ai profesioniștilor din sănătate și ai sindicatelor, este prezidat de către ministrul sănătății și asistat de guvern prin reprezentanții săi.

Finanțarea sistemului de sănătate este în majoritate publică, 40.8% se asigură din contribuții de asigurări sociale și 37.5% din impozite. Diferența este finanțată prin cheltuieli private care rezultă în principal din coplata serviciilor SSN. O reformă introdusă în 1993 promovează asigurarea suplimentară. Partea contribuțiilor de sănătate în finanțarea sistemului rămâne foarte importantă, chiar dacă legea din 1978 care a instituit serviciul național de sănătate, are în vedere desființarea lor.

Teoretic angajatorii plătesc 9.6% din venitul brut și angajații 0.9%, dar contribuțiile efective sunt variabile. Prelevările fiscale și alocațiile de la buget se decid la nivel național, dar regiunile dispun de o autonomie de gestiune

considerabilă , ceea ce implică posibilitatea de a elibera excedentele pentru a le reinvesti sau pentru a acoperi deficitele. Fluxurile financiare sunt împărțite între autoritățile regionale și cele locale, care își asumă dubla funcție de cumpărător de îngrijiri și de distribuitor de îngrijiri spitalicești, atunci când se asociază cu spitalele. Spitalele care se inserează în SSN sunt retribuite pe fiecare act medical, iar cheltuielile sunt acoperite de către USL. Ele sunt finanțate conform unei formule ce combină parametrii istorici și tarifele GHM. Spitalele private care au contract cu regiunile sunt finanțate de către USL.

Structurile îngrijirilor private sunt autorizate mai ales când sectorul public lipsește. Plata în sectorul privat se face pe baza unui preț pe zi pentru pacienții spitalizați, și pe bază de act medical pentru îngrijirile externe. Generaliștii și pediatrii, care își exercită profesiunea în mod liber, sunt remunerați în funcție de numărul de pacienți arondați pentru îngrijirile primare. O reformă recentă a introdus finanțarea pe bază de act medical pentru unele operații minore și o participare a pacienților la cheltuielile medicale în cadrul îngrijirilor ambulatorii specializate. Personalul din spitalele publice, angajat în general de către SSN, este salarizat.

Criteriile de compensare a medicamentelor prescrise sunt în general definite prin referire la o listă. Spitalele utilizează numai medicamentele stabilite pe liste de produse recomandate. Pacienții plătesc 50% din prețul medicamentelor din categoria B în medicina ambulatorie sau în cadrul îngrijirilor spitalicești. Medicamentele din categoria A, prescrise în cazul bolilor grave sau cronice sunt gratuite. Se menționează că diverse grupe de asigurați sunt scutiți de participarea la costul medicamentelor prescrise de medici.

În cursul ultimilor ani, eforturile au fost îndreptate către gestionarea ofertei de îngrijiri, unitățile sanitare locale s-au dezvoltat și spitalele au dobândit un statut autonom. Responsabilii par mai mult preocupați de echilibrul bugetar decât de îmbunătățirea îngrijirilor medicale. Primele constatări indică faptul că unitățile sanitare locale au cunoscut o serie de dificultăți în gestionare. Viitorul sectorului privat rămâne incert căci raționamentul îngrijirilor a indus o mai mare utilizare a serviciilor de sănătate private, dar nu atât încât să stimuleze oferta. Insatisfacția

persistență la nivelul serviciului public i-a făcut din ce în ce mai mult pe italieni să își îndrepte atenția către asigurările private de sănătate. Serviciile din sectorul privat se bucură de apreciere publică grație unor mai bune prestații. Consolidarea autonomiei regionale antrenează creșterea rezistenței la redistribuirea încasărilor între regiuni, ceea ce nu face decât să accentueze puternica inegalitate de repartizare a resurselor sanitare între nord și sud.

În ciuda numeroaselor tentative de reformă, Italia nu dispune tot timpul de o veritabilă strategie de reducere a inegalităților din sistemul de sănătate. Presiunile exercitate asupra Serviciului Național de Sănătate Italian rămân considerabile și perspectivele evoluției incerte. Pe de o parte se confruntă la diferite nivele cu responsabili girați de partidele politice, care se bucură de o autonomie considerabilă, pe de altă parte de o direcție centrală prea slabă pentru a impulsiona un proces de schimbare durabil și coerent.

LUXEMBURG

Majoritatea populației beneficiază de **asigurare de sănătate obligatorie**, organizată în jurul a 9 case de asigurări de sănătate conform regimurilor de solidaritate profesională. Cotizațiile sunt asociate veniturilor și sunt plătite în mod egal, atât de angajatori cât și de angajați.

Principalele diferențe în organizarea îngrijirilor de sănătate, în raport cu alte state membre ale UE, constau în faptul că **toate serviciile medicale sunt acordate de medici care își exercită profesia în mod liber**. Partea îngrijirilor medicale specializate este foarte importantă. Majoritatea locuitorilor se declară satisfăcuți de sistemul de sănătate. Adâncirea deficitului caselor de asigurări și a spitalelor face din reforma în finanțarea asigurărilor de sănătate o problemă deosebită.

Plasate sub tutela Ministerului Muncii și Securității Sociale, casele de asigurări de sănătate sunt administrate prin reprezentanți aleși de către furnizorii de îngrijiri și asigurații sociali. Casele de asigurări sunt organizate în jurul unui organism central responsabil cu evidența conturilor, precum și a plăților către furnizori. Tarifele sunt negociate între casele de asigurări și furnizorii de îngrijiri

medicale. Alcătuit din președinții și vicepreședinții tuturor caselor de asigurări de sănătate, organismul central a fost înființat în anul 1994 în vederea stabilirii unui buget global pentru sănătate. În acest scop, organismul central poate reglementa acordurile cu furnizorii și modifica proporția participării la plata medicamentelor și a contribuțiilor la fondul de asigurări de sănătate. Organizarea serviciilor de sănătate se află în responsabilitatea Ministerului Sănătății. Asociația Spitalelor din Luxemburg acordă consultanță și face propuneri ministrului în materie de planificare și organizare a serviciilor spitalicești.

Sistemul de asigurări de sănătate obligatorii acoperă majoritatea populației; **anumite categorii de populație sunt asigurate la casele de asigurări speciale organizate pe categorii profesionale.** Asigurații nu își pot alege singuri casa de asigurări (afilierea se face automat în funcție de statutul socioprofesional). Nivelul prestației pentru sănătate este uniform și fixat de către guvern.

Acoperirea suplimentară oferită de asigurările mutuale este în general limitată. Acestea sunt utilizate în special pentru îngrijirile stomatologice, precum și pentru taxele suplimentare de spitalizare legate de condiții speciale de cazare sau altele. În anul 1992 numai 1,0% din populație deținea o asigurare de sănătate privată, dar acest procent se află în creștere în ultimii ani. Finanțarea sistemului este dominată de contribuțiile plătite la casele de asigurări de sănătate, care reprezintă circa 5,0% din venitul brut (2,5% plătit de către angajatorii și 2,5% de către salariați). Nivelul contribuțiilor este stabilit de Uniunea Caselor de Asigurări de Sănătate (UCM). 60,0% din încasări reprezintă contribuțiile de asigurări de sănătate. Subvențiile de la stat se ridică la 31,0%, iar diferența provine din plăți directe și asigurări private. Ca regulă generală, casele de asigurări de sănătate rambursează pacienților sumele, dar și alte forme de plată, cum ar fi plata furnizorilor de servicii medicale.

Finanțarea spitalelor (publice și private) a trecut de la tariful pe zi la stabilirea unui buget, negociat pentru fiecare spital între Uniunea Caselor de Asigurări de Sănătate și spitale. Aceste bugete nu cuprind salariile medicilor, care continuă să fie plătite pe baza actelor medicale realizate. Guvernul preia în

jur de 80,0% din cheltuielile de infrastructură și păstrează la un anumit nivel investițiile. Pacienții spitalizați achită un cost pe zi, destinat acoperirii cheltuielilor de restaurare. În ambulatoriu medicii sunt remunerați în raport de actele medicale realizate. Baremul onorariilor este fixat în cadrul convențiilor dintre asociațiile medicilor și casele de asigurări de sănătate.

Stomatologii sunt plătiți, de asemenea, pe bază de lucrare după tarife negociate între asociațiile stomatologilor și casele de asigurări de sănătate. Participarea beneficiarului la costul protezelor dentare este fixată la 20,0% din tariful convenit. Totuși, această participare nu este reținută de la persoanele care justifică că au consultat anual, în scop preventiv, un stomatolog în cursul ultimilor doi ani.

În ceea ce privește medicamentele, coplata se ridică la 8,0% din prețul produsului. Un mic număr de produse sunt incluse pe o listă (nu există o listă pozitivă a medicamentelor compensate). Introducerea unui sistem de prețuri de referință este luată în considerare. Pentru anumite medicamente prețurile sunt aliniate la tarifele practicate în Belgia, dar prețurile pentru alte produse nu sunt reglementate. Asociațiile medicilor și farmaciștilor au stabilit o listă de transparență (care permite comparația produselor pe planul compoziției și al prețului) în vederea îmbunătățirii eficienței prescripțiilor.

Ultima mare reformă a avut în vedere, în principal, reorganizarea caselor de asigurări de sănătate. Având în vedere creșterea deficitului caselor, problema finanțării acestora a devenit prioritară. Subvențiile statului au fost limitate între timp la maximum 40,0% din cheltuielile totale de sănătate. În cazul depășirii se folosesc alte surse de finanțare. Reforma nu a atacat în mod sistematic problema organizării îngrijirilor de sănătate de lungă durată și finanțarea lor, problemă care rămâne o preocupare majoră în perioadele următoare.

Crearea unei rețele de centre de sănătate și de centre de geriatrie este importantă datorită lipsei de infirmieri. A existat o tentativă de a transforma centrele de îngrijiri de scurtă durată în centre de îngrijiri de lungă durată. Ministerul Sănătății a întreprins o acțiune de îmbunătățire a serviciului de vizite la domiciliu pentru persoanele vârstnice, în scopul de a preveni spitalizările

sistematice. Programele de îngrijire la domiciliu sunt dezvoltate și consolidate de către autoritățile locale.

OLANDA

Sistemul de sănătate combină asigurarea socială obligatorie cu cea privată. Prima acoperea 62,0% din populație în 1993, iar cea de a doua 31,0%. Un regim național de asigurare se referă la cheltuieli medicale speciale (« Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten » - AWBZ) care acoperă riscurile catastrofice, bolile cronice, invaliditate, îngrijiri psihiatrice. Sectorul privat în scop nelucrativ și liberii profesioniști joacă un rol semnificativ în furnizarea îngrijirilor de sănătate.

Sistemul de sănătate beneficiază de un larg consens din partea populației. În urma rezultatelor unei anchete realizată la nivel european, 72,8% din olandezi se declară foarte mulțumiți sau satisfăcuți de sistemul de sănătate, față de media europeană care este de 50,3%. Una dintre reușitele sistemului de sănătate olandez rezidă în implementarea unei rețele complete de îngrijiri ambulatorii și îngrijiri de lungă durată pentru persoanele vârstnice. Măsurile de monitorizare a cheltuielilor aplicate în sectorul farmaceutic se dovedesc deosebit de eficiente, iar partea din PIB consacrată cheltuielilor de sănătate a rămas stabilă după anul 1990.

Proiectul propus de Comisia Dekker se referă la două domenii de reformă : **introducerea unei asigurări obligatorii uniforme și universale pentru îngrijirile și serviciile sociale de bază și implementarea unei concurențe organizate pe piața asigurărilor, precum și pe cea a îngrijirilor.** Reforma urmărește patru obiective: coordonarea finanțării serviciilor de sănătate și a serviciilor sociale, sporirea eficienței serviciilor de sănătate, consolidarea coordonării între finanțarea și planificarea îngrijirilor de sănătate și favorizarea autoreglării pieței olandeze de asigurări de sănătate.

Planul Simon din 1990 s-a inspirat în principiu din proiectul Dekker. Guvernul a prevăzut o aplicație în etape succesive, începând cu dezvoltarea acoperirii regimului general de cheltuieli medicale speciale pentru anumite riscuri (de exemplu dispozitive medicale și medicamente prescrise în ambulatoriu) și continuând cu orientarea către piață, prin transformarea caselor de asigurări de sănătate publice în unități de risc. Casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte cu medicii și farmaciștii, pot negocia onorarii diferite față de nivelurile standard acceptate. Câteva schimbări majore au intervenit în principal pe planul îmbunătățirii calității serviciilor de sănătate și al inovației în gestionarea caselor de asigurări de sănătate. Asigurarea generală pentru cheltuielile medicale speciale (AWBZ) este obligatorie pentru populație și privește în mod esențial bolile cronice și îngrijirile de lungă durată. Ea a fost completată cu îngrijirile psihiatrice, cu protezele pentru membrele inferioare și dispozitivele medicale în 1989, apoi cu medicamentele prescrise în cadrul ambulatoriu în 1992. Cu toate acestea, majoritatea îngrijirilor spitalicești au rămas excluse.

Asigurarea de sănătate obligatorie («Verplichte Ziekenfondsverzekering» - ZFW) este administrată de 40 de case de asigurări de sănătate care acoperă circa 60,0% din populație. Plafonul de asigurare este inferior celui practicat de către alte sisteme inspirate din sistemul Bismarck. O parte importantă a populației, în jur de 37,0%, în principal din categoria celor mai înstăriți și a liberilor profesioniști nu consideră avantajos regimul obligatoriu și subscrie la o asigurare privată (Particular Verzekering) în vederea acoperirii îngrijirilor acute, exceptate de regulă de la plata directă. Funcționarii din administrația publică (în jur de 6,0% din populație) au propriul lor regim obligatoriu, care folosește beneficiile în natură pentru o paletă de servicii mai mare decât cea din ZWF. Asigurații sociali pot subscrie la o asigurare de sănătate suplimentară (Aanvullende Ziekenfondsverzekering) pentru acoperirea riscurilor necuprinse în regimul legal. 90% din asigurați au contractat de asigurări suplimentare pentru îngrijirile stomatologice.

Planificarea și implementarea politicii de sănătate revine ca și responsabilitate Ministerului Sănătății Publice al Prevenirii și al Sportului (VWS). De asemenea, în responsabilitatea acestui minister se regăsește și asigurarea de sănătate obligatorie. Acesta stabilește contribuția obligatorie care se virează caselor de asigurări de sănătate și se sprijină pe recomandările Consiliului Caselor de Asigurări de Sănătate. Același minister planifică oferta de îngrijiri de sănătate, acordă autorizație pentru instalarea tehnologiilor intensive și pentru înființarea unităților spitalicești.

Onorariile negociate între casele de asigurări de sănătate și asociațiile medicilor sunt supuse aprobării Ministerului Sănătății, la fel ca și tarifele utilizate în spitale. Toate deciziile privitoare la buget sunt luate de Parlament. Consiliul Consultativ Național de Sănătate Publică, Consiliul Spitalelor și Consiliul de Sănătate sunt organizații cvasi guvernamentale care sunt asistate de către Ministerul Sănătății.

Finanțarea sistemului de sănătate este dominată de asigurările sociale, care au preluat 68,0% din cheltuielile de sănătate, în timp ce asigurările private reprezintă 13,7% din cheltuieli. Diferența este completată din subvenții acordate de stat și plăți directe ale pacienților.

Ministerul Sănătății supune aprobării Parlamentului un buget global pentru cheltuielile de sănătate. Obiectivele cheltuielilor sunt în egală măsură fixate pe diferite sectoare, spitale, centre ambulatorii.

Contribuțiile către casele de asigurări de sănătate sunt plătite în funcție de veniturile salariale. O parte este plătită de către angajator (5,15% din venitul brut) și este aproape de cinci ori mai mare decât partea plătită de angajați (1,15%). Această formulă afectează alimentarea fondului central care este împărțit între casele de asigurări în funcție de numărul de clienți și de structura riscurilor pe care aceștia le prezintă. Pe de altă parte, asigurații plătesc o taxă mică stabilită de către fiecare casă de asigurări. Acest dublu mecanism de finanțare a caselor de asigurări (contribuții de asigurări și taxe pe persoană) a fost introdus în anul 1993. Posibilitățile de alegere între diferitele case de asigurări de

sănătate au fost sporite. Acestea intră în concurență în ceea ce privește calitatea îngrijirilor și acoperirea cu servicii medicale.

Sectorul privat de asigurări de sănătate are la bază o tradiție de competitivitate. În particular, asigurările private stăpânesc perfect tehnica competitivității prin prețuri, prin beneficiile oferite și prin calitatea îngrijirilor. Contribuțiile de asigurări de sănătate sunt stabilite individual pe fiecare asigurat în parte, cel mai des în funcție de vârsta asiguratului. Onorariile sunt negociate între casele de asigurări publice sau private și furnizorii de servicii de îngrijire, pe bază de contract. Plafoanele tarifare sunt fixate de către guvern, dar se pot negocia și tarife inferioare.

Serviciile spitalicești sunt finanțate de la bugetul alocat de fiecare consiliu local. Proiectul de buget este calculat pentru fiecare instituție în funcție de activitățile stabilite, precum și în funcție de cheltuielile de personal și investițiile prevăzute. Bugetul este calculat de Consiliul Central de Control al Tarifelor (COTG). Medicii din spitale sunt remunerați pe bază de act medical realizat, conform unor tarife stabilite de către COTG.

Olanda are o îndelungată tradiție în domeniul finanțării publice a îngrijirilor de lungă durată.

Tehnologiile medicale fac obiectul unei evaluări sistematice înainte de a fi acceptate și adoptate în cadrul regimului de asigurări de sănătate. În această privință cea mai importantă instituție pentru evaluarea tehnologiilor de sănătate este Consiliul de Sănătate, misiunea lui fiind stabilită prin lege.

Organizația Olandeză de Evaluare Tehnologică (NOTA) este consiliată de către Parlament. În paralel, evaluarea serviciilor sanitare, în vederea îmbunătățirii calității lor au luat amploare. Generaliștii care își exercită profesia în mod liber – pacienți privați - sunt remunerați pe persoană, în cazul în care aceștia sunt asigurați în cadrul sistemului public și pe act medical în cazul în care pacienții dețin o asigurare privată. Eforturile de a scădea tarifele practicate de către specialiști nu au avut decât un efect limitat, în măsura în care ele au fost compensate prin creșterea volumului de servicii medicale acordate.

Medicamentele sunt cuprinse pe o listă / ghid al produselor compensate. Un sistem de prețuri de referință a fost instaurat din 1991; aceste prețuri sunt stabilite de un comitet independent. Diferența dintre prețul de vânzare al produsului și prețul lui de referință, revine în sarcina pacientului. Participarea efectivă la costurile medicamentelor se ridică în medie la 8,0% din prețul acestora.

Modalitățile de coplată sunt, de asemenea, prevăzute pentru îngrijirile stomatologice, dispozitivele medicale și sejururile în centrele de sănătate.

Sistemul de sănătate olandez a cunoscut profunde schimbări. Aceste transformări au fost dictate în principal de preocuparea de a monitoriza cheltuielile și de a îmbunătăți eficiența ofertei și cumpărării de servicii de sănătate. Fixarea plafoanelor pentru cheltuielile totale și sectoriale a fost unul dintre instrumentele privilegiate ale politicii de reglementare a cheltuielilor de sănătate.

Planul Deker a preconizat stabilirea unei reguli de piață cu scopul îmbunătățirii eficienței alocative și productive. Acest plan nu a fost niciodată integral aplicat. Contractele au fost negociate între casele de asigurări și furnizori, iar reglementarea și gestionarea serviciilor de sănătate au fost rezervate caselor de asigurări de sănătate. Pe de altă parte, regimul național de asigurare pentru cheltuielile medicale speciale (AWBZ) s-a desfășurat conform recomandărilor planului Dekker, în favoarea unei acoperiri universale și a unei largi palete de servicii medicale. AEBZ-ul este supus unui riguros control central. Coexistența a două regimuri asigurătorii (regimul legal și asigurările private), cu variații în ceea ce privește calitatea serviciilor de bază și a celor avansate, provoacă întrebări și chemări către o mai mare convergență între cele două sisteme.

PORTUGALIA

Serviciul național de sănătate portughez (Serviço Nacional de Saude-SNS) a fost instaurat în anul 1979, în scopul de a **asigura o acoperire în ansamblul populației, independent de venituri**. Revizuirea constituțională adoptată în 1989 a revenit asupra principiului de gratuitate totală a SNS, cu o tendință de gratuitate în funcție de capacitățile financiare ale indivizilor. Finanțarea sistemului de sănătate portughez este predominant fiscală, dar anumite servicii continuă să fie acoperite din asigurări sociale. Serviciile de sănătate sunt în majoritate publice. Cheltuielile de sănătate sunt foarte scăzute în comparație cu media europeană.

Portughezii se manifestă în majoritate nesatisfăcuți de sistemul lor de sănătate. Diverse măsuri legislative au fost luate în ultimii ani, în vederea dezvoltării structurilor sanitare și îmbunătățirea serviciilor medicale. Carențele persistente în serviciul public au condus la creșterea semnificativă a sectorului privat de sănătate și a asigurărilor private. În ciuda insuficienței mediei financiare alocate sănătății, indicatorii de sănătate au fost considerabil îmbunătățiți în cursul ultimelor decenii.

Ministerul Sănătății supervizează activitățile serviciului național de sănătate și ale sectorului privat, stabilește nivelul coplăților, lista de medicamente compensate și coordonează activitățile de sănătate publică, precum și programele preventive ce privesc bolile specifice și țintele pe grupe de risc. Ministerul este asistat de Consiliul Național de Sănătate, alcătuit din experți din diferite domenii medicale și sanitare. Serviciul național de sănătate acoperă circa 75,0% din populație. Diferența de 25,0% reprezintă, în principal, funcționarii și militarii care beneficiază de regimuri speciale. Oferta de îngrijiri de sănătate este în majoritate asigurată de prestatori publici în cadrul SNS. Legea din 1990 pentru serviciile sanitare de bază preconizează întărirea cooperării între SNS și sectorul privat prin intermediul contractelor. Harta spitalelor este împărțită în trei zone geografice.

Pentru îngrijirile ambulatorii, teritoriul Portugaliei este împărțit în 18 districte. Administrațiile sanitare regionale sunt responsabile de integrarea sectoarelor public și privat, precum și de implementarea și gestionarea centrelor

de sănătate. Legislația din 1993 a întărit procesul de descentralizare: 5 regiuni sunt de atunci în întregime autonome și își administrează propriile servicii de sănătate.

Finanțarea sistemului de sănătate este bazat, în principal, pe impozite care acoperă 61,6% din cheltuieli în timp ce asigurările sociale reprezintă 13,7%. Contribuțiile sociale (care înglobează și asigurările de bătrânețe, de invaliditate și de șomaj) se ridică în medie la 35,0% din venitul brut, o parte de 24,0% este platită de angajatori și 11,0% de către angajați. Asigurările private dețin 2,2% din finanțarea sistemului. Participarea la costuri, care este necesară pentru toate serviciile cu excepția îngrijirilor spitalicești, a îngrijirilor primare din sistemul ambulatoriu și a îngrijirilor stomatologice acordate de către sectorul public, reprezintă 21,09% din cheltuielile de sănătate.

Îngrijirile acordate de spitalele publice sunt gratuite. Până în 1989, spitalele au fost finanțate pe baza unui buget global ajustat în fiecare an ; după această dată o parte din bugetul global anual face obiectul unei analize prospective care se calculează pe baza costurilor totale pe diferite grupe omogene de bolnavi (GHM). În cazul serviciilor spitalicești private, medicii sunt remunerați pe bază de acte medicale realizate, în timp ce medicii din spitalele private sunt plătiți în cadrul regimului de asigurări sociale. Serviciile sunt finanțate numai la nivelul tarifelor practicate în spitalele publice, excepție făcând atunci când serviciile publice nu sunt disponibile în zona de interes, caz în care taxa de finanțare este mai ridicată. Partea din cost suportată de către pacienți poate varia de la 10,0% la 50,0%. Centrele de sănătate ale SNS, responsabile de îngrijirile de sănătate primare, dispun de buget propriu administrat la nivel de district.

Îngrijirile stomatologice sunt asigurate de către SNS, iar medicii stomatologi sunt salariați. Cabinetele private se află sub contract cu SNS, iar serviciile lor sunt finanțate pe baza unui barem fixat de către guvern. Pentru protezele dentare, coplata este relativ scăzută (în medie 25%). Medicii care lucrează în spitalele publice și în centrele de sănătate, precum și unii specialiști sunt angajați direct de către SNS și sunt remunerați ca salariați. Cât despre

medicii care își exercită profesia în mod liber, în cabinete sau spitale private, aceștia sunt remunerați pe baza actelor medicale realizate.

Medicamentele se află pe o listă de produse compensate. Există și o listă în care se regăsesc circa 500 de produse care nu se compensează. Participarea la costuri este eșalonată până la 50%, în funcție de gravitatea bolii tratate. În medie 23% din prețul medicamentului este suportat de către pacient. Prețurile medicamentelor din Portugalia sunt printre cele mai joase din cadrul țărilor UE.

Politica de descentralizare a gestiunii îngrijirilor de sănătate și implementarea unei piețe interne a fost începută prin reforma din 1990 și continuată de reforma din 1993. Obiectivul pe termen lung este acela de a mări satisfacția utilizatorilor sistemului de sănătate și a cadrelor medicale. Una din măsurile esențiale a permis serviciilor din sectorul privat să devină superioare din punct de vedere calitativ. Obiectivul cheie este acela de externalizare: a sectorului public sub contract cu furnizorii privați de servicii de îngrijire primară, precum și pentru serviciile tehnic avansate (examene de laborator, radiologie etc.). Legea din 1993 urmărește extinderea organizării serviciilor sub contract, astfel încât autoritățile sanitare locale sau asociațiile neguvernamentale, să acorde servicii medicale publice. Pe de altă parte, administrațiile sanitare regionale sunt autorizate să încheie contracte direct cu practicienii privați. De asemenea, beneficiarii sunt încântați să subscrie la o asigurare privată opțională, unde tarifele variază în funcție de vârstă și sex. Această dispoziție a legii este astăzi una dintre cele mai controversate. Descentralizarea este departe de a fi finalizată, iar cooperarea între serviciile spitalicești și serviciile primare nu este încă asigurată într-o manieră satisfacătoare.

SPANIA

Actualul sistem de sănătate spaniol a fost instituit printr-o lege generală din anul 1986. Serviciul Național de Sănătate din Spania (Sistema Nacional de la Salud-SNS) **acoperea în anul 1997 aproape 98,5% din populație.** Dezvoltarea sistemului s-a efectuat pe o bază regională, obiectivul fiind ca fiecare regiune să fie în măsură să își administreze propriile servicii de

îngrijire de sănătate. În 1998, acest proces de descentralizare nu era încă definitivat în 10 din 17 regiuni autonome. Instaurarea SNS a permis punerea în practică a unei acoperiri cvasiuniversale, care cuprinde o largă paletă de îngrijiri. Sistemul de sănătate măsurat cu ajutorul diverșilor indicatori, se situează peste media europeană. Eficacitatea structurilor și a serviciilor de îngrijiri rămâne totuși o preocupare majoră. Se constată o ameliorare notabilă a nivelului de satisfacere a beneficiarilor în cursul ultimilor cinci ani.

Sistemul se confruntă însă cu unele dificultăți, în încercarea de a pune la punct un dispozitiv de finanțare stabil și de a controla evoluția cheltuielilor.

Îmbătrânirea populației, implică căutarea de noi surse de finanțare pentru îngrijirile de lungă durată pentru persoanele vârstnice. În cadrul sistemului de securitate socială, SNS este administrat de către Institutul Național de Sănătate (INSALUD). Acesta este investit cu coordonarea instituțiilor de sănătate publică.

Prestațiile bănești de securitate socială și serviciile sociale complementare sunt asigurate de către Institutul Național de Securitate Socială (INSS) și Institutul de Migrații și Servicii Sociale (IMERSO). Cele 7 regiuni autonome rămase dețin propriile lor direcții sanitare, departamentele de sănătate din cadrul guvernării regionale sunt responsabile cu sănătatea publică, planificarea structurilor sanitare, precum și gestionarea și administrarea serviciilor de sănătate de pe teritoriul lor. Transferul de responsabilitate de la SNS către cele 7 regiuni autonome constituie un obiectiv principal pe termen lung. Toate regiunile autonome au divizat teritoriul în zone sanitare, în funcție de diferiți parametri cum sunt: numărul populației, caracteristicile geografice, factorii demografici, epidemiologici și socio-economici, care formează o grilă de referință pentru planificarea și acordarea de îngrijiri de sănătate primare și secundare. Zonele sanitare sunt împărțite la rândul lor în zone de bază pentru planificarea și gestionarea resurselor sanitare primare.

Ministerul Sănătății stabilește programe de sănătate publică, prezintă liniile directoare naționale de politică sanitară și veghează la implementarea lor. Consiliul Sanitar Interteritorial al SNS coordonează schimburile între autoritățile sanitare regionale pe de o parte și Ministerul Sănătății pe de alta, în scopul de a

garanta coerența planurilor sanitare strategice ale regiunilor autonome cu obiectivele și prioritățile stabilite la nivel național. Serviciul Național de Sănătate acoperă 98,5% din populație, din care 93,0% sunt afiliați la regimul general, 1,0% primesc alocații de la stat și 4,5% (în principal funcționarii) sunt afiliați la regimuri speciale. Circa 17,0% din persoanele casnice dețin contracte opționale de asigurare de sănătate. Companiile de asigurare (mutuale sau private) joacă un rol minor în sistemul de sănătate spaniol.

În cadrul SNS, guvernul definește nivelul îngrijirilor primare, al îngrijirilor spitalicești interne și externe, nivelul coplăților pentru medicamente și proteze medicale. Prin instaurarea SNS, finanțarea serviciilor de sănătate, apropiată la origine de sistemul Bismarck, se îndreaptă către modelul Beveridge. În jur de 80,0% din finanțări provin din fiscalitate, 18,0% provin din contribuții plătite în funcție de venit, atât de către angajați cât și de către angajatori, iar diferența de 2,0% provine din alte forme de asigurare de sănătate. O participare la costuri pentru medicamente și anumite dispozitive medicale este necesară. Pacienții preiau o parte din cheltuielile ocazionate de îngrijirile stomatologice.

Spitalele publice din SNS sunt finanțate în cadrul unui buget pe termen lung. Unitatea de bază pentru stabilirea bugetului spitalelor INSALUD este unitatea de asistență ponderată (UPA), bazată pe activitatea medicală agregată. Spitalele private se pot afilia la SNS printr-o convenție sau un contract individual. Medicii din cadrul spitalelor sunt salariați.

Generaliștii sunt remunerați în funcție de numărul de pacienți și în anumite cazuri după o formulă combinată salariu-număr de pacienți. Sistemul de remunerație a profesioniștilor din sănătate lasă loc pentru numeroase critici, în măsura în care acesta este considerat responsabil de ineficiența structurilor de îngrijiri ambulatorii.

Prețul medicamentelor sunt strict reglementate în funcție de costul materiilor prime. Prețurile practicate se numără printre cele mai joase din cadrul țărilor UE. O listă cu medicamente necompensate a fost stabilită în anul 1993; ea cuprindea la acea dată 800 produse. Coplata la medicamente se ridică în medie la 32,0% din preț.

Reforma sistemului de sănătate începută în anul 1986 a modificat profund finanțarea și organizarea îngrijirilor de sănătate și a avut ca rezultat creșterea nivelului de satisfacere a beneficiarilor . Toate obiectivele acestei reforme nu sunt încă atinse : nu s-a reușit încă acoperirea universală pentru întreaga populație, nu s-au descentralizat toate regiunile autonome (au mai rămas 10 regiuni). Aceasta implică o repartiție clară a responsabilităților la nivel central și regional pentru toate problemele relevante ale politicii de sănătate. Una din priorități este consolidarea capacității manageriale a furnizorilor serviciilor de sănătate la nivel regional. Pe de altă parte anumite regiuni, cum ar fi Catalonia, a început separarea funcțiilor de ofertant de cea de cumpărător de îngrijiri de sănătate în cadrul SNS. Modelul prevede trecerea contractului între cumpărători (autoritățile sanitare regionale și INSALUD) și furnizori (spitalele publice și private), pe baza unui nivel de servicii convenit, în contrapartidă cu o remunerație. Ideea este de a crește eficiența printr-un transfer de responsabilități pentru gestionarea bugetului local și de a forma profesioniști în domeniul gestionării serviciilor de sănătate. Modelul este inspirat din experiențele britanice și suedeze de separare a cumpărătorilor de furnizori și completate cu noi elemente, de exemplu extinderea dispozitivului de îngrijiri de sănătate.

SUEDIA

Serviciile de sănătate sunt considerate ca o componentă importantă a sistemului de protecție socială din Suedia. Populația în ansamblu are **acces la o gamă completă de îngrijiri, acestea sunt acoperite prin regimul național de asigurări sociale , finanțat în principal prin cotizații patronale.** Sistemul de sănătate se caracterizează prin puternica sa descentralizare: 23 consilii generale, precum și 3 mari municipalități joacă un rol important în planificarea, finanțarea și furnizarea îngrijirilor de sănătate pe teritoriul lor. Aproape în întregime îngrijirile spitalicești sunt finanțate prin consilii generale, care colectează impozitele în acest scop și repartizează sumele spitalelor. Această prioritate acordată controlului democratic local al serviciilor de sănătate se înscrie

într-o politică ce se aplică de un sfert de secol este reglementată în legea sănătății publice și a serviciilor medicale.

Considerațiile de echitate ocupă un loc central în sistemul suedez. Suedia a reușit să asigure creșterea cheltuielilor de sănătate, proporțional cu bunăstarea națională. Diminuarea resurselor financiare întreține unele disfuncționalități în oferta de îngrijiri de sănătate și în principal apariția listelor de așteptare. Importanța tradițională acordată serviciilor spitalicești se traduce printr-o capacitate spitalicească excedentară, în timp ce îngrijirile primare sunt insuficiente și insuficient integrate. Libertatea de alegere a pacientului este foarte limitată și măsurile reformei se focalizează asupra productivității și eficienței structurilor de îngrijiri, în cadrul unei strategii care explorează opțiunile liberale prin introducerea mecanismelor de piață. Principalii indicatori de sănătate sunt strâns legați de elemente ale modului de viață, care dovedesc o bună situație sanitară în raport cu media UE.

Finanțarea și acordarea îngrijirilor de sănătate sunt considerate în Suedia ca o responsabilitate fundamentală a puterii publice. 23 de consilii generale la care se adaugă trei mari municipalități care își asumă funcții de consiliu general în domeniul sanitar (Goteborg, Malmo și Gotland) au în sarcină producerea și administrarea serviciilor de sănătate pe teritoriul lor. Consiliile generale sunt ansamble politice alese prin vot direct.

Rolul guvernului se limitează la fixarea cadrului politic sanitar. Federația consiliilor generale asigură coordonarea între consilii și guvern. La nivel central, administrația sanitară este împărțită între Ministerul Sănătății și Problemelor Sociale și diverse organisme relativ independente, dintre care cel mai important este Oficiul Național de Sănătate și de Bunăstare Socială. Acest organism, adevărat centru național de expertiză, își asumă funcția de control și supervizare a activității consiliilor generale, precum și funcția de cercetare și evaluare a dezvoltării în toate domeniile relevante ale politicii sociale naționale de sănătate. Institutul Suedez de Planificare și Raționalizare a Serviciilor Sociale și Sanitare (SPRI), administrat în comun de către guvern și consiliile generale, lucrează

asupra problemei eficienței și raționalizării structurilor, a evaluării și finanțării lucrărilor de cercetare-dezvoltare în domeniul administrării îngrijirilor de sănătate.

Consiliul Național pentru Evaluarea Tehnologiilor de Sănătate (SBU) este un alt organism important asociat Ministerului Sănătății, precum și Oficiului Național de Sănătate și de Bunăstare Socială. El are misiunea de a promova tehnologii de sănătate eficiente și rentabile. Oficiul Național de Asigurări Sociale administrează sistemul de securitate socială, care acoperă ansamblul populației, precum și toți străinii rezidenți în Suedia. Contribuțiile sunt plătite de către angajatori; diferența este furnizată prin subvenții de la stat. Rolul asigurărilor private este marginal. Nici o acoperire în servicii de bază nu este definită.

Prioritățile naționale stabilite în domeniul serviciilor de sănătate se sprijină pe trei principii fundamentale : drepturile omului, justiția distributivă și cercetarea eficienței. Consiliile generale sunt libere să își definească propriile priorități operaționale. Impozitele colectate de consiliile generale acoperă cea mai mare parte (în jur de 65,0%) din cheltuielile de sănătate. Restul provine din sistemul de securitate socială completat prin ajutorul statului(18,0%), din diverse fonduri publice (10,0%), asigurări private (3,0%) și într-o slabă măsură (4,0%) din plăți directe.

Sistemul național de securitate socială redistribuie resursele financiare în direcția consiliilor generale prin două canale: pe de o parte el alocă subvenții în funcție de activitatea medicală a fiecărui consiliu; pe de altă parte el asigură finanțarea prestațiilor de îngrijiri stomatologice și îngrijiri spitalicești externe.

Din 1998 modurile de finanțare a spitalelor, adoptate de consiliile generale și de municipalități sunt variabile. Unele consilii au introdus contracte de cumpărare a serviciilor de sănătate prevăzute deseori cu un termen de plată pe perioadă lungă după caz. Anumite servicii sunt finanțate pe bază de actele medicale realizate. Majoritatea medicilor sunt angajați de consiliile generale și lucrează ca salariați în spitale sau în centrele de îngrijiri primare. Salariile sunt în funcție de calificarea medicilor și de timpul de lucru. O proporție mică de medici exercită profesia pentru clienți privați și sunt remunerați pe bază de act medical realizat. Legea din 1993 pentru medicina privată prevede posibilitatea pentru

medici de a încheia o convenție cu organismul de securitate socială și consiliul general, în vederea acordării de îngrijiri primare cu titlu de medicină de familie.

Medicamentele prescrise se regăsesc pe o listă și sunt parțial compensate prin regimul național de asigurare de sănătate. Tarifele de compensare sunt modificate având la bază un preț de referință . Coplata este fixă. Nici o participare la costuri nu este necesară pentru medicamentele prescrise pacienților din spitale.

Importante schimbări au fost operate în organizarea și structura serviciilor de sănătate. Prioritățile sunt legate de descentralizare, planificarea serviciilor la nivel regional și consolidarea îngrijirilor primare și conduc progresiv spre orientarea către piață. Crearea unei piețe interne, în 13 din 26 comitate, a deschis calea către modalități mai liberale de finanțare și de asigurare a îngrijirilor medicale. Contractele de furnizare a îngrijirilor sunt negociate între cumpărători și furnizori. Cu privire la reducerea capacității spitalicești și transferului de resurse către îngrijirile externe și de lungă durată, consiliile generale care au conservat sistemul lor bugetar tradițional beneficiază de o mai mare marjă de manevră. Reconfigurarea structurii sistemului de sănătate suedez se rezumă la o îmbinare a diferitelor măsuri luate de către 26 de consilii generale. În Stockholm, intervențiile au condus la modificări importante. Obiectivul a fost creșterea eficienței serviciilor, favorizarea unei orientări către piață și extinderea opțiunilor consumatorilor și reducerea listelor de așteptare.

Modelul Stockholm se concentrează în jurul a patru axe :

- Introducerea unui nou sistem de finanțare pentru îngrijirile bolilor cronice și serviciile geriatrice din spitale, fondate pe grupe omogene de boli ;
- Posibilitatea consultației libere cu participarea mai ridicată la costuri ;
- Instaurarea unui sistem centrat pe medicina de familie , cu costuri de finanțare standardizate ;
- Separarea între cumpărătorii și ofertanții de îngrijiri de sănătate prin încheierea de contracte de servicii și stimularea concurenței între furnizori.

MAREA BRITANIE

Serviciul Național de Sănătate (NHS) încă de la crearea sa (1948) a **instituit accesul universal la îngrijirile de sănătate**. NHS este un serviciu public de sănătate finanțat, în principal, din impozite. Gama de servicii acoperite în cadrul NHS este completă, iar accesul la îngrijiri este gratuit.

Organizarea îngrijirilor a fost profund transformată după 1990. Schimbările majore s-au concentrat pe separarea cumpărătorilor de ofertanții de servicii medicale și pe crearea unei piețe interne în cadrul NHS. Solicitanții care intervin pe piață sunt autoritățile sanitare de district (DHA) și medicii generaliști gestionari de fonduri (General Practitioner Fundholders) care cumpără îngrijiri trusturilor spitalicești (fundații autonome în cadrul NHS) și centrelor de sănătate comunitare. Sistemul de negociere a contractelor, introdus în 1991, cere furnizorilor să își asume noi funcții și în principal să își dezvolte capacitățile de gestiune. Ideea fundamentală care stă la baza acestei reforme este stimularea concurenței între furnizori de îngrijiri de sănătate și introducerea de modalități de cumpărare și producere de servicii de sănătate mai eficiente. Documentul publicat de către guvernul britanic în 1992 asupra sănătății națiunii a făcut ca îmbunătățirea rezultatelor de sănătate să devină un obiectiv principal al reformei.

Concentrarea asupra îngrijirilor primare și rolul pivot al generaliştilor, punct de trecere obligatoriu pentru a accede la îngrijirile secundare, sunt frecvent citate ca puncte forte ale sistemului britanic, raportat la alte sisteme de sănătate din țările Uniunii Europene. Indicatorii de sănătate afișează valori relativ bune. Creșterea cheltuielilor este în mod remarcabil temperată în comparație cu tendințele observate în majoritatea statelor membre. Nivelul de finanțare al îngrijirilor de sănătate, supus unui riguros control bugetar central, face totuși obiectul unor continue dezbateri publice și politice. Criticile sunt alimentate în special de slabele resurse consacrate îngrijirilor secundare care apare ca una dintre principalele cauze ale lungilor liste de așteptare din spitale. Problema listelor de așteptare explică nivelul de satisfacere relativ mediocru al britanicilor cu privire la sistemul de sănătate. Cu rare excepții, sistemele funcționează corect

pentru bolile grave sau urgențe, dar mai puțin bine pentru afecțiunile minore (care nu sunt mai puțin dureroase pentru pacienți).

Efectele reformei și crearea unei piețe interne de îngrijiri în cadrul NHS sunt încă incerte și controversate. În fața responsabililor politici, apare necesară realizarea unei evaluări aprofundate și sistematice a acestor efecte, în scopul de a decide dacă se poate urma această cale sau se vor căuta altele noi. Secretarul de stat de la sănătate este responsabil în fața Parlamentului de oferta de îngrijiri din cadrul NHS. Consiliul director al NHS este și el responsabil în fața secretarului de stat de fixarea obiectivelor și priorităților NHS, în acord cu politica guvernului. Consiliul director distribuie fondurile în cadrul unui buget anual, către 106 autorități sanitare districtuale (DHA) care acoperă fiecare între 250 000 și 1 milion de locuitori. Autoritățile sanitare districtuale și General Practitioner Fundholders administrează bugetele pentru cumpărarea îngrijirilor primare și secundare. Trusturile din cadrul NHS, sunt instituții spitalicești autonome.

Generaliștii și stomatologii au un statut independent și se află sub contract cu NHS, dar un număr mare de stomatologi nu acceptă decât pacienți privați. În Marea Britanie, în anul 1997 se aflau 463 de trusturi, care acopereau mai mult de 1 600 de spitale și reprezentau marea majoritate a instituțiilor spitalicești, de servicii de ambulanță și unitățile de îngrijiri comunitare din cadrul NHS. Trusturile spitalicești propun serviciile lor în cadrul negocierii de contracte cu cumpărătorii de îngrijiri. Cu toate că predomină sectorul public pentru îngrijiri, sistemul este în permanență completat de un sector independent, marginal, dar în expansiune. El este compus dintr-o paletă de organisme private voluntare sau de caritate care completează serviciul național de sănătate nu numai în domeniile bine acoperite de către NHS, dar și în sectoarele unde această acoperire este limitată.

NHS este finanțat în principal prin fiscalitate (95%) și prin alte contribuții (5%) în cadrul unui buget global stabilit de către minister și supus aprobării Parlamentului. Există dispozitive bazate pe asigurări legate de un mic sector privat care a cunoscut un salt rapid în cursul anilor 90. În 1996, 9% din populație deținea un contract privat suplimentar de sănătate în scopul de a acoperi serviciile spitalicești specializate și a evita marile întârzieri în așteptare pentru

intervențiile mai puțin urgente. Asigurările private nu acoperă decât 3,5% din cheltuieli, deci finanțarea este aproape în întregime concentrată asupra serviciilor furnizate în interiorul NHS. Mai mult, guvernul a eliminat reducerea fiscală în favoarea asigurărilor private de sănătate. Participarea la costuri a crescut progresiv pentru un anumit număr de medicamente, precum și pentru îngrijirile stomatologice și examenele oftalmologice, dar numeroși pacienți sunt scutiți (copii, persoane în vârstă, femei însărcinate, șomeri s.a.m.d.) de aceste costuri.

Spitalele publice au devenit trusturi spitalicești, unde autonomia se aplică mai ales politicii aplicate în materie de personal, precum și de negociere a contractelor de servicii medicale. Ele sunt atât în măsură să achiziționeze sau să vândă bunuri imobiliare sau funciare, cât și să administreze resursele. Trusturile negociază cu cumpărătorii de îngrijiri de sănătate, tarifele și paleta de servicii de sănătate furnizate. Înainte de reformă remunerația personalului clinic și nonclinic se decidea la nivel central. Din anul 1997, 60,0% din personal lucrează pe bază de contracte de servicii încheiate cu trusturile locale. Personalul din spitale este salariat, dar un număr de medici acordă îngrijiri și pacienților privați.

Sistemul de remunerare a generaliştilor constă într-o combinație complexă între onorariu și alocări specificate în contractul lor. În principal, remunerația lor se constituie în funcție de numărul de pacienți înscriși pe listele personale. Ea este influențată și de alți factori, precum vârsta pacienților. Anumite servicii (contracepția și vaccinarea) sunt plătite pe bază de act medical. Există și prime de încurajare, de exemplu în cazul realizării unui obiectiv de imunizare. Generaliştili, gestionari de fonduri (GPFH), care reprezintă circa jumătate din medicii generalişti, au un buget destinat finanțării îngrijirilor primare care se acordă în cabinetul lor, precum și îngrijirilor secundare și terțiare pe care le cumpără pentru pacienții înscriși pe listele lor. Generaliştili, gestionari de fonduri, nu își pot spori veniturile decât prin reinvestirea economiilor realizate.

Medicii stomatologi sunt remunerați pe bază de act medical sau lucrare.

Există o listă de medicamente care sunt compensate. Prețurile sunt fixate de către producători, dar guvernul exercită un control asupra profiturilor acestora. Medicamentele care se vând liber sunt plătite integral de către pacienți; în ceea

ce privește medicamentele compensate prescrise, coplata reprezintă în medie 24,0% din prețul produselor. Scutirile sunt numeroase. Contraceptivele sunt gratuite. Onorariile farmaciștilor sunt negociate între ei și guvern.

Marea reformă a NHS a fost lansată la începutul anului 1991. Dezbaterile asupra efectelor pieței interne se continuă și în prezent. Reforma a fost în întregime finalizată în 1996, dar este încă devreme pentru a evalua impactul ei , pentru că observațiile sunt blocate de frecventele schimbări intervenite ulterior. Introducerea mecanismelor de piață și punerea în regim concurențial a furnizorilor trebuie teoretic să se traducă prin câștig de eficiență , dar se vede neutralizată din cauza lipsei controlului în costurile tranzacțiilor. Tot în acest scop trebuie avută în vedere și formarea medicilor și al altor profesii din sistemul de sănătate. Va fi necesară o evaluare aprofundată a resurselor utilizate, a rezultatelor de sănătate și al nivelului de satisfacere a beneficiarilor. Din păcate dezbaterea publică, mai puțin din presă, se focalizează pe mărimea listelor de așteptare pentru intervențiile care nu sunt urgente. Ori acesta nu este singurul criteriu după care se poate analiza funcționarea bună sau slabă a sistemului.

Unul din principalele obiective ale reformei NHS-ului constă în îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate, care a fost tot timpul greu de realizat. Cumpărătorii urmăresc evoluția practicilor clinice și subiectele controalelor, în timp ce Ministerul Sănătății stabilește normele la nivel național. În urma unei tendințe ce se generalizează la nivel internațional, instituțiile științifice de prim plan joacă un rol din ce în ce mai activ în dezvoltarea de linii directoare și de norme de bună practică medicală. Cartea Albă a guvernului prevede noi orientări pentru NHS. Piața internă va fi înlocuită de un sistem de îngrijiri complete. Unitatea de bază a sistemului va fi grupa de îngrijiri primare, echipe formate din generaliști și infirmieri sunt destinate să înlocuiască generaliștii gestionari de fonduri și să își asume responsabilitatea bugetară sub controlul autorității sanitare din districtul respectiv. Sistemul de informare medicală comunitară funcționează 24 de ore din 24. Noi legături electronice sunt prevăzute între generaliști, farmaciști și spitale, modalitățile de finanțare și dispozițiile contractuale se negociază pe termen lung (3-5 ani).

Capitolul 3

SISTEMUL DE SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA

3.1. Prezentare generală

Sistemul de sănătate din România este de tip asigurări sociale și are ca scop declarat asigurarea accesului echitabil și nediscriminatoriu la un pachet de servicii de bază pentru asigurați.

În prezent, **sursele de finanțare** a sănătății publice sunt : bugetul de stat, bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, bugetele locale, veniturile proprii, creditele externe, fondurile externe nerambursabile, donații și sponsorizări. În totalul surselor de finanțare, principala pondere o deține Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, care contribuie cu circa 75% în totalul cheltuielilor de sănătate.

Ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate în PIB a variat menținându-se totuși un nivel, redus, ceea ce a afectat întreținerea sistemului, managementul, investițiile în echipamente și accesul la servicii pentru persoanele cu venituri reduse – din care face parte majoritatea vârstnicilor. Procentele din PIB al cheltuielilor publice alocate pentru sănătate au fost:

Anul	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
%	3,7	4,0	4,0	4,1	3,8	3,7	3,3	3,7	3,9

Totodată, comparând **procentele cheltuielilor totale** cu sănătatea în PIB, prezentate de Organizația Mondială a Sănătății, în anul 2006, pentru unele țări europene constatăm că România se situează pe penultimul loc dintr-un număr de 22 state europene, rezultând în mod clar că în toate guvernele au acordat

sume mici îngrijirilor de sănătate pentru populație, inclusiv pentru persoanele vârstnice.

Țara	Franta	Germania	Austria	Portugalia	Grecia	Danemarca	Olanda	Suedia	Italia	Slovenia	Marea Britanie
% cheltuieli totale cu sănătatea în PIB	11,2	10,7	10,2	10,2	10,1	9,4	9,2	9,2	8,9	8,5	8,2
Țara	Spania	Ungaria	Bulgaria	Cehia	Slovacia	Belgia	Letonia	Polonia	Lituania	Romania	Estonia
% cheltuieli totale cu sănătatea în PIB	8,2	7,8	7,7	7,1	7,1	6,6	6,4	6,2	5,9	5,5	5,0

Sistemul de asigurări de sănătate prevede o contribuție stabilită în limite legale, atât pentru angajator cât și pentru angajat. Pentru anul 2009 contribuția aferentă venitului salarial a ajuns la 5,2 % pentru persoanele juridice și respectiv 5,5% pentru angajat. Raportul de activitate al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate menționează că în mediul urban gradul de cuprindere în sistemul de asigurări de sănătate este de 96.00%, iar în cel rural de 90,00%.

Persoanele asigurate beneficiază de pachetul de bază de servicii medicale odată cu începerea plății contribuției la fond, cu condiția de a se înscrie pe listele unui medic de familie. Excepție fac o serie de categorii sociale prevăzute de lege (inclusiv pensionarii care au venituri până la limita supusă impozitului) care au dreptul la un pachet de servicii de bază fără plata contribuției la fondul asigurărilor sociale. Acestea sunt:

- veteranii de război și văduvele de război – *conform Legii nr.44/1994*;
- persoanele persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și cele deportate în străinătate ori constituite în prizonieri – *conform Legii nr. 189/2000*;
- persoanele persecutate, din motive etnice, de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 – *conform Legii nr. 189/2000*;
- persoanele cu handicap gradul I de invaliditate – *conform OUG nr. 102/1999*.
- persoanele care și-au pierdut total sau parțial capacitatea de muncă, marii mutilați, răniții, urmașii și părinții celor care au decedat ca urmare a

participării la lupta pentru victoria Revoluției din decembrie 1989, persoanele care au fost reținute în perioada 16 – 22 decembrie 1989 ca urmare a participării la acțiunile pentru victoria revoluției, precum și persoanele care, în perioada 16 – 25 decembrie 1989 s-au remarcat prin fapte deosebite în lupta pentru victoria revoluției și care dețin titlu de Luptător pentru Victoria Revoluției Române din Decembrie 1989 – conform Legii nr. 42/1990;

Accesibilitatea la servicii de îngrijire medicală este determinată de concordanța dintre oferta și cererea de astfel de servicii, respectiv dintre disponibilitatea reală a facilităților de îngrijiri comparativ cu cererea bazată pe nevoia reală pentru sănătate. Disparitățile în accesul la îngrijiri apar din cel puțin patru motive: economice, inclusiv costurile directe suportate de populație (co-plăți, costuri legate de tratamente și spitalizare) și cele indirecte (cost transport, timpi de așteptare); așezare geografică inadecvată a facilităților de îngrijiri; calitatea inegală a serviciilor de același tip.

Pentru evaluarea accesibilității, au fost analizați indicatori de proximitate care să identifice eventuale grupe de populație și/sau zone geografice dezavantajate în privința accesului la servicii, pentru care ar trebui dezvoltate politici țintite. Factorii determinanți care influențează gradul de accesibilitate al populației la serviciile de sănătate sunt în general reprezentați de: nivelul sărăciei, șomajul, ocupația, mediul de rezidență, statutul de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate, gradul de acoperire cu personal medical.

În anul 2007, pensionarii au reprezentat un procent semnificativ în total populație (28,0%), cu o pondere importantă în rândul persoanelor sărace (25,3%). Segmentul populației sărace din cadrul populației vârstnice s-a conturat pe fondul procesului de sărăcire a majorității populației. În 2007¹, rata sărăciei pentru pensionari era estimată la 15,7%, din care masculin : 13,2% și feminin: 17,6% .Pentru populația vârstnică de peste 65 de ani, rata sărăciei a fost de 19,4%.

Populația arondată localităților din mediul rural, în care cea mai mare pondere o au persoanele vârstnice, este cea mai defavorizată din punct de

¹ “Dimensiuni ale incluziunii sociale în România”, Institutul Național de Statistică, 2008

vedere al accesibilității la serviciile medicale. Numărul persoanelor fără medic de familie se estimează la 145110 locuitori, reprezentând 1,48 % din totalul populației din mediul rural din care:

- 85616 – populație înscrisă pe listele medicilor de familie din localități învecinate;
- 35135 – populație asistată de cadre medii din dispensarele medicale care, datorită lipsei unui medic nu s-au putut constitui în cabinete medicale organizate conform OG nr. 124/1998, și care rămân în structura unităților sanitare cu paturi la care sunt arondate ;
- 24359 – populație neasistată.

Analizele realizate au relevat că există inegalități regionale marcate în acoperirea populației cu personal medical. Astfel, numărul de locuitori care revin la un medic în rural este de peste 6 ori mai mare decât în urban, cele mai defavorizate regiuni fiind Sud și Sud-Est (773, respectiv 655 locuitori/1 medic). În regiunea de Nord-Est se înregistrează cea mai slabă acoperire cu medici în mediul rural (2778 locuitori/1 medic). De asemenea, numărul de asistente comunitare este total insuficient, la o asistentă comunitară revenind circa 26500 de persoane. În mediul rural există numeroase localități fără medic.

În anul 2007 situația numărului de medici de familie care reveneau în medie la 10.000 de locuitori, pe regiuni de dezvoltare, ne arată că s-a menținut în continuare cel mai scăzut nivel pentru regiunile Sud-Est, Nord-Est și Sud:

	Total	Nord-Est	Sud -Est	Sud Muntenia	Sud Vest	Vest	Nord Vest	Centru	București Ilfov
Medici de familie/10.000 locuitori	5,62	4,63	4,46	4,87	5,77	7,45	5,28	5,85	8,26

Reforma în domeniul sanitar demarată odată cu promulgarea Legii nr. 95/2006 prevede **descentralizarea sistemului de sănătate** ca una dintre verigile procesului de modernizare și aliniere la standardele europene în domeniul sănătății. Atât reorganizarea, cât și descentralizarea finanțării și furnizării serviciilor de sănătate au început concomitent cu introducerea

sistemului de asigurări sociale de sănătate, când, pentru prima dată, pacientul a fost pus în centrul sistemului de sănătate, prin posibilitatea liberei alegeri de către acesta a furnizorului de îngrijiri de sănătate.

În prezent, autoritățile administrației publice locale participă la finanțarea unor cheltuieli de administrare și funcționare, respectiv bunuri și servicii, reparații capitale, consolidare, extindere și modernizare, dotări cu echipamente medicale, a unităților sanitare publice de interes local, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație. Dar experiența ultimilor ani arată o implicare inegală a autorităților administrației publice locale în administrarea unităților sanitare, cu variații mari între zonele geografice, determinate fie de un management defectuos, fie de o distribuție inegală a resurselor financiare și umane.

Totodată, se evidențiază inechități în accesul la serviciile de îngrijiri medicale, ceea ce determină dezechilibre în starea de sănătate a diferitelor grupuri de populație, a unor comunități din diferite zone geografice și a grupurilor defavorizate economic. Aceste disparități se manifestă prin indicatori de bază modești ai stării de sănătate (speranța de viață la naștere, mortalitatea infantilă, mortalitatea generală pe cauze de deces evitabile, grad de morbiditate, ani de viață în stare de sănătate), dar și prin nivelul scăzut de informare privind factorii de risc și de protecție pentru sănătate sau sistemul de îngrijiri de sănătate și pachetul de servicii de bază.

Raportul Național al Dezvoltării Umane 2003-2005 pentru România (UNDP) menționează existența unor enclave caracterizate de un index scăzut al dezvoltării umane (IDU) care se situează în cele mai multe cazuri în zonele greu accesibile ale județelor, departe de rețeaua principală de șosele. Satele cele mai sărace (cu IDU foarte scăzut) sunt de obicei izolate față de drumurile modernizate sau față de orașe, având chiar un rol marginal în cadrul comunelor de care aparțin.

Accesul redus al persoanelor vârstnice la un tratament adecvat s-a reflectat nefavorabil asupra stării de sănătate și a condus, în anul 2008, la decesul multor persoane. Astfel, din totalul de 251.965 decese, 85.931 decese

au fost din rândul bărbaților în vârstă de 65 ani și peste și 107.703 decese au fost din rândul femeilor în vârstă de 55 ani și peste.

- persoane -

Categoriile de boli care au determinat decesul	Total decedați		Din care persoane vârstnice			
	Număr	%	Bărbați>65	Femei >55	Total	
					Număr	%
Boli infecțioase (tuberculoză)	2.375	0,9	404	329	733	0,4
Tumori	45.383	18,0	14.842	14.938	29.780	15,4
Boli endocrine, de nutriție, metabolism și diabet	2.382	1,0	693	1.220	1.913	1,0
Tulburări mentale	588	0,2	141	66	207	0,1
Boli ale sistemului nervos	2.018	0,8	512	724	1.236	0,6
Boli ale aparatului circulator	154.516	61,3	57.481	79.069	136.550	70,5
Boli ale aparatului respirator	12.657	5,0	5.040	3.916	8.956	4,6
Boli ale aparatului digestiv	14.568	5,8	3.693	4.755	8.448	4,4
Boli ale aparatului genito-urinar	2.294	0,9	943	845	1.788	0,9
Leziuni traumatice și otrăviri	12.257	4,9	1.997	1.572	3.569	1,8
Alte boli și cauze	2.927	1,2	185	269	454	0,3
TOTAL	251.965	100,0	85.931	107.703	193.634	100,0

Prevalența anumitor cauze de deces precum tumori, boli ale aparatului circulator, ale aparatului digestiv sau leziunile traumatice în cazul persoanelor vârstnice trebuie luate în considerare pentru alocarea de fonduri în vederea prevenirii și tratării corespunzătoare a acestor boli, prin asigurarea accesului la serviciile medicale adecvate și medicamentele necesare.

3.2. Acordarea serviciilor medicale și a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

3.2.1. Prevederi legislative

Conform legislației în vigoare persoanele vârstnice beneficiază de servicii medicale suportate din fondul național unic de asigurări sociale de sănătate și anume:

1. Servicii medicale profilactice

În scopul prevenirii îmbolnăvirilor, al depistării precoce a bolii și al păstrării sănătății, asigurații, direct sau prin intermediul medicilor cu care casele de asigurări se află în relații contractuale, trebuie informați permanent asupra mijloacelor de păstrare a sănătății, de reducere și de evitare a cauzelor de îmbolnăvire și asupra pericolelor la care se expun în cazul consumului de droguri, alcool și tutun.

Serviciile medicale profilactice suportate din fond cu adresabilitate și pentru persoanele vârstnice sunt următoarele:

- controalele periodice pentru depistarea bolilor ce pot avea consecințe majore în morbiditate și mortalitate;
- unele servicii medicale din cadrul programului național de imunizări.

2. Servicii medicale curative

Asigurații au dreptul la servicii medicale pentru vindecarea bolii, pentru prevenirea complicațiilor ei, pentru recuperarea sau cel puțin pentru ameliorarea suferinței. Tratamentul medical se aplică de către medici sau asistenți medicali și de alt personal sanitar, la indicația și sub supravegherea medicului. **Serviciile medicale curative ale căror costuri sunt suportate din fond** sunt:

- a) serviciile medicale de urgență;
- b) serviciile medicale acordate persoanei bolnave până la diagnosticarea afecțiunii: anamneza, examen clinic, examene de investigații paraclinice;
- c) tratamentul medical, chirurgical și unele proceduri de recuperare;
- d) prescrierea tratamentului necesar vindecării, inclusiv indicațiile privind regimul de viață și muncă, precum și igieno-dietetic.

Asigurații au dreptul la **asistența medicală primară și de specialitate ambulatorie** la indicația medicului de familie, în condițiile contractului-cadru. Asigurații primesc asistența medicală de specialitate în spitale autorizate și evaluate.

Serviciile spitalicești se acordă prin spitalizare și cuprind: consultații, investigații, stabilirea diagnosticului, tratament medical și/sau tratament chirurgical, îngrijire, recuperare, medicamente și materiale sanitare, dispozitive medicale, cazare și masă. Asistența medicală de recuperare se acordă pentru o perioadă de timp stabilit de medicul curant în unități sanitare, autorizate și evaluate. Serviciile și îngrijirile medicale la domiciliu se acordă de furnizori evaluați și autorizați. Serviciile medicale stomatologice se acordă de către medicul de medicina dentară în cabinete medicale autorizate și evaluate conform legii. Asigurații beneficiază de tratamente stomatologice care se suportă din fond, în condițiile stabilite prin contractul-cadru.

3. Asigurații au dreptul la materiale sanitare și dispozitive medicale pentru corectarea văzului, auzului, pentru protezarea membrelor și la alte materiale de specialitate, în scopul protezării unor deficiențe organice sau fiziologice, pentru o perioadă determinată sau nedeterminată, pe baza prescripțiilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul-cadru.

4. Asigurații, inclusiv persoanele vârstnice, beneficiază de proceduri fizioterapeutice, pe baza recomandărilor medicale, cu sau fără contribuție personală, în condițiile prevăzute în contractul-cadru.

5. Servicii medicale de îngrijiri la domiciliu și alte servicii speciale

Persoanele vârstnice au dreptul să primească servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordate de un furnizor autorizat și evaluat în condițiile legii.

6. Serviciile de transport sanitar necesare pentru realizarea unui serviciu medical pentru asigurat, se suportă din fond.

Asigurații au dreptul la transport sanitar în următoarele situații:

- a) urgențe medico-chirurgicale;
- b) alte cazuri prevăzute în contractul-cadru.

7. O componentă importantă pentru asistența medicală a persoanelor vârstnice o reprezintă **acordarea medicamentelor în regim compensat și gratuit**, cunoscut fiind faptul că vârstnicii sunt o categorie importantă de consumatori.

Lista cu denumirile comune internaționale (DCI) ale medicamentelor din Nomenclatorul medicamentelor de uz uman de care beneficiază asigurații pe bază de prescripție medicală în tratamentul ambulatoriu, cu sau fără contribuție personală, se elaborează anual de Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România și se aprobă prin hotărâre a Guvernului.

Lista se poate modifica/completa trimestrial (după 3 luni de la intrarea în vigoare) prin hotărâre a Guvernului, în cazul în care nu mai corespunde nevoilor de asistență medicală, pe baza analizei Ministerului Sănătății, a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate cu consultarea Colegiului Farmaciștilor din România, care adoptă măsurile ce se impun pentru a asigura funcționarea în continuare a sistemului, având în vedere sumele ce pot fi acordate cu această destinație.

Ministerul Sănătății stabilește și avizează prețurile medicamentelor din import și din țară, cu excepția medicamentelor care se eliberează fără prescripție medicală (OTC). Lista prețurilor de referință la nivel de unitate terapeutică corespunzătoare medicamentelor – denumiri comerciale din Catalogul național al prețurilor medicamentelor de uz uman autorizate pentru vânzare pe piață

(CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății publice, se elaborează de **Casa Națională de Asigurări de Sănătate** și se aprobă prin ordin al președintelui **Casei Naționale de Asigurări de Sănătate**, în condițiile stabilite prin normele metodologice privind aplicarea contractului cadru.

Actuala listă de medicamente este aprobată prin :

- Ordinul nr. 502 din 8 aprilie 2009 pentru modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 501 din 14 iulie 2008

Numărul de medicamente pentru asigurații în ambulatoriu în perioada 2007-2009

	Nr. medicamente - <i>DENUMIRI COMERCIALE</i> (Ordinul nr. 578 din 29 decembrie 2006)	Nr. medicamente - <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE</i> (Ordinul nr. 75 din 01 februarie 2008)	Nr. medicamente - <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE</i> (Ordinul nr. 501 din 14 iulie 2008)	Nr. medicamente - <i>DENUMIRI COMUNE INTERNAȚIONALE</i> (Ordinul nr. 502 din 8 aprilie 2009)
Sublista A	1089	1209	1534	1471
Sublista B	600	761	605	626
Sublista C 1	1004	1663	1187	1348
Total	2693	3633	3326	3445

Pentru anul 2009 se constată o creștere pe total a numărului de medicamente, creștere mai substanțială pentru sublistele A și C1.

Până la data elaborării prezentei analize, medicii au prescris medicamentele din sublista A, B sau C sub forma denumirii comune internaționale, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului. Prin ordin al ministrului sănătății publice pot fi desemnate unele medicamente din sublista B sau C pentru a căror eliberare este necesară aprobarea prealabilă a **Casei Naționale de Asigurări de Sănătate**, pe baza unor metodologii și criterii reglementate prin ordin al ministrului sănătății publice.

Contractul – cadru, care a intrat în vigoare la data de 1 aprilie 2009 împreună cu normele metodologice de aplicare, cuprinde metodologia privind

modalitățile de prescriere și de decontare a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

Până la această dată s-au aplicat prevederile contractului cadru pe anul 2008 cu modificările și completările care i-au fost aduse. Acesta prevedea că **pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente, cu și fără contribuție personală, cu următoarele restricții:**

- a) pentru **sublista A** – o singură prescripție lunar, cu maximum 4 medicamente;
- b) pentru **sublista B** – o singură prescripție lunar, cu maximum 3 medicamente cu valoarea totală calculată la prețul de vânzare cu amănuntul de maximum 300 lei, cu excepția medicamentelor prevăzute în această sublistă, notate cu #, situație în care se prescrie o singură rețetă cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, mai mare de 300 lei conținând un medicament notat cu # pe lună, fără a se mai prescrie și alte medicamente din sublista B în luna respectivă;
- c) pentru **sublista C secțiunea C1** – pe fiecare cod de boală, o singură prescripție lunar, cu **maximum 3 medicamente**;
- d) pentru **sublista C secțiunea C3** – o singură prescripție lunar cu **maximum 4** medicamente.

Modalitatea de prescriere a fost următoarea:

- Medicii au prescris medicamentele din sublista A, B sau C sub forma denumirii comune internaționale, cu excepția cazurilor justificate medical în fișa medicală a pacientului.
- Medicamentele cu și fără contribuție personală *s-au prescris de medicul de familie cu următoarele excepții*: medicamentele din sublistele A și B notate cu (*) se pot prescrie de către medicul de familie doar pe baza scrisorii medicale emisă de medicul de specialitate; medicamentul cuprins în sublista B și notat cu (**) poate fi prescris la indicația medicului specialist neurolog; medicamentele din sublista C s-au prescris la indicația medicilor specialiști, cu aprobarea comisiilor teritoriale sau a comisiei centrale a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

- În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor s-a efectuat de medici numai în limita specialității (competenței) pe care o au, cu excepția medicilor de familie care pot prescrie medicamente atât în limita competenței proprii, cât și pe baza scrisorilor medicale transmise de medicii de specialitate pentru asigurații care urmează o schemă de tratament pentru o perioadă de timp mai mare de 30 de zile calendaristice, stabilită și inițiată de medicul de specialitate, cu respectarea indicațiilor din prospectul producătorului de medicamente. Medicii din spitale au dreptul de a prescrie asiguraților, la externare, medicamente în limita specialității și a consultațiilor interdisciplinare evidențiate în foaia de observație.

Noul contract cadru - aprobat prin H.G. nr. 1714 din 17 decembrie 2008 și ulterior modificat prin H.G. nr. 366 din 25 martie 2008 - care a intrat în vigoare de la 1 aprilie 2009 prevede că:

- Suma maximă care se suportă de casele de asigurări de sănătate din Fond, pentru fiecare medicament corespunzător DCI-ului din listă, este cea corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor asupra prețului de referință pentru DCI-urile cuprinse în sublistele A, B și C, respectiv prețul de decontare pentru medicamentele și materialele sanitare cuprinse în lista aprobată prin ordin al ministrului sănătății.
- Procentul de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în **sublista A este de 90%** din prețul de referință, al celor din **sublista B este de 50%** din prețul de referință, iar al celor din **secțiunile C1 și C3 din sublista C este de 100%** din prețul de referință.
- Prețul de referință reprezintă prețul cel mai mic corespunzător unității terapeutice aferente aceleiași forme farmaceutice din cadrul DCI și pentru fiecare concentrație.
- Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2009 se efectuează în ordine.
- Medicii prescriu în continuare medicamentele sub forma denumirii comune internaționale.

- Pentru bolile cronice, medicii pot prescrie unui asigurat medicamente cu și fără contribuție personală, cu următoarele restricții:

a) pentru sublistele A și B - o singură prescripție lunar, cu maximum 7 medicamente, dar nu mai mult de 3 medicamente din sublista B;

b) în situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu #, cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună calculat la nivelul prețului de referință, mai mare de 300 lei, nu se mai prescriu în luna respectivă și alte medicamente din sublista B;

c) pentru sublista C secțiunea C1 - pe fiecare cod de boală, o singură prescripție lunar, cu maximum 3 medicamente;

d) pentru sublista C secțiunea C3 - o singură prescripție lunar, cu maximum 4 medicamente.

- Prin excepție, în cazul medicamentelor prevăzute în tabelul II din anexa la Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu completările ulterioare, se pot emite pentru același asigurat mai multe prescripții, conform reglementărilor legale în vigoare.

- Casele de asigurări de sănătate sunt obligate să aducă la cunoștința furnizorilor de servicii medicale și asiguraților, cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună, atât pentru medicamentele cuprinse în sublista A, cât și pentru cele cuprinse în sublista B, precum și cazurile în care s-a eliberat mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru fiecare cod de boală, pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C1, și mai mult de o prescripție medicală pe lună pentru medicamentele cuprinse în sublista C secțiunea C3; în această situație, asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru perioada acoperită cu medicamentele eliberate suplimentar.

- Pentru persoanele prevăzute în legile speciale, care beneficiază de gratuitate suportată din Fond, în condițiile legii, casele de asigurări de sănătate suportă integral contravaloarea medicamentelor cu prețul cel mai mic, corespunzătoare fiecărei DCI cuprinse în sublistele A, B și C secțiunea C1, pentru aceeași concentrație și formă farmaceutică.

- În cazul în care prețul de vânzare cu amănuntul al medicamentelor de pe sublista B depășește limitele prevăzute la alin. (1) lit. b), cu excepția celor notate cu #, diferența va fi suportată integral de asigurat.

- Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de 3 - 5 zile în afecțiuni acute, de 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice, cu excepția bolnavilor cuprinși în unele programe de sănătate prevăzute în norme, pentru care perioada poate fi de până la 90 de zile. Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale și menționată pe prescripție sub rubrica aferentă CNP-ului. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

- În cazul în care unui pacient i se prescriu medicamente din cadrul sublistei B în regim de compensare 90% din prețul de referință, acestea vor fi trecute pe un formular distinct. Astfel, dacă un pensionar cu venituri mici mai are nevoie totodată și de medicamente dintr-o altă sublistă va primi două rețete separate. Motivul principal pentru care este necesară această separare a prescripțiilor acordate pensionarilor cu venituri mici are legătură cu procedurile de decontare a medicamentelor către farmacii, având în vedere că există două surse distincte de finanțare a compensării de 90% - Ministerul Sănătății (40%) și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (50%).

Perioada de valabilitate a prescripției medicale este pentru cazurile cronice de maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, în afecțiunile acute și subacute, prescripția medicală este valabilă în urban numai în primele 48 de ore atât în urban cât și în rural (*anterior valabilitatea prescripțiilor era diferențiată: de 24 de ore pentru urban și 48 de ore pentru pacienții din mediul rural*).

Un element de noutate îl reprezintă și **reintroducerea programului social pentru persoanele vârstnice cu venituri mici** astfel:

- Prescrierea de medicamente compensate 90% pentru pensionarii cu venituri mici se va face numai de către medicii de familie, în limita unei singure rețete pe lună, în valoare de maximum 300 lei.
- Pentru stabilirea dreptului de a beneficia de aceste medicamente, pensionarul se va prezenta la cabinetul medicului de familie cu ultimul talon de pensie, cu actul de identitate și cu o declarație pe propria răspundere din care să rezulte că solicitantul are doar venit din pensie, sub 600 lei/luna.
- Medicul va consemna în fișa pacientului și în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și va anexa la fișa medicală declarația dată pe propria răspundere.
- În situațiile în care, pentru afecțiunile cronice de care suferă, asiguratul necesită mai mult de șapte medicamente diferite, din subliste diferite pe luna, se pot elibera mai multe prescripții medicale, cu respectarea limitelor de prescriere prevăzute de Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

3.2.2. Disfuncționalități

Pentru a cunoaște situația actuală a funcționării sistemului de acordare a serviciilor medicale și a medicamentelor gratuite și compensate, Consiliul Național al Persoanelor vârstnice, prin intermediul reprezentanților la nivel județean a realizat o analiză având în vedere următoarele probleme cu care se confruntă pensionarii pentru procurarea de medicamente: dacă fondurile alocate lunar farmaciilor pentru eliberarea medicamentelor gratuite și compensate acoperă cerințele, dacă medicamentele prescrise se găsesc în farmacii, repartiția farmaciilor în mediul urban și în mediul rural raportat la numărul de localități din județ, gradul de accesibilitate al populației vârstnice la farmacii pentru procurarea

medicamentelor prescrise de medici, colaborarea cu medicii de familie în vederea prescrierii rețetelor gratuite și compensate pentru persoanele vârstnice, dacă persoanele vârstnice pot efectua în regim de urgență analizele prescrise de medicii de familie sau de medicii specialiști.

Disfuncționalitățile au fost semnalate de către consiliile județene ale persoanelor vârstnice, ținându-se cont de aspectele menționate după cum urmează:

■ Dacă fondurile alocate lunar farmaciilor pentru eliberarea medicamentelor gratuite și compensate acoperă cerințele.

Majoritatea județelor au arătat că față de anii anteriori s-a îmbunătățit sistemul de alocare al fondurilor către farmacii, acestea beneficiind de sume care să le permită continuitatea eliberării de rețete gratuite și compensate către beneficiari, inclusiv persoane vârstnice. Totuși în câteva cazuri s-au semnalat dificultăți, un asemenea județ fiind Brașovul, unde insuficiența fondurilor a creat dificultăți și discontinuități.

■ Dacă medicamentele prescrise se găsesc în farmacii.

Conform contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate farmaciile au obligația de a avea în stoc toate medicamentele corespunzătoare D.C.I.-urilor care se eliberează în regim compensat și gratuit. În cazurile în care unele din medicamentele prescrise nu se găsesc în farmacii, la data solicitării lor, se fac comenzi, ce pot fi onorate în maxim 12 ore în cazul bolilor acute sau în maxim 48 de ore în cazul celor cronice.

În urma informațiilor din teritoriu, medicamentele se găsesc în farmacii. Consiliul Județean al Persoanelor Vârstnice Vrancea a semnalat că există probleme în asigurarea medicamentelor în cadrul programelor naționale de diabet și TBC, care s-au găsit în farmacii cu întârzieri de 10 -15 zile.

■ **Repartiția farmaciilor în mediul urban și în mediul rural raportat la numărul de localități din județ.**

Insuficiența numărului de farmacii sau puncte farmaceutice în mediul rural este o situație generalizată la nivelul țării și creează probleme populației din aceste localități, preponderent vârstnici, cunoscute fiind și dificultățile acestora de ordin financiar, cât și fizice de a se deplasa către cea mai apropiată localitate care ar putea beneficia de serviciile farmaceutice absolut necesare. Din cauza lipsei de farmacii sau de puncte farmaceutice în mediul rural, persoanele vârstnice au mari probleme în achiziționarea medicamentelor gratuite și compensate, iar accesibilitatea scăzută determină costuri suplimentare de transport.

Câteva județe, precum : Covasna, Giurgiu, Suceava, Teleorman, au evidențiat această problemă ca fiind cea mai gravă din perspectiva persoanelor vârstnice.

Repartizarea farmaciilor în teritoriu ar trebui să țină cont de caracteristicile zonei geografice, de structura populației, infrastructura existentă etc. Câteva consilii județene ale persoanelor vârstnice au comunicat numărul de farmacii și puncte farmaceutice existente în localitățile urbane și rurale:

JUDEȚUL	Număr de farmacii/puncte farmaceutice	
	Mediul urban	Mediul rural
Bistrița Năsăud	33	27
Brașov	139	47
Cluj		67
Constanța	167	38
Covasna	29	25
Craiova	96	76
Giurgiu	26	39
Gorj	57	49
Ialomița	31	8
Ifov	34	56
Maramureș	83	20
Mehedinți	54	28
Mureș	140	56
Olt	60	20
Sibiu	70	29
Suceava	60	48
Teleorman	113	66

Vaslui	57	14
--------	----	----

■ **Gradul de accesibilitate al populației vârstnice la farmacii pentru procurarea medicamentelor prescrise de medici.**

O problemă privind accesibilitatea populației vârstnice la serviciile farmaceutice, în scopul procurării de medicamente se găsește în special în mediul rural, în acele localități care nu beneficiază de farmacii sau puncte farmaceutice. Lipsa mijloacelor de transport, distanța mare dintre o localitate și cel mai apropiat punct farmaceutic sau farmacie, face ca persoanele vârstnice din mediul rural să fie profund dezavantajate și lipsite de condițiile minime pentru întreținerea sănătății în raport cu cele din mediul urban. Județe care se confruntă cu problema gradului redus de accesibilitate la farmacii în mediul rural sunt: Bistrița Năsăud, Covasna, Ialomița, Maramureș, Olt, Sibiu și Vaslui.

■ **Colaborarea persoanelor vârstnice cu medicii de familie.**

Colaborarea cu medicii de familie este în general bună, greutățile intervenind în anumite situații semnalate de către reprezentanții consiliilor județene astfel:

- Medicii de familie nu efectuează vizite la domiciliul bolnavilor nedeplasabili, preferând să recomande internarea acestora în unități spitalicești, mai costisitoare atât pentru persoanele vârstnice/aparținători, cât și pentru sistemul de sănătate;
- Deoarece au înscris pe liste un număr foarte mare de asigurați, medicii de familie nu fac față solicitărilor, iar persoanele vârstnice sunt nevoite să aștepte foarte mult pentru a fi consultate și a primi rețetele compensate și gratuite;
- Unii medici nu respectă programul de consultații stabilit;
- Persoanele din mediul rural, care locuiesc în localități izolate, unde nu există cabinete de medicină de familie, sunt nevoite să se

deplaseze la cea mai apropiată localitate urbană sau în unele situații serviciile medicale primare sunt asigurate prin medici delegați;

- **Dacă persoanele vârstnice pot efectua în regim de urgență analizele prescrise de medicii de familie sau de medicii specialiști.**

În majoritatea județelor, efectuarea analizelor de către persoanele vârstnice la recomandarea medicului de familie sau a specialistului se face în limita sumelor alocate laboratoarelor în contract cu casele județene de asigurări de sănătate; după consumarea fondurilor alocate se fac programări pentru acoperirea solicitărilor în perioadele următoare.

O serie de probleme au fost evidențiate, referitor la efectuarea analizelor medicale, principalele nemulțumiri referindu-se la :

- decalajul mare între data la care se face trimiterea de către medicul de familie și programarea stabilită de laboratorul de analize în funcție de listele de așteptare;
- în unele județe se epuizează fondurile în primele 2-3 zile ale lunii, persoanele vârstnice fiind nevoite să-și facă analizele contra-cost deși conform legislației beneficiază de gratuitate sau compensare;
- în mediul rural nu există centre medicale în care să se facă recoltări și investigații.

- **Alte probleme se referă la dificultățile în obținerea protezelor și ortezelor din lipsa fondurilor sau din cauza birocrăției existentă la nivelul caselor județene de sănătate.**

CAPITOLUL 4

CONCLUZII

Sistemele de sănătate sunt unele dintre cele mai mari consumatoare de resurse, în ultimii 30 de ani înregistrându-se o creștere continuă a nivelului resurselor necesare, creștere datorată, în principal: îmbătrânirii populației, descoperirii de medicamente mai eficiente și de tehnologii mai avansate, dar și mai costisitoare, creșterea numărului persoanelor care beneficiază de asistență medicală.

Teoretic, susținerea financiară poate fi îmbunătățită printr-o serie de măsuri: limitarea accesului la servicii, reducerea calității serviciilor sau creșterea ponderii finanțării private. Nici una dintre acestea însă nu este dezirabilă din punct de vedere social. Din perspectiva protecției sociale, cel mai indicat mod de îmbunătățire a susținerii financiare este creșterea eficienței sistemului de sănătate: eficientizarea se referă aici la scăderea costurilor, menținând la aceleași niveluri cantitatea și calitatea, realizată prin prevenirea supraconsumului (care poate fi legat de supraaprovizionare) de servicii medicale și prin alocarea de suficiente resurse destinate programelor de prevenție și celor de menținere a sănătății, cu scopul reducerii unor potențiale cheltuieli viitoare. Comparațiile realizate între diferite experiențe internaționale pe baza raportului cheltuieli/rezultate pot constitui un ghid util referitor la eficientizare.

În România reforma sistemului public de sănătate s-a concretizat prin elaborarea **Legii nr. 95 din 14 aprilie 2006**, care redefinește principalele aspecte privind domeniul sanitar cu scopul de a realiza un sistem de sănătate modern, eficient și compatibil cu sistemele de sănătate din Uniunea Europeană.

Asistența de sănătate publică, definită de legislație, reprezintă efortul organizat al societății în vederea protejării și promovării sănătății populației. Asistența de sănătate publică se realizează prin ansamblul măsurilor politico-

legislative, al programelor și strategiilor adresate determinantilor stării de sănătate, precum și prin organizarea instituțiilor pentru furnizarea tuturor serviciilor necesare.

Scopul asistenței de sănătate publică îl constituie promovarea sănătății, prevenirea îmbolnăvirilor și îmbunătățirea calității vieții. Strategia sistemului de sănătate publică urmărește asigurarea sănătății populației în cadrul unor comunități sănătoase. Asistența de sănătate publică este o componentă a sistemului de sănătate publică și este garantată de stat și finanțată de la bugetul de stat, bugetele locale, bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate sau din alte surse.

Legislația românească în domeniul sanitar a cunoscut periodic modificări, atât anual odată cu aprobarea contractelor-cadru, cât și punctual pentru îmbunătățirea funcționării sistemului de sănătate, iar impactul acestor intervenții nu a fost întotdeauna în beneficiul consumatorilor de servicii medicale și medicamente, în rândul cărora persoanele vârstnice reprezintă o categorie importantă din cauza polipatologiei prezente la vârsta a treia .

Populația vârstnică reprezintă o categorie semnificativă de beneficiari ai sistemului de sănătate publică vizând o gamă largă de servicii ce decurg din înseși caracteristicile stadiului involutiv pe care îl parcurg. De aceea este necesară o intervenție specializată atât în ceea ce privește serviciile curative și paliative pentru afecțiuni diverse, cât și o orientare spre programe și cercetare în domeniul geriatric pentru prevenirea efectelor îmbătrânirii.

În condițiile în care *speranța de viață a crescut* în Uniunea Europeană, a crescut și ponderea populației îmbătrânite – principalul consumator de servicii medicale - în totalul populației, *medicamentele și tehnicile medicale moderne sunt din ce în ce mai costisitoare*, resursele alocate sănătății devin un efort chiar și pentru țările dezvoltate, eficientizarea sistemului de sănătate fiind o temă de dezbateră la nivel european.

Pe fondul problemelor economice, de politică socială și sanitară unii indicatori de mortalitate și morbiditate plasează România pe ultimele locuri în

Europa. Principalele cauze ale problemelor legate de starea de sănătate rezidă în problemele sistemului sanitar și anume :

- resursele limitate investite în asistența medicală, inclusiv în sistemul farmaceutic;
- inechitatea în oferta de servicii (exemplu: discrepanțele între mediul rural și cel urban);
- ineficienta organizare și finanțare în domeniul sanitar.

Principalele obiective, care trebuie urmărite cu prioritate, în perioada următoare, sunt :

- acces universal și echitabil la un pachet de servicii;
- libertatea opțiunilor pentru consumatori și furnizori;
- utilizarea eficientă a resurselor disponibile.

Realitatea cu care se confruntă persoanele vârstnice vin în contradicție cu principiile asumate în contextul aderării la Uniunea Europeană și promovate prin legea cadru privind reforma sistemului de sănătate.

Persoanele vârstnice beneficiare ale diverselor legii speciale (deținuți politici, deportați, veterani de război, persoane cu handicap) nu pot beneficia de gratuitate totală pentru medicamente decât la nivelul prețului de referință și numai când prețul de referință coincide cu prețul de vânzare gratuitatea este totală.

Eliberarea unei singure rețete pe lună de medicamente din sublista A(compensat 90%) aduce un prejudiciu mare persoanelor vârstnice care pot prezenta mai multe episoade de îmbolnăviri acute fără legătură unele cu altele într-o lună și nu pot beneficia de tratament decât dacă medicația necesară se regăsește în sublista B (compensat 50 %). Acest program de compensare cu 90% a medicamentelor a produs unele nemulțumiri în rândul pensionarilor din cauza prețului de referință practicat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Datorită acestui preț de referință compensarea nu a fost efectiv de 90% ci mult mai mică, pacientul fiind nevoit să plătească și diferența dintre prețul de raft și prețul de referință.

Când apar bolnavi noi sau se schimbă tratamentul deja implementat apar disfuncționalități. În același timp nu se pot prescrie ca medicație în cadrul programelor de sănătate decât acele medicamente care au fost admise în protocoalele terapeutice pe fiecare program în parte chiar dacă aceste medicamente nu pot fi administrate de unii bolnavi.

Plafonarea valorică a medicamentelor pentru bolile cronice la farmacii și la medici a determinat discontinuități în prescrierea și eliberarea medicamentelor fapt pentru care este benefică eliminarea acestui plafon conform actualei legislații.

Deși există prevederi legislative în acest sens farmaciile nu respectă contactul cu casele de asigurări și nu eliberează continuu medicamente compensate și gratuite, motivația fiind lipsa de fonduri alocată de casa de asigurări, deși alocarea fondurilor se face în funcție de adresabilitate, consumul de medicamente, orarul de lucru al unității, ceea ce creează în continuare dificultăți în procurarea medicamentelor.

Asistența medicală este de asemenea deficitară pentru persoanele vârstnice atât în raport cu medicii de familie, cât și cu unitățile sanitare (policlinici, centre de recoltare, spitale etc) :

- Medicii de familie nu respectă în totalitate programul de lucru existând sesizări în acest sens. Controalele medicale periodice care ar trebui să fie obligatorii nu se efectuează, iar controalele periodice de reevaluare a bolilor cronice nu se respectă decât din inițiativa pacientului. Menționăm că aceste controale sunt foarte importante mai ales în ceea ce privește prevenția primară și secundară.
- Examenle paraclinice și de laborator se fac pe bază de programare și listă de așteptare, care în unele cazuri poate dura peste două sau trei

luni fără a se avea în vedere gravitatea boli, adesea bolnavii fiind obligați să le efectueze contra-cost.

- Internarea în spitale este un procedeu foarte greu și de cele mai multe ori tratamentele și materialele sanitare din timpul spitalizărilor sunt suportate de persoanele vârstnice sau de aparținătorii acestora.
- Vârstnicii din mediul rural sunt dezavantajați în plus de lacunele sistemului actual, deoarece în multe localități nu există cabine ale medicilor de familie sau acestea funcționează în spații improprii. Situația este aceeași și pentru farmaciile sau punctele farmaceutice, cât și pentru centrele de recoltare și laboratoarele pentru analize.

Coroborând informațiile preluate din teritoriu, conchidem că **principalele probleme cu care se confruntă persoanele vârstnice în aprovizionarea lunară cu medicamente** necesare tratării diferitelor afecțiuni și care trebuie avute în vedere la elaborarea legislației și a strategiilor în domeniul sănătății sunt:

- lipsa medicamentelor gratuite și compensate din farmacii;
- insuficiența fondurilor alocate farmaciilor pentru eliberarea medicamentelor gratuite sau compensate;
- existența unor medicamente, des solicitate de vârstnici, care nu se eliberează gratuit sau compensat ;
- prețul ridicat al medicamentelor, chiar și atunci când sunt compensate, în comparație cu veniturile insuficiente ale pensionarilor;
- numărul produselor de pe listele de medicamente gratuite și compensate nu acoperă întreaga patologie specifică vârstei a III-a, pensionarii fiind uneori obligați să cumpere la preț integral medicamentele de care au nevoie;
- lipsa farmaciilor sau a punctelor farmaceutice în mediul rural;
- lipsa mijloacelor de transport până în localitățile în care funcționează farmacii sau puncte farmaceutice.

CAPITOLUL 5

PROPUNERI

Aderarea la Uniunea Europeană presupune recunoașterea valorilor comune care orientează demersurile atât pentru cei care elaborează strategiile în domeniul sănătății publice, cât și ale practicienilor care asigură servicii directe populației în programe curative, de prevenție sau paleative.

Acestea sunt:

- respectarea dreptului la ocrotirea sănătății populației;
- garantarea calității și siguranței actului medical;
- creșterea rolului serviciilor preventive;
- garantarea accesibilității la servicii,
- respectarea dreptului la libera alegere și a egalității de șanse;
- aprecierea competențelor profesionale și încurajarea dezvoltării lor;
- transparența decizională;
- realizarea efectivă a accesului egal al cetățenilor la îngrijirile sanitare de bază;
- creșterea calității vieții, prin îmbunătățirea calității și siguranței actului medical;
- apropierea de indicatorii de sănătate și demografici ai țărilor civilizate, în același timp cu scăderea patologiei specifice țărilor subdezvoltate.

Implementarea măsurilor cuprinse Planul Strategic al Ministerului Sănătății pentru perioada 2008 – 2010, trebuie să răspundă în totalitate problemelor de sănătate publică prioritare, precum și nevoilor grupurilor populaționale vulnerabile, inclusiv persoane vârstnice, prin asigurarea de activități care să realizeze:

- identificarea nevoilor reale de îngrijiri pentru diferitele grupuri vulnerabile de populație;
- constituirea unor hărți naționale și regionale cuprinzând facilitățile de îngrijiri de sănătate ambulatorii funcționale (dispensare, policlinici, servicii noi de prim ajutor, îngrijiri la domiciliu, îngrijiri paleative, sănătate mintală la nivel comunitar) raportate la densitatea populației. În țările dezvoltate se utilizează pe scară tot mai largă sistemele de informații geografice (GIS) pentru măsurarea accesibilității geografice. Aceste sisteme sunt extrem de utile în analiza distanțelor fizice între beneficiari și unitățile de îngrijire, rețelelor de transport, serviciilor medicale de urgență și în planificarea îngrijirilor de sănătate. De exemplu, un GIS poate ajuta la identificarea dimensiunii zonei de atracție a unei unități de îngrijiri. S-au dezvoltat aplicații speciale de analiză în cadrul GIS pentru a evalua accesibilitatea fizică la îngrijirile de sănătate.
- stabilirea standardelor privind pachetele minime de îngrijiri la nivelul și în cadrul diferitelor comunități vulnerabile;
- dezvoltarea și implementarea unor rapoarte standardizate privind accesibilitatea la îngrijirile de sănătate;
- instituirea unui sistem de evaluare periodică a gradului de acces la serviciile primare de sănătate pe baza unor indicatori specifici;
- elaborarea și aprobarea strategiei naționale de promovare a sănătății, identificarea și monitorizarea populațiilor cu accesibilitate inechitabilă la servicii de îngrijiri de bază;
- dezvoltarea, modernizarea infrastructurii furnizorilor de servicii medicale și dotarea acestora cu aparatură/echipamente medicale și mijloace de transport specifice și moderne;
- identificarea unor facilități pentru atragerea personalului medical în zonele izolate, defavorizate economic, precum și în specialități deficitare;
- dezvoltarea și extinderea rețelei de asistență medicală comunitară integrată.

Pentru creșterea calității vieții persoanelor vârstnice, sistemul de sănătate publică poate contribui semnificativ prin **implementarea programului de**

asistența medicală comunitară care cuprinde ansamblul de activități și servicii de sănătate organizate la nivelul comunității pentru soluționarea problemelor medico-sociale ale individului, în vederea menținerii acestuia în propriul mediu de viață și care se acordă în sistem integrat cu serviciile sociale. Scopul asistenței medicale comunitare integrate este acela de a asigura îngrijirile medico-sociale care pot fi furnizate la nivelul comunității, în vederea optimizării acțiunilor specifice și a eficientizării utilizării fondurilor alocate. Beneficiarul activităților integrate de asistență medicală comunitară este comunitatea dintr-o arie geografică definită, în special categoriile de persoane vulnerabile care se găsesc în următoarele situații: vârstnici, nivel economic sub pragul sărăciei, șomaj, nivel educațional scăzut, diferite dizabilități, boli cronice, boli aflate în faze terminale care necesită tratamente paliative, graviditate, copii cu vârstă sub 5 ani, familii monoparentale.

În acest sens persoanele vârstnice ar putea beneficia de un program de îngrijiri la domiciliu elaborat și susținut metodologic și financiar de către Ministerul Sănătății împreună cu Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale care să se aplice conform unei strategii pentru dezvoltarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu, ca bază a îngrijirilor în comunitate pentru care să se definească un număr de specializări în îngrijiri paliative, îngrijiri de sănătate mintală la nivelul comunității, inclusiv asigurarea îngrijirii de lungă durată care se regăsește în unele state europene.

Un alt obiectiv care vizează categoria persoanelor vârstnice ca fiind o grupă importantă de beneficiari îl reprezintă **reglementarea sistemului de acordare a medicamentelor gratuite și compensate în ambulatoriu** prin:

- a) stabilirea listei de medicamente esențiale pentru sănătatea populației, care să fie acoperite total/partial prin sistemul de asigurări sociale de sănătate și care să corespundă nevoilor reale de tratament ale principalelor grupe vulnerabile ale populației și respectiv principalelor afecțiuni care se regăsesc în rândul acestora;
- b) asigurarea stocurilor corespunzătoare de medicamente în unitățile farmaceutice;

- c) stabilirea de prețuri accesibile prin elaborarea unor norme corespunzătoare de prețuri pentru medicamente de uz uman prin consultări ale autorităților guvernamentale cu reprezentanți ai producătorilor și distribuitorilor de medicamente, precum și cu organizațiile profesionale – Colegiul Farmaciștilor, Colegiul Medicilor și reprezentanți ai Patronatului Farmaciștilor în scopul reducerii acestora;
- d) pregătirea profesională continuă a farmaciștilor și a asistenților de farmacie;
- e) verificarea modului de aplicare a legislației farmaceutice, respectiv aplicarea prevederilor relementărilor emise de Ministerul Sănătății.
- f) înființarea de farmacii sau puncte de lucru ale farmaciilor autorizate de Ministerul Sănătății, în zonele defavorizate;
- g) repartizarea de fonduri corespunzătoare de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării medicamentelor eliberate.

Realizarea compatibilității cu sistemele de sănătate din statele membre ale Uniunii Europene trebuie să fie un alt deziderat și o provocare pentru autoritățile în domeniul sanitar. Deși nu există standarde unificate ale îngrijirilor medicale, Uniunea Europeană consideră dreptul cetățenilor la îngrijiri de înaltă calitate, ca pe un drept fundamental și sprijină politicile naționale pentru introducerea măsurilor de garantare a produselor, serviciilor și managementului de cel mai înalt nivel în interiorul sistemului de sănătate.

Activitățile principale pentru asimilarea de către sistemul național sanitar a acestor deziderate, vizează următoarele activități:

- adoptarea de standarde pentru produse medicale, tehnologii medicale, formare profesională, crearea de rețele de informare;
- introducerea și utilizarea conceptelor de medicină bazată pe dovezi și evaluare a tehnologiilor medicale;
- promovarea cooperării între statele membre pentru asigurarea calității în sistemele sanitare, inclusiv medicamente, echipamente, sânge, țesuturi și organe, laborator, etc;
- standardele măsurilor de siguranță a pacienților.

Îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate ar fi de natură să susțină îndeplinirea obiectivelor mai susmenționate și se poate realiza prin:

- ⇒ Creșterea transparenței în utilizarea fondurilor prin crearea cadrului legislativ pentru plata datoriilor înregistrate de unitățile sanitare cu paturi;
- ⇒ Măsuri pentru întărirea disciplinei financiare prin asigurarea finanțării sectorului sanitar bugetar, monitorizarea modului de utilizare a resurselor financiare publice, cât și prin completarea cadrului legislativ în domeniul sănătății publice, prin elaborarea unor noi acte normative;
- ⇒ Alocarea judicioasă a fondurilor în unitățile sanitare și atragerea de noi resurse financiare în domeniul sanitar.

Demersul întreprins prin intermediul consiliilor județene pentru a constata deficiențele cu care se confruntă sistemul de acordare a serviciilor medicale și a medicamentelor gratuite și compensate în ambulatoriu a condus la formularea de **propuneri pentru îmbunătățirea situației actuale**, după cum urmează :

- identificarea de resurse financiare și suplimentarea fondurilor pentru compensarea medicamentelor pentru a nu se mai creea blocaje în farmacii la eliberarea rețetelor compensate și gratuite;
- simplificarea modalității de prescriere deoarece actualele formulare de rețetă conțin foarte multe date care îngreunează prescrierea și eliberarea medicamentelor gratuite și compensate;
- implementarea dosarului electronic al pacientului, care va eficientiza sistemul de prescriere a tratamentului sau al trimerilor după caz;
- eliminarea prețului de referință și compensarea să se realizeze la prețul de raft al medicamentului;
- înființarea unui serviciu la nivelul caselor județene de sănătate prin care pensionarii să poată verifica prețurile medicamentelor;

- obligativitatea reală a farmaciilor, care au contract cu casa județeană de asigurări de sănătate, de a avea în stoc toate medicamentele compensate și gratuite ;
- eficientizarea sistemului de decontare între casele de asigurări de sănătate și farmacii pentru a nu se mai crea blocaje în aprovizionarea medicamentelor gratuite și compensate;
- reconsiderarea sistemului de relații cu producătorii și importatorii de medicamente, inclusiv prin îmbunătățirea reglementărilor privind achizițiile publice;
- încurajarea marilor producători de medicamente din România să fabrice echivalente ale produselor străine pentru care nu există corespondent printre produsele românești, prin acordarea unor facilități la comercializarea medicamentelor, scutiri de taxe și impozite etc ;
- dezvoltarea rețelei de farmacii aflate în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate la nivel național și extinderea numărului de farmacii sau puncte farmaceutice în mediul rural;
- utilizarea denumirii comerciale la prescrierea rețetelor;
- reintroducerea pe lista de gratuități a medicamentelor utilizate în tratamentul accidentului vascular cerebral ischemic, a căilor respiratorii, a văzului și auzului, etc;
- introducerea vitaminelor în lista medicamentelor compensate ;
- cuprinderea în lista gratuităților (compensațiilor) a pampers-ilor de unică folosință pentru bolnavii care sunt nevoiți să folosească acest articol igienico-sanitar;
- asigurarea stabilității conținutului listei cu medicamente aprobată pentru anul curent deoarece modificările ulterioare conduc la cozi în farmacii la începutul fiecărei luni, până când acestea își introduc modificările în baza de date;
- intensificarea acțiunilor pentru înființarea punctelor farmaceutice în localitățile izolate și cu asigurați puțini;

- respectarea drepturilor pentru anumite categorii de persoane prevăzute în legi speciale, cum ar fi: veteranii de război și văduvele de război, persoanele persecutate din motive politice, etnice, persoanele cu handicap, etc, în ceea ce privește gratuitatea integrală a medicamentelor și serviciilor medicale;
- intensificarea informării corecte a populației vârstnice asupra modalității de compensare a medicamentelor și asupra acordării medicamentelor gratuite (afișe, pliante în farmacii, cabinete medicale, săli de așteptare; pliante și broșuri trimise pensionarilor împreună cu talonul de pensii prin poștă; realizarea de emisiuni radio și TV pe această temă la ore de maximă audiență etc);
- instruirea medicilor de familie, astfel încât aceștia să ofere informații corecte pacienților vârstnici referitor la prețurile medicamentelor prescrise pe rețete;
- dotarea cabinetelor medicilor de familie cu aparatura minimă necesară;
- salarizarea medicilor de familie să se realizeze în funcție de calitatea serviciilor oferite, prin implementarea unui control riguros asupra serviciilor prestate asiguraților arondați;
- dezvoltarea rețelei de îngrijiri medicale la domiciliu pentru persoanele vârstnice nedeplasabile;
- înființarea unei rețele naționale de spitale de geriatrie sau secții de geriatrie în spitalele deja existente;
- creșterea nivelului de compensare a serviciilor stomatologice pentru persoanele vârstnice ,deoarece aceștia nu își pot permite să susțină costurile ridicate ale lucrărilor.

Director general

Florin Pașa

Șef birou analize și studii,

Alina Matei

Realizatori,

**Daniela Garoschy
Georgiana Cojocaru**

BIBLIOGRAFIE

1. C. Vlădescu (coordonator), **“Sănătate Publică și management sanitar. Sisteme de sănătate”**, București, CPSS Publishing House, 2004
2. Cristina Doboș, **“Finanțarea Sistemelor de Sănătate în Țările Uniunii Europene. România în Context European”**, Calitatea Vieții, XIX, nr. 1-2, Ed. Academiei, 2008
3. **“Health and care in an enlarged Europe”**, Europe Foundation for the Improvement of living and Working Conditions, 2003
4. **„Human development reports”** , *www.undp.org*.
5. **Planul strategic al Ministerului Sănătății pentru perioada 2008-2010**
6. **„România: Raport de evaluare a sărăciei”** , Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale, Noiembrie 2007
7. **Ordinul nr. 429 din 31 martie 2009** pentru modificarea și completarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 501 din 14 iulie 2008 privind aprobarea listei de medicamente (denumiri comune internaționale) de care beneficiază asigurații în tratamentul ambulatoriu cu și fără contribuție personală
8. **H.G. nr. 1714 din 17 decembrie 2008** pentru aprobarea Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009
9. H.G. nr. 366 din 25 martie 2008 pentru modificarea și completarea Contractului cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009 aprobat prin H.G. nr. 1714 din 17 decembrie 2008