

**SISTEME DE INGRIJIRE A  
SĂNĂTĂȚII.  
TIPURI, MODELE ȘI  
SISTEME DE INGRIJIRE  
DE SĂNĂTATE**

**Zubenschi, Ecaterina. Sociologia  
medicală**

**Ocrotirea sănătății și procesul de combatere a maladiilor existente a fost una din prioritățile activității umane din cele mai vechi timpuri pînă în prezent și în viitor.**

Sănătatea este o problemă individuală, și o problemă complexă, care privește întreaga societate și determină în exclusivitate existența fizică a națiunii per continuum.

Principiile Organizației Mondiale a Sănătății “Sănătate pentru toți în secolul XXI”, derivă din dreptul fundamental al omului la viață și sănătate declarat de Organizația Națiunilor Unite. Dezvoltarea societății condiționează o viață sănătoasă și lungă ca una din opțiunile esențiale și una din prioritățile fundamentale ale comunității umane.

# **La ora actuală în lume se descriu trei mari modele de SIS (sisteme de îngrijire a sănătății**

- ❖ Sistemul de asigurări sociale de sănătate de tip Bismark, după numele omului de stat Otto von Bismark (1815-1898) care l-a introdus în Germania la sfârșitul secolului XIX, sistem bazat pe prime de asigurare obligatorie ce depind de venitul realizat și nu de starea de sănătate a persoanelor asigurate
- ❖ Sistemul național de sănătate numit și Beveridge după numele economistului englez William Henry Beveridge (1879-1963) care l-a introdus în Anglia în 1948, principala sursă de finanțare fiind impozitele, modelul fiind preluat ulterior și în Spania, Portugalia, Italia, Irlanda, Canada și țările scandinave.
- ❖ Sistemul de asigurări private de sănătate în care finanțarea se bazează pe prime de asigurare stabilite în funcție de starea de sănătate, respectiv de riscurile persoanelor asigurate (SUA)

# Compartimentele unui sistem de îngrijire de sănătate:

- Producerea și dezvoltarea de resurse( resurse umane, facilități sanitare, bunurile sanitare, cunoștințele)
- Suport financiar
- Organizarea de programe
- Managementul ( planificarea, administrarea, reglementarea, evaluarea)
- Furnizarea de servicii sănătate preventive, curative, de îngrijire și recuperare

În funcție cum sunt finanțate programele de sănătate, putem avea un SIS liberal (de asigurări private), de asigurări publice obligatorii sau sistem național de sănătate bazat pe impozite și taxe.

**Uwe Reinhardt a analizat fluxul banilor specific oricărui SIS (sistem de îngrijire a sănătății) și a identificat piața care se stabilește între cei trei mari actori:**



- ⦿ terțul plățitor
- ⦿ furnizorul
- ⦿ Consumatorul (populația) de servicii de sănătate

# Sistemul de îngrijire a sănătății



# Circuitul banilor într-un sistem de îngrijiri de sănătate

Cele mai frecvent utilizate modalități de plată ale furnizorilor de servicii de sănătate sunt:

- ⦿ Capitația;
- ⦿ Salariul;
- ⦿ Plata pe serviciu;

Finanțarea programelor se poate face de către Guvern, de organizații neguvernamentale (ONG) non profit sau de organizații “ pentru profit”. Proportia între aceste tipuri de programe determină caracteristicile difinitorii ale SIS

Dezvoltarea și organizarea variatelor resurse pentru sănătate sub forma de programe sunt legate de existența surselor de finanțare ce pot fi:

- ⦿ Taxe și impozite;
- ⦿ Asigurare obligatorie;
- ⦿ Asigurare voluntară (privată);
- ⦿ Plata directă, co-plata;
- ⦿ Donațiile;
- ⦿ Imprumuturile din partea unor organizații internaționale



# **PRINCIPALELE SISTEME DE FINANȚARE ȘI ASIGURARE A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE ÎN ȚARILE EUROPENE**

Pe plan mondial se produc schimbări în sistemele de sănătate, schimbări care urmăresc eliminarea sau reducerea disfuncțiilor apărute atât în țările democratice cu o economie de piață stabilă, cât și în țările care au avut o economie bazată pe monopolul de stat al factorilor de producție cu un sistem de planificare centralizat, rigid și de comandă.

Nemulțumirile care au generat procesul de reformare a sistemelor îngrijirilor de sănătate (SIS) au fost prezente atât în masa contribuabililor (utilizatorilor), a medicilor și a instituțiilor sanitare (a furnizorilor de îngrijiri) cât și a autorităților publice și administrative.

# **PRINCIPALELE SISTEME DE FINANȚARE ȘI ASIGURARE A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE ÎN ȚARILE EUROPENE**

Insatisfacțiile erau datorate: creșterii cheltuielilor pentru sănătate într-un ritm greu de suportat, fără ameliorarea substanțială a stării de sănătate, insuficienta acoperire a populației cu servicii, absența unor mecanisme eficiente de asigurare a calității, volumul exagerat de muncă zilnică, insuficiența elementelor de stimulare, ineficiența managerială etc.

În Europa operau trei modele de sisteme de îngrijiri de sănătate:

- 1.modelul serviciului național de sănătate (SNS) – tip Beveridge;
- 2.modelul sistemului de asigurări sociale de sănătate (SAS) – tip Bismark;
- 3.modelul sistemului centralizat de stat (SCS) – tip Semașko.

Modelul din Statele Unite ale Americii este bazat pe asigurări private.

**1. Serviciu Național de Sănătate (S.N.S.)** : imaginat de britanici, funcționează în Danemarca, Finlanda, Islanda, Norvegia, Suedia, Grecia, Italia, Portugalia, Spania, Anglia. Caracteristici:- sursa de finanțare: taxe generale;- controlat de guvern;- dispune de buget de stat;- există și un sector privat;- acces liber la servicii pentru toți cetățenii;- acoperire generală a populației cu servicii de sănătate;- conducere prin autoritățile de stat;- medicii sunt: - salariați sau plătiți în funcție de numărul pacienților înscriși pe listele lor (capitație);- se practică o co-plată a unor părți din costul unor prestații. Avantaje:- impact pozitiv asupra stării de sănătate;- relativ neoneros (nu este greu de suportat de către populație).

Dezavantaje:- liste lungi de așteptare pentru anumite acte medicale- medicii – lipsiți de stimulente- doză mare de birocrație;

**2. Sistemul de Asigurări Sociale de Sănătate (S.A.S.)** : – funcționează în țări ca Austria, Franța, Olanda, Germania, Belgia.

Caracteristici:- finanțat, în general, în contribuția obligatorie a salariaților și patronilor (cotizații), în funcție de venit și din taxe generale;

- acoperire largă, dar nu totală (rămân neasigurate persoanele care nu lucrează);

-- gestionarea fondurilor se realizează prin agenții;

-- agențiile contractează cu spitalele și medicii de familie sau medicii generaliști serviciile ce urmează a fi oferite asiguraților;

-- contractele cu practicienii au la bază taxa/serviciu, taxa/prestație, iar cu spitalele prin bugete globale.

# Modele de sisteme de îngrijire de sănătate

<b>Înainte de 1990</b>	<b>În prezent</b>
Modelul sistemului național de sănătate	Modelul sistemului național de sănătate
Modelul sistemului de asigurări de sănătate	Modelul sistemului de asigurări de sănătate
Modelul sistemului centralizat de stat	

# Percepții ale populației asupra sistemului de ocrotire medicală

- ⦿ Inechități în percepția stării de sănătate (relația venituri, nivel de instrucție, mediu de proveniență și percepția stării de sănătate)
- ⦿ Persistență plăților informale, precaritatea materială corelează cu percepția legitimității recompensării medicului; urbanul escaladează ruralul, existența relațiilor nu înlocuiește plata informală

# Structura sistemului de sănătate din Republica Moldova

Sistemul de ocrotire a sănătății este constituit din:

- ⦿ unități curativ-profi lactice,
- ⦿ unități sanitaro-profi lactice;
- ⦿ unități sanitaro-antiepidemice;
- ⦿ unități farmaceutice;
- ⦿ de altă natură.

Sistemul sănătății în Republica Moldova până în anul 1992 era prezent prin Sistemul Național al Sănătății caracteristic sistemului economic socialist, pe care l-am cunoscut, dar care a dat faliment. În primul rând, din cauza reformelor economice – de etatizarea și privatizarea, finanțarea bugetară insuficientă etc.

În al doilea rând, datorită caracterului extensiv și inconveniențelor în tarificarea lucrătorilor medicali, și a corelației incorecte volum-calitate a serviciilor medicale. Principiile Sistemului Național al Sănătății au avut un caracter de Stat, planificat și unitar





Caracterul dat s-a realizat prin integrarea programelor medicale in planurile de dezvoltare social economice, prin conducerea unitară de stat la nivel central și raional.

Aceste acțiuni erau determinate de puterea centrală de atunci. In perioada așa numitului “socialism dezvoltat” creșterea venitului național, îmbunătățirea condițiilor de muncă, de trai și alimentație, dezvoltarea culturii fizice și sportului, dezvoltarea culturii sanitare a populației, extinderea bazei tehnico-materiale a medicinei, acest sistem a fost in apogeul dezvoltării sale. Accesibilitatea, teritorializarea și ierarhizarea asistenței medicale se realiza in conformitate cu legislația corespunzătoare.

Asistența medicală era garantată de stat tuturor cetățenilor țării. Ierarhizarea asistenței și unităților medicale constau în nominalizarea actelor activităților medicale cu stabilirea gradului de competență în asistența medicală.



Se stabileau componentele pentru fiecare grad ierarhic. Pentru republica noastră erau stabilite diferite grade de ierarhie – ambulatorii satești, spitale de circumscripție, spitale raionale cu număr și raioanele centrale, spitale municipale, republicane etc. Sistemul avea un subsistem centralizat de unități pentru asigurarea populației și unităților medicale cu medicamente, produse farmaceutice, aparataj medical și produse tehnico-medicale

- ⦿ Pentru asigurarea sănătății sistemul folosea așa metode ca supravegherea medicală activă în masă și educația pentru sănătate.
- ⦿ Examenele profilactice de masă se efectuau pentru cunoașterea stării “inițiale” de sănătate.
- ⦿ Erau și examenle profilactice periodice, examenle profilactice speciale.
- ⦿ În afară de aceasta Sistemul Național al Sănătății folosea dispensarizarea populației și anumitor grupuri de populație. Sistemul proteja în mod special unele grupe de populație și rezolva problemele lor de sănătate (mama și copilul, boli sexual transmisibile, bolnavi de boli sociale-tuberculoză, oncologice etc).

**În prezent:** Independența statului Republicii Moldova, schimbarea puterii de stat la nivel (APC și APL), perindarea guvernelor, parlamentelor n-a pus în vizor atenția cuvenită sănătății publice, aflate în declin. Reformele neconținute, lipsa și incompetența specialiștilor, și reducerea neconținută a lor, lipsa resurselor financiare, au influențat negativ indicii de dezvoltare a sănătății publice, sistemului de asistență și îngrijiri medicale. Baza tehnico-materială a ocrotirii sănătății a rămas aceeași, continuând să se deterioreze din lipsa de bani și a dotajului cu aparataj necesar.

Privatizarea incipientă pe bunuri patrimoniale a început cu farmaciile și magazinele “Optica”. Numărul unităților medicale, medico-sanitare nu s-au micșorat esențial.



Scăderea numărului de spitale a început din 1998-1999 prin lichidarea spitalelor de circumscripție și transformarea lor în centre de sănătate, preponderent în sectorul rural. S-a schimbat dotarea spitalelor cu necesarul paramedical. Până în anul 1999 s-a menținut o anumită stabilitate, de cadre medicale, după care a început o scădere vertiginoasă și gravă, ajungând în unele raioane cote alarmante, în raioanele Lăpușna 15,4; Cahul – 17,0; mun Chișinău – 15,9, medici la 10000 populație.

Comparativ cu anul 1994 numărul de lucrători medicali cu studii medii a scăzut cu 28,0 la 10000 populație, ajungând în raioanele Lăpușna – 51,7; Orhei - 56,8, mun. Chișinău la 42,2, de lucrători medicali la 10000 populație, reducând la net în unele localități asistența medicală populației. Anual, circa 800 de medici calificați plecau din sistemul medical din cauza salarizării mizere și a restructurării sistemului sănătății publice la nivel local și regional, migrând peste hotare.

## **Strategiile de bază a dezvoltării sistemului sănătății on**

**Republica Moldova prevăd:** - respectarea valorilor fundamentale umane în acordarea asistenței medicale populației;

- finanțarea corespunzătoare, management și acordare de servicii în stare să asigure necesarul accesibil și asistența la prețuri și costuri eficiente;
- orientarea spre asistența primară, definind sarcinile de prevenire și profilaxie a bolilor și complicațiilor acestora cu coordonarea efectivă a serviciilor primare, secundare și terțiare;
- acordarea asistenței medicale calificate prin utilizarea tehnologiilor moderne, având drept scop principal ameliorarea sănătății populației;
- includerea diferitor forme de plată pentru servicii păstrându-se totodată accesul la serviciile medicale de bază prestate tuturor cetățenilor;
- încurajarea dezvoltării sectorului privat în acordarea asistenței medicale;
- încurajarea pacienților de a participa singur la alegerea prestațiilor medicale, și libera alegere a medicului.;

- practicarea abordărilor multisectorale, avînd susținerea activă a persoanelor de conducere, autorităților executive, comunităților, altor organizații implicate, acordarea sănătății publice, prioritatea de bază în dezvoltarea națiunii;



- asigurarea cu lucrători competenți, de calificare necesară, respectînd etica profesională, remunerarea corespunzătoare volumului și calității serviciilor medicale prestate, în stare să satisfacă deplin sarcina asigurării asistenței medicale performante.
- introducerea asigurărilor de asistență medicală obligatorie;
- realizarea strategiilor și acțiunilor care vor spori fondurile disponibile pentru sistemul sănătății publice din ambele sectoare, de stat și privat;
- modificarea și completarea legilor ce țin de domeniul sănătății.

Se vor aprofunda și continua reformele în sistemul primar, secundar și cel terțiar, bazate pe reducerea numărului de paturi din spitale cu redistribuirea fondurilor disponibile pentru serviciile primare.

Se modifică mecanismele de finanțare a instituțiilor medicale trecond de la alocarea tradițională pentru zi-pat la finanțarea pe număr de locuitori.

Serviciile specializate sint optimizate prin intermediul pregătirii și aplicării tehnologiilor intensive și schemelor de evaluare a rezultatelor și eficienței tratamentului. Intensificarea acestor acțiuni de reformare vor fi posibile și vor depinde de succesele și insuccesele acțiunilor întreprinse la etapa precedentă.

In acest context, este necesar de accentuat importanța monitorizării continue și a evaluării critice a acestui proces.

Sănătatea este multidimensională și nu poate fi realizată decit prin efortul integral al societății, al statului, al comunităților locale și al fiecărui individ in parte.



În ultimii ani, mai mulți factori diminuează realizarea eficientă a reformelor în sistemul sănătății publice și stopează realizarea drepturilor sociale și individuale a cetățenilor în asistența medicală:

- structura și modul de finanțare a sistemului național de ocrotire a sănătății;
- creșterea costurilor serviciilor medicale;
- prestarea unui spectru larg de servicii contra plată – limitarea accesului echitabil a cetățenilor la serviciile medicale de bază;
- subiectivismul în determinarea priorităților și aplicarea reformelor în sistemul sănătății publice;
- lipsa și insuficiența cadrului legislativ ce ar reglementa relația medic-pacient- instituție medicală, care ar diminua lipsa de responsabilitate, atitudinea neglijentă sau tentative de excocherie;

- lipsa unui mecanism eficient de control a asistenței medicale acordate;
- prezența disproporțiilor evidente în modul de acordare a asistenței medicale, și anume (V. Valovei) :
  - serviciul de staționar folosește aproximativ 80 – 85% din toate sursele financiare alocate sistemului, față de 35 – 50% în țările Europei de Vest;
  - cota medicilor, care activează în sectorul primar de asistență medicală, constituie 30 – 35% din tot numărul de medici, în țările dezvoltate - 50% (Canada– 60%);
  - nivelul spitalizării: 20 – 21 la 100 populație față de 12 – 17 în Europa;
  - îndreptarea bolnavilor de către medicii de sector (familie) la specialiștii consultanți – 30% din vizitele primare, în Europa 4-10% din vizite;
  - procesul lent de schimbare a mentalității populației față de sănătatea proprie.

Există tendința de a lua în discuție posibilitățile de raționalizare a sistemului de furnizare și prestare a serviciilor de sănătate.

Problemele: nu se cunoaște cerererea și oferta de servicii de sănătate, iar resursele necesare sectorului sanitar sunt relativ sărace. Se presupune că ponderea maximă a populației s-a pronunțat pentru medicina parțial plătită (60,04%); pentru asistența medicală total plătită – 5,07% ; pentru asistența medicală gratuită (34,90%);

Condiții în care populația ar plăti serviciile de sănătate:

- 42,6% - calitate înaltă a asistenței medicale;
- 20,1% - prețuri accesibile;
- 16,7% - alegerea medicului și instituției medicale, rămânând pe poziții ferme pentru medicina gratuită.





The end.