

SISTEME NAȚIONALE DE SĂNĂTATE

INTRODUCERE

Asigurarea accesului liber pentru toți la asistența medico-sanitară reprezintă principiul de bază al Noii Sănătăți Publice. Asistența medicală este importantă nu numai pentru sănătatea individului, dar și a populației deoarece are la dispoziție metode eficiente de prevenire a numeroaselor boli și de stopare a altora. În pofida valorii majore, asistența medicală, de una singură este insuficientă pentru a menține standardele înalte ale sănătății populației. Persoana poate avea acces la asistența medico-sanitară, dar sănătatea afectată de factorii individuali și comunitari poate fi doar ameliorată prin asistență medicală. Asigurarea accesului la asistența medico-sanitară trebuie să fie însoțită de activități individuale și comunitare de prevenire a bolii și promovare a sănătății.

În majoritatea țărilor industrializate au fost implementate programe naționale de sănătate cum ar fi sistemele de asigurare medicală sau serviciile naționale de sănătate. Fiecare sistem s-a dezvoltat în contextul politic al țării respective și continuă să se dezvolte în baza experienței proprii și celei internaționale. Majoritatea țărilor în curs de dezvoltare de asemenea tind să obțină un acces universal la asistența medico-sanitară și a *Sănătății pentru Toți*, obiectiv realizabil prin extinderea asistenței primare și a programelor de securitate socială care oferă beneficii clasei muncitoare a populației. În procesul dezvoltării socio-economice țările în curs de dezvoltare se confruntă cu problema asigurării accesului echitabil la asistența medico-sanitară și cu

necesitatea creării unui sistem național de asigurare medicală pentru lărgirea bazei financiare a sistemului sanitar.

Orice sistem național de sănătate are propriile caracteristici și probleme. Managementul acestuia necesită o evaluare continuă bazată pe sisteme informaționale bine dezvoltate, personal calificat bine instruit și implicarea societății prin intermediul organizațiilor profesionale și a grupurilor de apărare a intereselor. În prezent nu există un „standard de aur” al planului de asigurare a accesului universal la asistența medico-sanitară, care să fie convenabil pentru toate țările. Fiecare țară dezvoltă și modifică programele de sănătate națională în conformitate cu propriile necesități culturale și resursele disponibile. Totodată există anumite principii de organizare a asistenței medico-sanitare care trebuie învățate de la o țară la alta.

Barierelor pentru accesul la asistența medico-sanitară pot fi geografice, culturale, sociale, psihologice și financiare. Înlăturarea barierelor financiare nu poate de una singură asigura sănătatea optimală a populației. Echitatea accesului la asistența medico-sanitară cu minimalizarea diferențelor inter-regionale și socio-demografice este de o importanță vitală pentru menținerea standardelor înalte ale sănătății publice. Serviciile necesare sunt nu numai acelea pe care le cere pacientul, dar și acele servicii care sunt preocupate de asigurarea sănătății populației în întregime, în special a grupurilor de risc care frecvent sunt inapte de a accesa asistența medicală.

Un program care oferă un acces echitabil pentru toți nu-și poate realiza obiectivul de îmbunătățire a sănătății populației fără susținerea lui prin măsuri guvernamentale de fortificare legislativă a sănătății mediului și celei profesionale, a nutriției, securității produselor alimentare, standardelor calității apei, îmbunătățirii sănătății populației rurale, asigurării unui nivel de educație înalt și furnizării adecvate a informației sanitare publicului general. Pentru promovarea sănătății generale, reducerea factorilor de risc și a morbidității și mortalității sunt necesare programe naționale suplimentare. Responsabilitatea pentru sănătate aparține nu numai profesioniștilor medico-sanitari, dar și

societății și organelor ei executive, organizațiilor guvernamentale și de voluntariat, precum și individului, familiei și grupurilor de interese.

Accesul individual la coșul esențial de servicii ca beneficiu preplătit (spre exemplu, prin intermediul asigurării medicale) este un element absolut necesar pentru succesul unui program național de sănătate. Fiecare țară abordează această problemă în dependență de valorile și tradițiile sale, dar este important ca în evaluarea acestor beneficii să se ia în considerație costul și eficiența acestora pentru satisfacerea necesităților epidemiologice și demografice. Costul, spre exemplu, al unui transplant de cord poate depăși posibilitățile financiare ale sistemului sanitar, dar managementul precoce și agresiv al infarctului acut de miocard este o metodă eficientă și ieftină de prevenire a necesității acestui transplant. Dieta sănătoasă, reducerea fumatului și menținerea performanței fizice sunt măsuri și mai eficiente și ieftine. Prevenția este o măsură foarte cost-eficientă și trebuie să devină o parte componentă a coșului de servicii prioritare.

În acest capitol sunt prezentate sistemele naționale de sănătate care reprezintă diferite modele de organizare și care pot influența planificarea și organizarea sistemelor sanitare atât în țările dezvoltate, cât și în cele în curs de dezvoltare, precum și în țările care-și reformează sistemele sanitare. Sistemele de asistență medico-sanitară și finanțarea lor sunt permanent în centrul atenției și presiunilor publicului, nu numai din punctul de vedere al asigurării accesului la asistența medico-sanitară pentru toți cetățenii, ci și din cel al necesității implementării noilor tehnologii avansate și al stăpânirii costurilor. Deoarece un sistem sanitar este apreciat nu numai după costul serviciilor, în acest capitol au fost incluși astfel de indici ai stării sănătății populației ca morbiditatea și mortalitatea. Acest domeniu și-a dezvoltat o terminologie proprie, din acest motiv unele cuvinte cheie sunt definite în text și glosar.

SISTEMELE DE SĂNĂTATE ÎN ȚĂRILE DEZVOLTATE

Evoluția sistemelor de sănătate

Tradiția de preplătire a asistenței medico-sanitare își are rădăcinile încă în timpurile antice, când medicii municipali, angajați de autoritățile locale acordau asistență medico-sanitară săracilor și sclavilor. În Evul Mediu autoritățile bisericești acordau săracilor o asistență medicală gratuită. În perioada medievală și a Renașterii asociațiile comerciale furnizau servicii medicale preplătite membrilor lor. Aceste asociații ulterior s-au transformat în societăți prietenoase (societăți benevole), programe de beneficii reciproce care ofereau servicii funerare, pensii și beneficii medicale membrilor lor. În secolul XX aceste organizații au evoluat în uniuni care sponsorizau companiile private de asigurare medicală.

Asigurarea socială. Otto von Bismarck, Cancelarul Germaniei, a introdus primul program național de asigurare medicală a lucrătorilor. Acest program a urmat după aprobarea în legislativul Germaniei a compensațiilor oferite muncitorilor pentru accidente pe calea ferată (1838) și formarea societăților benevole de asigurare medicală obligatorie ale minerilor (1854). Din 1871 compensațiile muncitorești și alte beneficii au început a fi acordate și muncitorilor din alte industrii cum ar fi serviciile comunale, minele de cărbune, uzinele, minele de piatră, precum și marinarilor. Legile lui Bismarck aprobate în 1883 intenționau să îmbunătățească sănătatea muncitorilor și familiilor lor, în special în scopul asigurării armatei cu recruți sănătoși, dar și pentru discreditarea realizărilor politice ale partidelor socialiste. Programul național adoptat era bazat pe principiul asigurării sociale care presupunea efectuarea plăților regulate la locul de muncă, fiind implicat atât angajatul, cât și patronul, aceste mijloace fiind utilizate pentru acoperirea costurilor medicale, oferirea beneficiilor în caz de concediere și a pensiilor pentru lucrători.

Modelul lui Bismarck de asigurare medicală națională a înființat fundații de asigurări medicale (*Krankenkassen*) care plăteau serviciile medicale, spitalicești sau ale altui furnizor de asistență medico-sanitară. Până la începutul I-lui Război Mondial în multe țări ale Europei Centrale și de Est au fost implementate programe similare. În perioada interbelică în mai multe țări ale lumii industrializate au fost inițiate programe naționale de asigurare medicală. În Europa în majoritatea țărilor au fost implementate programe bazate pe conceptul bismarckian de asigurare medicală cu finanțarea sistemului de securitate socială de către patroni și angajați, asistența medicală fiind acordată în baza principiului plată pentru serviciu sau finanțată de către fundațiile de asigurări medicale. Modelul bismarckian este și astăzi pe larg utilizat în Europa și Israel. Acest model a influențat și reformele post-sovietice din țările Europei de Est.

În anul 1911 guvernul Marii Britanii condus de David Lloyd-George, a introdus asigurarea medicală națională a muncitorilor și familiilor lor. Medicii generaliști erau salariați sau preponderent remunerați în baza principiului capitației, păstrându-și statutul independent. Inițial acest program de asigurare a acoperit doar o treime a populației, dar până în anul 1940 această cotă a crescut până la jumătate. Administrarea acestui program era efectuată prin intermediul societăților de beneficii reciproce (prietenose) sau uneori prin intermediul companiilor de asigurare și a asociațiilor comerciale. După I-ul Război Mondial țările europene și Japonia treptat au implementat asigurarea medicală obligatorie a populației, obținând acoperirea universală după al II-lea Război Mondial.

Modelul Securității Sociale de asigurare medicală a muncitorilor din regiunile urbane a devenit pe larg răspândit și în țările Americii Latine. Programele de securitate socială sunt finanțate prin intermediul contribuțiilor obligatorii din partea angajaților și a patronilor, fiind administrate de stat. Legea referitor la Securitatea Socială din 1935 din Statele Unite aprobată în timpul Marii Depresii presupunea oferirea beneficiilor sociale văduvelor,

orfanilor, persoanelor cu handicap și vârstnicilor, furnizând baza pentru reformele ulterioare inclusiv implementarea asigurării medicale. Din anul 1965 această lege reprezintă baza asigurării cu asistență medicală a vârstnicilor și săracilor prin intermediul programelor naționale Medicare și respectiv Medicaid. Propunerile din anul 1995 referitor la implementarea asigurării medicale naționale în Statele Unite erau de asemenea bazate pe sistemul de finanțare a Securității Sociale.

Serviciul Național de Sănătate. În unele țări statul își asumă responsabilitatea deplină atât pentru securitatea socială, cât și pentru asistența medico-sanitară. Într-un stat prosper din surse guvernamentale sunt întreprinse astfel de măsuri de asigurare medico-socială cum ar fi asigurarea compensațiilor pentru șomaj și disabilitate, instituirea beneficiilor obligatorii speciale pentru orbi, văduve, orfani și vârstnici, precum și pentru copii cu scop de ridicare a nivelului de asistență medico-sanitară și de nutriție a lor.

În anul 1918 după revoluția din Rusia noua Uniune Sovietică (URSS) a introdus programul național de asistență medico-sanitară cu acoperire universală a populației care era gestionat și finanțat de stat. Modelul sovietic elaborat și implementat de către Nicolai Semashko, presupunea furnizarea gratuită a asistenței medicale tuturor cetățenilor prin intermediul serviciilor medico-sanitare finanțate și organizate de stat. Principalul obiectiv al acestui sistem era furnizarea gratuită pentru toți a asistenței medicale și asigurarea unui acces universal și echitabil la serviciile medicale prin intermediul organizațiilor districtuale de sănătate. Acest sistem a reușit să obțină succese frumoase în controlul epidemic și endemic al bolilor infecțioase și în extinderea serviciilor la periferia țării.

În primele zile ale celui de-al II-lea Război Mondial guvernul britanic a înființat Serviciul Medical Excepțional împuternicit să gestioneze spitalele în pregătirea acestora pentru un mare aflux de civili afectați așteptat. Acest Serviciu a elaborat un plan național sanitar și a salvat numeroase spitale de

faliment în timpul Mari Depresii. În timpul celui de-al II-lea Război Mondial, după instaurarea guvernului condus de Winston Churchill, William Beveridge a elaborat programul de reconstrucție socială postbelică. Raportul lui Beveridge din 1942 *Asigurarea Socială și Servicii Conexe* a elucidat perspectiva viitorului unui stat prosper în care va exista serviciul național de sănătate, care va plasa asistența medicală printre prioritățile politice naționale.

Anexa 13.1. Obiectivele Sistemului Național de Sănătate.

1. *Asigurarea accesului universal la un șir larg de servicii medico-sanitare.*
2. *Promovarea scopurilor sanitare naționale.*
3. *Îmbunătățirea indicilor stării sănătății.*
4. *Asigurarea echității interregionale și socio-demografice în ceea ce privește accesul și calitatea asistenței medico-sanitare.*
5. *Finanțarea adecvată cu stăpânirea costurilor și utilizarea eficientă a resurselor.*
6. *Satisfacerea necesităților consumatorului și eligibilitatea furnizorului de asistență medico-sanitară primară.*
7. *Asigurarea satisfacției față de serviciile de referință, precum și a eligibilității acestora.*
8. *Mobilitatea beneficiilor în cazul schimbării locului de lucru sau a reședinței.*
9. *Administrarea și reglarea publică.*
10. *Promovarea calității înalte a serviciului.*
11. *Complexitatea asistenței medico-sanitare primare, secundare și terțiare.*
12. *Dezvoltarea sistemelor de monitorizare și informare.*
13. *Continuitatea revizuirii politicii și a managementului.*
14. *Promovarea standardelor de educație, perfecționare și cercetare profesională.*
15. *Furnizarea serviciilor de către organizații guvernamentale și private.*
16. *Managementul decentralizat și participarea comunității.*

Guvernul coaliției militare a aprobat principiile serviciului național de sănătate, care a avut o puternică rezonanță publică, în pofida rezistenței opuse de asociațiile medicale. În anul 1948 guvernul muncitoresc condus de Clement Attlee a înființat Serviciul Național de Sănătate (NHS), acesta fiind finanțat de stat, cu o acoperire universală, care furniza asistență gratuită acordată de medici generaliști, specialiști, spitale și servicii de sănătate publică.

Asigurarea medicală națională. Sistemul canadian de asigurare medicală națională bazat pe impozite a fost înființat prin intermediul inițiativelor provinciale promovate de Tommy Douglas, premierul provinciei Saskatchewan. Inițiate în 1946 programele provinciale ofereau servicii spitalicești asigurate, ulterior această asigurare răspândindu-se și asupra serviciilor medicale și de diagnostic. Acest sistem, fiind sprijinit politic și promovat de stat prin intermediul măsurilor de reducere și divizare a cheltuielilor, s-a dezvoltat vertiginos în perioada anilor 1946-1971. Aceste programe provinciale de asigurare medicală inițial finanțate din impozite și dotații mai târziu au devenit finanțate doar din veniturile fiscale. Programul canadian „Medicare” este administrat public de către provincii cu respectarea standardelor federale, finanțare divizată și o acoperire universală a populației. Asistența este acordată de către medicii generaliști privați în baza principiului plată pentru serviciu care este stabilită în cadrul negocierilor cu autoritățile sanitare. Spitalele sunt gestionate de autorități municipale sau de voluntariat non-profit, finanțarea fiind asigurată prin bugete în bloc. Acest tip de Medicare a fost ulterior adoptat în mai multe regiuni din Australia.

STATELE UNITE

În anul 1997 populația Statelor Unite constituia 271,6 milioane de oameni cu un GNP la cap de locuitor egal cu 28020 dolari SUA (1996) și o mortalitate a copiilor de 8 la 1000 de nașteri de feți vii (al treisprezecelea loc din lume). Statele Unite au un sistem federal de guvernare în componența căruia intră 50 de state fiecare având guvern eligibil cu propria legislație, justiție, poliție și fisc. În conformitate cu Constituția Statelor Unite responsabilitatea primară pentru sănătate și prosperitate îi aparține statului, serviciile medico-sanitare federale directe fiind acordate doar forțelor armate, veteranilor și băștinașilor

americani. Totodată guvernul federal este responsabil și de stabilirea standardelor naționale, aplicarea forțelor reglatorii și crearea sistemelor informaționale. Guvernului federal, de asemenea, îi aparține rolul decisiv în finanțarea cercetărilor științifice, serviciilor medico-sanitare și a programelor de instruire.

Inițiativele medico-sanitare federale

În anul 1798 guvernul federal și-a asumat responsabilitatea pentru sănătatea marinarilor, înființând spitalele marine (mai târziu Serviciul de Sănătate Publică). La sfârșitul secolului XIX și începutul secolului XX Serviciul Extins Federal al Departamentului Agriculturii promova educația alimentară și igienică în regiunile rurale ale țării. Mai târziu prin legislativ au fost înființate departamente de sănătate statale, municipale și regionale. Pericolele sanitare cum ar fi standardele joase ale produselor alimentare și medicamentelor, ale instituțiilor de îngrijire, lipsa asistenței vârstnicilor și săracilor, automobilele periculoase, poluarea mediului ambiant și deficiențele în serviciile medico-sanitare au impus necesitatea intervenirii guvernului pentru protejarea intereselor publicului. Legea de Control a Calității Produselor Alimentare și Medicamentelor din 1906 a fost promulgată pentru a regla și controla comerțul cu aceste produse. În anul 1921 prin Legea Sheppard-Towner a fost înființat Biroul pe Problemele Copiilor care administra granturile oferite de guvernele statale pentru gestionarea programelor de asistență medico-sanitară a mamei și copilului; mai târziu această lege a fost inclusă în componența Legii referitor la Securitatea Socială.

În anul 1927 Comisia pe Problemele Costurilor Asistenței Medico-sanitare, fondată de mai multe fundații private, a recomandat pentru promovarea asistenței medico-sanitare eficiente pentru toți implementarea în Statele Unite a programului național de sănătate în care asistența medico-sanitară trebuia să fie furnizată de către grupuri de medici practicieni preplătiți voluntar. Din anii 1920 asociațiile muncitorești au câștigat dreptul de a

beneficia de asigurare medicală prin intermediul contractelor colective. Totodată aceste inițiative au fost târăgănite de Marea Depresie (1929-1939). Legea referitor la Securitatea Socială din 1935 a majorat sprijinul social al milioaneilor de persoane cu handicap sau leziuni profesionale, văduve și orfani, vârstnici, acest fapt reducând substanțial consecințele Marii Depresii.

În timpul celui de-al II-lea Război Mondial milioane de americani din forțele armate și dependenții lor, anterior limitați în accesul la asistența medico-sanitară preplătită, au fost incluși în programul național de asistență medico-sanitară gratuită (Asistența Mamei și Copilului pentru Văduvele și Copiii Militarilor). În același timp beneficiile sanitare obținute prin asigurarea voluntară a muncitorilor s-au extins simțitor. Spre sfârșitul războiului milioane de veterani au devenit eligibili pentru asistența medico-sanitară prin intermediul Departamentului Veteranilor (VA), care în acest scop a creat o rețea națională de spitale federale.

În anul 1946 tentativa de promulgare în Congresul SUA a asigurării medicale naționale (Legea Wagner-Murray-Dingell) a suferit eșec. Un articol al acestei legi, totuși aprobat, împuternicea guvernul federal să inițieze un program de oferire a granturilor cu destinație specială pentru renovarea spitalelor din țară (Legea Hill-Burton). Finanțarea federală masivă a sectorului medico-sanitar a fost efectuată prin intermediul Institutelor Naționale de Sănătate (NIH), înființate după al II-lea Război Mondial, care promovau cercetările științifice în domeniu și sprijineau facultățile medicale publice și private, spitalele clinice și instituțiile de cercetări științifice. În anii 1950 guvernul federal a înființat Centrele de Epidemiologie și Medicină Preventivă (CDC) și a majorat granturile sanitare publice oferite pentru asistența activităților sanitare publice statale și locale.

În anii 1940-1960 asigurarea medicală benevolă a devenit principala metodă de preplătire a necesităților în asistență medico-sanitară, practică realizată preponderent prin intermediul contractelor de angajare la serviciu. Ulterior s-a dezvoltat rapid sectorul privat de asigurare medicală care era

influențat minimal de guvern în ceea ce privește stabilirea prețurilor și a plăților. În anii 1970-1980 patronii au devenit preocupați de costurile exagerate ale asigurării medicale a muncitorilor lor și au impus guvernul să acționeze în direcția reducerii acestor costuri. Inițiativele federale includeau asigurarea din resurse publice a vârstnicilor și săracilor, promovarea eficienței sistemului de achitare a serviciilor spitalicești și, mai târziu, înființarea organizațiilor de menținere a sănătății (HMO) și de asistență controlată.

Medicare și Medicaid

La mijlocul anilor 1960 în pofida dezvoltării sistemelor de asigurare medicală voluntară și la locul de lucru, o mare parte din populația în vârstă și săracă a SUA era lipsită de asigurare. În anul 1965 Președintele Lyndon B. Johnson a introdus programul Medicare pentru persoanele în vârstă (de peste 65 de ani), cu disabilități și cele ce necesitau dializă (Articolul XVII al Legii referitor la Securitatea Socială din 1935). Acest program a facilitat asigurarea a aproximativ 10% din populație cu o formă limitată de asigurare medicală. Medicaid – Articolul XIX al Legii referitor la Securitatea Socială aprobat de asemenea în 1965, presupunea finanțarea divizată federală și statală a programelor de asistență medico-sanitară pentru săraci, cu participarea autorităților locale. Aceste două programe au permis includerea a 25% de americani în sistemul public de asigurare medicală. Între state aceste programe se deosebeau în dependență de definirea stării de sărăcie și gradul de participare la Medicare al beneficiarilor.

Finanțarea publică a asistenței medico-sanitare în Statele Unite include Medicare și Medicaid, cercetările științifice, studiile medicale și promovarea centrelor și serviciilor de sănătate comunitare în regiunile ne deservite și sărace (vezi Tabelul 13.1). Procentul de finanțare publică în Statele Unite a crescut de la mai puțin de 25% în anul 1960 la peste 46% din cheltuielile sanitare totale în anii 1995-1998. În anul 1996 71% din populația Statelor Unite de sub 65 de ani era acoperită de asigurarea privată, preponderent prin asigurarea la locul de

muncă, 11% erau asigurați prin Medicaid, 2% din banii publici, iar 16% erau neasigurați. Populația înrolată în Medicare s-a majorat de la 19 milioane în 1966 la 38,4 milioane în 1997 inclusiv 4,8 milioane de persoane cu dizabilități de vârstă mai mică de 65 de ani. Numărul mediu de persoane deservite la 1000 de asigurați s-a majorat de la 570 în 1977 la 826 în 1995, cheltuielile sanitare anuale pentru deservirea unei persoane majorându-se de la 1332 în 1977 la 5074 de dolari SUA în 1995. Numărul de persoane asigurate prin Medicaid a crescut de la 28,2 milioane în anul 1991 la 32 de milioane în 1997, majorându-se și proporția populației înrolate în programele de asistență controlată de la 9,5% în 1991 la 47,8% în anul 1997.

TABELUL 13.1. Cheltuieli sanitare, totale, publice și după tipul de servicii, Statele Unite, 1960-1998.

Cheltuieli	1960	1970	1980	1985	1990	1995	1998
Totale (miliarde dolari SUA)	26,9	73,2	247,2	428,2	697,5	988,5	1146,8
Cheltuieli la cap de locuitor (dolari)	143	346	1,063	1,711	2,688	3,621	NA
Cheltuieli ca % din GDP	5,3	7,4	9,2	10,5	12,1	13,6	13,7
Cheltuieli publice ca % din totale	24,5	37,2	42,0	41,3	42,2	46,2	46,2
Cercetări și construcții (%)	6,3	7,3	4,7	3,8	3,5	3,1	2,9
Servicii medico-sanitare în total (%)	93,7	92,7	95,3	96,2	96,5	96,9	97,1
Spitale (%)	34,5	38,2	41,5	39,3	36,8	35,4	33,4
Instituții de îngrijire (%)	3,2	5,8	7,1	7,2	7,3	7,9	7,6
Asistența la domiciliu (%)	0,2	0,3	1,0	1,3	1,9	2,9	2,9
Subtotal (%)	37,9	44,5	49,6	47,8	46,0	46,2	43,9
Medici (%)	19,7	18,5	18,3	19,5	21,0	20,4	19,3
Stomatologi (%)	7,3	6,4	5,4	5,1	4,5	4,6	4,7
Alți specialiști (%)	2,3	1,9	2,6	3,9	5,0	5,3	5,8
Medicamente, alte consumabile (%)	15,8	12,0	8,7	8,7	8,6	8,4	9,3
Altele (%)	6,0	4,0	3,6	3,0	3,1	3,9	4,0
Cheltuielile nete de regie și asigurare (%)	4,3	3,7	4,8	5,6	5,5	4,9	6,5
Sănătatea publică guvernamentală (%)	1,4	1,8	2,7	2,7	2,8	3,2	3,6

Sursa: *Health, United States*, 1996-1997; 1998 data from Smith *et al.*, 1999.

Medicare și Medicaid au lărgit semnificativ acoperirea populației cu asigurare medicală. Aceasta a contribuit la creșterea cheltuielilor sanitare în sectorul public ceea ce constituie un subiect de critică și în același timp de susținere a programelor sanitare publice. Grupurile care optează împotriva acoperirii universale cu asigurare medicală folosesc ca argument majorarea costurilor, motiv pentru care în anii 1997-1999 în Congres a fost discutată

posibilitatea retragerii beneficiilor programului Medicare. Suporterii accesului universal la asistența medico-sanitară cheamă la reducerea costurilor prin intermediul reducerii prețurilor și a utilizării excesive a paturilor. Toate grupurile interesate recunosc că majorarea necontrolată a costurilor afectează sistemul de asistență medico-sanitară a țării. Creșterea cheltuielilor de regie frecvent trezește discuții aprinse. Datorită procentului major de populație neasigurată (18%) și a altor 15% de cetățeni cu asigurare limitată, presiunile politice pentru implementarea programului național de asigurare medicală vor continua și în noul secol.

Reformarea asistenței medico-sanitare

Creșterea vertiginoasă a costurilor asistenței medico-sanitare pe parcursul anilor 1960-1990 se atribuie unui șir de factori: majorării numărului populației în vârstă, nivelelor mari de mortalitate printre populația săracă, răspândirii SIDA, avansării rapide a tehnologiilor medicale costisitoare, investițiilor publice pe scară largă în învățământ, cercetărilor științifice medicale, precum și construcției instituțiilor medico-sanitare, specializării înalte a serviciilor medicale și costului exagerat al testelor de laborator, nivelului înalt de spitalizări evitabile, orientării instituționale a sistemului sanitar, cheltuielilor de regie exagerate datorate numărului mare de agenții private în sistemul de asigurare medicală, veniturilor înalte ale medicilor, în special ale specialiștilor, costului major al asigurării în caz de eroare medicală. Inițiativa de stăpânire a costurilor a venit de la guvern, industrie și sistemul privat de asigurare medicală.

Majoritatea spitalelor aparțin și sunt gestionate de agenții non-profit, inclusiv agenții federale, organizații de voluntariat și religioase. Numărul de paturi comunitare de asistență de scurtă durată din spitalele private care funcționează cu profit s-a majorat de la 7,8% în anul 1975 la 12,7% în 1996. Practica medicală privată, remunerată în baza principiului plată pentru serviciu, până în anii 1990 era forma cea mai răspândită de asistență medicală din Statele

Unite. În anii 1990 HMO și alte tipuri de organizații de asistență controlată s-au dezvoltat vertiginos devenind rapid metoda predominantă de organizare a asistenței medico-sanitare în Statele Unite.

Practica preplătită în grup (PGP) a derivat din asistența medico-sanitară contractată de companie, în special în regiunile periferice ale țării. Spitalul comunitar Elk City din Oklahoma înființat în anul 1929 este considerat primul exemplu real de cooperare medicală sau practică preplătită în grup. Mai târziu au fost formate numeroase asociații cooperatiste pentru acordarea asistenței medico-sanitare preplătite. Pentru asigurarea cu asistență medico-sanitară a regiunilor sărace miniere din Munții Appalachian au fost create servicii medicale sponsorizate de uniuni industriale. În anii 1940 în New York din surse publice a fost finanțat Programul de Asigurare Medicală a Marelui New York care presupunea acordarea asistenței medicale preplătite persoanelor cu reședință în regiunile sărace și în curs de renovare a orașului. Această practică ulterior a fost sprijinită de uniuni organizate, cum ar fi asociația angajaților municipali și asociația muncitorilor din industria textilă.

Practica preplătită în grup a devenit larg cunoscută odată cu crearea de către Kaiser Permanente a rețelei de servicii medico-sanitare pentru lucrătorii companiei Henry J. Kaiser Industries și cu construirea Barajului Boulder și Barajului Grand Coulee în anii 1930. Această experiență a fost aplicată în industriile lui Kaiser din regiunea San Francisco. Programul medico-sanitar al lui Kaiser Permanente în prezent asigură cu asistență medicală milioane de americani din mai multe state. Inițial întâmpinând o rezistență înverșunată din partea asociațiilor medicale și a organizațiilor private de asigurare medicală PGP a devenit acceptată deoarece furniza o asistență de calitate și mai puțin costisitoare. Această practică era atractivă atât pentru patroni, cât și pentru angajați și uniunile sindicale și mai târziu pentru guvern care era în căutarea metodelor eficiente de stăpânire a costurilor în creștere.

Din anii 1970 pentru promovarea acestui concept, în special de către guvern, a început a fi întrebuințat termenul mai generic de organizație de

menținere a sănătății (HMO). Conceptul HMO, care leagă într-un tot întreg asigurarea medicală și asistența medico-sanitară, a fost promovat prin intermediul Legii HMO promulgată de către Președintele Richard Nixon în 1973. De atunci HMO a devenit o parte acceptată a asistenței medico-sanitare în Statele Unite și o importantă alternativă a serviciilor achitate în baza principiului plată pentru serviciu și a practicii medicale private (Tabelul 13.2).

TABELUL 13.2. Programe și numărul de membri implicați în Organizații de Menținere a Sănătății, Statele Unite, 1976-1997.

HMO	1976	1980	1985	1990	1995	1997
Numărul de programe	176	235	478	572	562	651
Înrolarea (milioane)	6,0	9,1	21,0	33,0	50,9	66,8

Sursa: *Health, United States*, 1998.

Cu scop de încurajare a utilizării mai eficiente a asistenței spitalicești metoda de achitare a asistenței spitalicești s-a modificat pe parcursul anilor 1980. În anul 1983 în cadrul programului Medicare a fost adoptat un nou sistem de achitare prospectivă a serviciilor medico-sanitare, numit grupuri cu diagnosticuri înrudite (DRG), plata pentru asistența spitalicească fiind achitată în dependență de categoriile de diagnosticuri (HCFA, 1998). Acest nou sistem a înlocuit sistemul vechi de achitare după numărul de zile de spitalizare. Metoda DRG încuraja personalul spitalicesc să trateze pacientul eficient și expeditiv și să-l externeze cât mai repede posibil. Prin această metodă a început a fi achitată plata pentru asistența spitalicească a pacienților incluși în Medicare și Medicaid. În multe state această practică a devenit una obișnuită pentru pacienții cu asigurări medicale private. Între anii 1980 și 1990 datorită sistemului de achitare DRG și HMO sau organizațiilor de asistență controlată utilizarea spitalelor în Statele Unite s-a redus simțitor. În această perioadă de timp costurile totale ale asistenței medico-sanitare s-au majorat, iar fără reducerea utilizării spitalelor acestea ar fi fost mult mai mari.

La sfârșitul anilor 1980 a fost introdus termenul de asistență controlată, o formă extinsă de HMO de tipul lui Kaiser Permanente pentru a integra sistemele cu profit și non-profit. Programele de asistență controlată de tip HMO gestionează propriile clinici și personalul lor (modelul de personal). Alte tipuri

de organizații de asistență controlată funcționează pentru profit sau sunt non-profit. Acestea sunt asociațiile de practică independentă (IPA) care operează cu medicii din practica privată sau organizațiile de furnizori preferențiali (PPO) care asigură beneficiarilor înrolați la un preț negociat (Capitolul 12) asistență medico-sanitară prin intermediul medicilor sau a altor furnizori asociați în programe de servicii.

După eșuarea programului național de asigurare medicală propus de Clinton în 1994 (vezi mai jos), asistența controlată s-a dezvoltat vertiginos dat fiind faptul că patronii căutau să-și asigure angajații cu o asistență calitativă la un preț rezonabil. Sistemele de asistență controlată au reușit să reducă costul asistenței medico-sanitare ceea ce nu a reușit guvernul SUA. În anul 1996 74% din lucrătorii americani asigurați erau înrolați în programe de asistență controlată în comparație cu 55% în 1992. În California, stat cu tradiții vechi de funcționare a HMO, către anul 1997 peste 75% din persoanele asigurate, exclusiv beneficiarii Medicare și Medicaid, erau asigurați medical prin intermediul asistenței controlate. În toate Statele Unite în afară de 58 milioane de persoane asigurate de HMO, alte 91 de milioane erau înrolate în PPO, 25% din beneficiarii Medicaid și 10% din Medicare fiind incluși în programele de asistență controlată (website-ul Departamentului de Finanțare a Asistenței Medico-sanitare, 1998). În Statele Unite, procesul de căutare a căilor de stăpânire a costurilor a dus la elaborarea unor inovații importante în asigurarea cu asistență medico-sanitară, achitarea serviciilor și în sistemele informaționale. HMO au demonstrat faptul că asistența calitativă și eficientă poate fi asigurată și cu rate de spitalizare mai joase decât asistența furnizată în baza principiului plată pentru serviciu.

Revoluția de asistență controlată din anii 1990 a produs reformarea profundă a organizării asistenței medico-sanitare din Statele Unite. Spitalele și alte servicii medicale sunt într-o competiție permanentă pentru contracte cu organizațiile de asistență controlată și creează servicii medico-sanitare comunitare proprii cu scop de a satisface necesitățile sanitare ale clienților

asigurați. În multe instituții excesul de paturi spitalicești a devenit o povară economică, fapt care a forțat multe spitale de a-și micșora sau vinde secțiile nerentabile. În noile condiții economice spitalele sunt nevoite pentru a obține contracte cu organizațiile de asistență controlată să reducă numărul de paturi, iar alte spitale se închid deoarece nu rezistă competiției pentru fluxul suficient de pacienți (deci, devin nerentabile, *n. trad.*).

Inițiativele legislative federale și statale încearcă să definească drepturile pacientului în asistența controlată, necesitate apărută în urma acuzațiilor aduse de public în ceea ce privește limitarea asistenței controlate. În același timp sunt tot mai insistente inițiativele de implicare tot mai profundă a beneficiarilor Medicare și Medicaid în programele de asistență controlată. Ca răspuns la numărul tot mai mare de reclamații publice referitor la limitarea accesului la serviciile specializate și a duratei de spitalizare de către asistența controlată Congresul Statelor Unite în anul 1998 a aprobat Legea sponsorizată de două partide care impune spitalizarea parturientei pe cel puțin 48 de ore. Multe alte inițiative legislative ce au ca scop protejarea drepturilor consumatorilor și de eligibilitate a doctorului au fost propuse atât în Congres, cât și în legislativele statale. În anul 1997 Asociația Americană de Sănătate Publică a chemat la monitorizarea strictă și evaluarea minuțioasă a asistenței controlate, în special a celei furnizate de organizațiile cu profit. Asociația Medicală Americană (AMA) promovează inițiative legislative care limitează programele de asistență controlată. Inițiativele legislative federale și statale sunt, probabil, sortite eșecului datorită anxietății majore de a provoca un nou avânt al costurilor medico-sanitare. Totodată este puțin probabilă revenirea Statelor Unite la vechiul sistem de achitare în baza principiului plată pentru serviciu.

Sisteme informaționale sanitare

În Statele Unite au fost create sisteme informaționale complexe de importanță atât internă, cât și internațională. CDC publică regulat *Raportul Săptămânal al Morbidității și Mortalității (MMWR)* care stabilește standardele

internaționale pentru raportarea bolilor și analiza politicii sanitare. Centrul Național de Statistică Medicală (NCHS), Departamentul de Finanțare a Asistenței Medico-sanitare (HCFA), Serviciul de Sănătate Publică (PHS), Departamentul de Control al Calității Produselor Alimentare și Medicamentelor (FDA) și Institutele Naționale de Sănătate (NIH) ale SUA, precum și numeroase organizații nonguvernamentale (NGO) se ocupă cu colectarea și publicarea datelor sanitare, de rând cu activitățile importante de cercetare științifică și monitorizare a stării sănătății. Rezultatele Studiilor de Cercetare a Sănătății și Nutriției la Nivel Național (NHANES, vezi Capitolul 8) și a altor programe de monitorizare a stării sănătății sunt regulat publicate în literatura de specialitate și raporturile CDC. Sistemul național de monitorizare a externărilor din spital facilitează o mai bună înțelegere a indicilor utilizării spitalului și ai morbidității. Aceste sisteme informaționale sunt de importanță vitală pentru supravegherea epidemiologică și managementul sistemului de asistență medico-sanitară.

În anul 1965 *Raportul Referitor la Fumat* al Ministrului Sănătății al Statelor Unite, în care a fost evidențiată relația cauzală dintre fumat și cancerul pulmonar, a avut o influență majoră asupra comportamentului și atitudinii publice față de sănătate. *Raportul Ministrului Sănătății Referitor la Nutriție* din 1988 a fost un alt document de importanță crucială în care au fost stabilite standardele internaționale ale sănătății publice. Iluminarea sanitară a populației referitor la subiectele sanitare este o sarcină dificilă și nivelul de cunoștințe sanitare ale publicului general crește treptat, dar cu diferențe semnificative în dependență de clasa socială și nivelul de educație.

Scopurile sănătății

În pofida creșterii vertiginoase a prețurilor la asistența medico-sanitară în anii 1970-1980, perfecționării activităților de promovare a sănătății și dezvoltării rapide a tehnologiilor medicale, ritmul îmbunătățirii stării sănătății americanilor a fost mai mic decât în alte țări occidentale. După mortalitatea

infantilă din populația generală SUA în anul 1996 rămânea pe locul 21 în lume, iar după mortalitatea infantilă în populația albă – pe locul 16, fiind întrecute de alte țări occidentale care cheltuiau pentru sănătate cu mult mai puține mijloace la cap de locuitor.

În anul 1979 în Raportul Ministrului Sănătății al Statelor Unite, *Poporul Sănătos*, au fost stabilite o serie de scopuri sanitare naționale în diferite domenii ale sănătății publice. Aceste scopuri au fost definite prin 226 de obiective a 15 programe sanitare în așa categorii ca prevenția, protecția și promovarea sănătății. Aceste scopuri și obiective au fost discutate de 167 de experți din diferite domenii care au luat parte la conferința organizată de Serviciul de Sănătate Publică al SUA. Consensul obținut a fost elucidat într-un memorandum semnat de reprezentanții autorităților sanitare naționale ai Institutului de Medicină al Academiei Naționale de Științe și organizațiilor profesionale (Academia Americană de Pediatrie și Colegiul American de Obstetrică și Ginecologie, etc.). Acest efort a fost susținut de public și numeroase organizații inclusiv de agențiile medico-sanitare locale și statale, grupurile de consumatori și furnizori, centrele academice și asociațiile medico-sanitare de voluntariat.

Aceste scopuri sunt periodic evaluate prin aprecierea indicilor de performanță a sistemului sanitar al SUA și la necesitate actualizate (vezi Tabelul 13.3). Realizările din anii 1980 în acest domeniu au inclus reducerea semnificativă a ratei mortalității de pe urma celor trei cauze majore de deces: bolile cardiace, ictusurile cerebrale și traumatismele accidentale. S-a redus și mortalitatea infantilă de rând cu incidența bolilor infecțioase evitabile prin vaccinare.

TABELUL 13.3. Categoriile și direcțiile obiectivelor sanitare, Statele Unite.

Categoria	Grupuri specifice de activități cu scopuri apreciabile
Promovarea sănătății	<p>Îmbunătățirea activității și performanței fizice</p> <p>Nutriția: reducerea deficiențelor și a stărilor de malnutriție</p> <p>Reducerea fumatului și a expunerii la tutun</p> <p>Reducerea abuzului de alcool și droguri</p> <p>Promovarea planificării familiei</p> <p>Îmbunătățirea asistenței pacienților bolnavi psihic</p>

	Reducerea comportamentului violent și abuziv Promovarea programelor educaționale și comunitar orientate
Protecția sănătății	Reducerea leziunilor accidentale Îmbunătățirea securității și sănătății profesionale Reducerea expunerii la toxice Îmbunătățirea securității alimentelor și medicamentelor Îmbunătățirea sănătății cavității bucale
Servicii preventive	Reducerea morbidității materne și infantile și a factorilor de risc Reducerea factorilor de risc ai bolilor cardiace și ictusurilor cerebrale Reducerea factorilor de risc ai morbidității prin cancer Îmbunătățirea depistării și managementului cazurilor de diabet zaharat și a altor boli cronice care provoacă disabilitate Reducerea incidenței infecției HIV Reducerea incidenței bolilor sexual transmisibile Îmbunătățirea acoperirii populației cu imunizare pentru controlul bolilor infecțioase Majorarea utilizării serviciilor preventive
Supravegherea și monitorizarea	Îmbunătățirea supravegherii și a sistemelor informaționale la nivel federal, statal și local
Obiective legate de vârstă	Îmbunătățirea calității serviciilor și majorarea utilizării lor pentru copii, adolescenți și tineri, adulți și vârstnici
Populații speciale	Îmbunătățirea accesului și asistenței pentru persoanele cu venit mic: afro-americieni, latino-americieni, asiatici și originari de pe insulele Pacificului, indieni și alți băștinași americani

Sursa: Public Health Service, 1992, and Healthy People website, 1999.

În Raportul Ministrului Sănătății *Poporul Sănătos 2000* publicat în 1992, sunt specificate 332 de obiective sanitare specifice, clasificate în 6 grupe, preconizate pentru realizare către anul 2000 în următoarele domenii: promovarea sănătății, protecția sănătății, serviciile preventive, sistemele informaționale sanitare și grupurile de vârstă și cu necesități specifice (vezi Capitolul 11). După unele aprecieri în Statele Unite anual decedează 1 milion de persoane din cauze care pot fi prevenite. Reducerea comportamentului de risc, promovarea sănătății la locul de muncă, reducerea inechităților interregionale în accesul la asistența medico-sanitară și măsurile educaționale, toate acestea dețin un potențial semnificativ de reducere a ritmului de creștere a costurilor sanitare.

Multe state au adaptat aceste obiective pentru aprecierea stării sănătății populației și a performanței asistenței medico-sanitare acordate. Publicațiile anuale ale Serviciului de Sănătate Publică al SUA în cooperare cu Centrul

Național de Statistică Medicală pune la dispoziția publicului și profesioniștilor o bază mare de date pentru elaborarea intervențiilor sanitare de îmbunătățire a stării sănătății populației și realizarea obiectivelor trasate. Conceptul de lucru pentru atingerea unor obiective specifice a fost adoptat în mai multe state. La sfârșitul anilor 1990 a început lucrul asupra programului *Poporul Sănătos 2010* acesta fiind discutat la numeroase întruniri, sesiuni publice și în Internet /website <http://www.health.gov/healthypeople>), ceea ce a oferit oamenilor posibilitatea de a-și expune opinia. Adoptarea programului *Poporul Sănătos 2010* a fost preconizată pentru anul 2000.

Revizuirea realizărilor programului *Poporul Sănătos 2000* a demonstrat că se reduce încontinuu mortalitatea infantilă, cea de pe urma bolilor cardiace și accidentelor cerebrovasculare, fiind înregistrate tot mai puține decese din cauza accidentelor rutiere cauzate de conducerea mijloacelor auto în stare de ebrietate. Adulții fumează mai puțin, consumă mai puține produse alimentare grase și prezintă nivele sangvine de colesterol mai joase, precum și mai puține probleme sanitare legate de stres. Totodată în anul 1998 grupul de experți ai Institutelor Naționale de Sănătate a stabilit faptul că aproximativ 55% din populația SUA suferă de hipernutriție – problemă sanitară majoră asociată cu cheltuieli anuale de 100 miliarde de dolari SUA. Incidența și mortalitatea din cauza cancerului în anii 1991-1995 a scăzut cu aproximativ 8%. Este în descreștere și incidența rujeolei și a gonoreei. Mortalitatea și morbiditatea prin infecție cu *Haemophilus influenzae* aproape că a fost eliminată. Majoritatea populației locuiește în regiuni cu un aer curat, a scăzut și nivelul sangvin de plumb la copii. O problemă sanitară publică majoră o constituie SIDA mortalitatea de pe urma căreia a crescut vertiginos din anii 1980, atingând cel mai mare nivel în anul 1994, ulterior în grupul persoanelor de 25-44 de ani între anii 1995-1996 scăzând cu 26%. Gravidațiile la adolescente sunt încă răspândite, dar în anii 1990 a scăzut semnificativ rata nașterilor printre ele. În anii 1994-1995 odată cu îmbunătățirea condițiilor economice și micșorarea

șomajului ratele de omucidere în majoritatea orașelor Statelor Unite s-au redus considerabil.

Promovarea sănătății în anii 1980 și 1990 în Statele Unite a fost pe larg sprijinită de public, guverne și profesioniști. Parțial aceasta se datorează tradițiilor stabile de educație sanitară în regiunile agricole rurale și școală. Datorită atenției majore a mijloacelor mass-media acordate importantelor studii epidemiologice, s-a majorat conștiinciozitatea publicului în problemele fumatului și ale nutriției.

Avocatura sau apărarea intereselor

Apărarea intereselor consumatorului este un factor care a stimulat reformele din secolul XX în Statele Unite, în special în anii 1960. Avocatura consumatorului a contribuit esențial la introducerea controlului guvernamental în diverse domenii legate de sănătatea publică (Capitolul 2). Aceste domenii includ securitatea automobilelor și controlul gazelor de eșapament, standardele mediului ambiant, programul Mamele Împotriva Conducerii Mijloacelor Auto în Stare de Ebrietate (MADD), marcarea și fortificarea produselor alimentare de bază, industria tutunului. Fortificarea alimentelor, pentru prima dată introdusă în Statele Unite, fiind o metodă inovatoare, bazată pe avocatura consumatorului, este o practică obligatorie doar în Canada. În pofida opiniilor publice controversate 52% din populația SUA este aprovizionată cu apă fluorizată, indice după care SUA depășesc cu mult majoritatea țărilor industrializate.

Grupurile de apărare a intereselor pot de asemenea să promoveze anularea măsurilor sanitare publice, ca spre exemplu lupta grupurilor de avocatură a consumatorului împotriva imunizării în masă, poziție argumentată prin multiplele reacții adverse ale vaccinurilor. Oponenții avorturilor au influențat puternic politica publică și chiar au fost înregistrate cazuri de violență împotriva adeptilor și medicilor care practica avorturile. Cercetările științifice și iluminarea sanitară a publicului favorizează creșterea conștiinciozității

individului și publicului în domeniul sanitar, precum și crearea unei atmosfere de promovare a modului sănătos de viață.

Inechitățile sociale

Lipsa accesului universal la asistența medico-sanitară și încurajarea acestei practici duce la înstrăinarea sau neglijarea asistenței medico-sanitare precoce și promovează o politică sanitară nerezonabilă cu accent pe asistența urgentă și cea spitalicească cu scop de management al maladiilor netratate la timp. În condițiile unui număr major de persoane neasigurate și a multor neajunsuri în sistemul de asigurare medicală, accesul și utilizarea asistenței preventive sunt cu mult mai joase decât nivelele necesare pentru a obține o echitate socială în sănătate, în special în sănătatea mamei, copilului și a bolnavilor cronici cu astfel de afecțiuni cum ar fi diabetul zaharat, cancerul și bolile cardiace. Appreciate prin mortalitatea infantilă diferențele dintre populația albă și afro-americană din Statele Unite rămân încă ridicate, în anii 1983-1995 chiar fiind în creștere (Capitolul 6). Majoritatea acestor diferențe sociale se datorează inechităților în acoperirea cu asigurare medicală a populației, precum și factorilor socio-economici.

Eforturile de extindere a acoperirii sugarilor cu imunizare în Statele Unite cu scop de realizare a obiectivelor sanitare naționale s-au încununat cu succes, realizare parțial datorată acțiunilor de imunizare orientate asupra populației sărace a țării. Nivelele nesatisfăcătoare de acoperire cu imunizare în orașele și regiunile rurale sărace au fost cauza izbucnirilor epidemice de rujeolă în anii 1991-1992. Acoperirea cu imunizare s-a majorat de la 83% pentru DTP, 72% pentru poliomielită și 83% pentru rujeolă de la sfârșitul anilor 1980 la 90% pentru toate vaccinurile în anii 1996-1997. Totodată procentul persoanelor complet imunizate conform programului de imunizare în anii 1996-1997 constituia doar 78%. Imunizarea ca condiție obligatorie pentru admiterea la școală a fost introdusă în toate 50 de state, totodată eforturile de imunizare completă la timp a populației preșcolare necesită o atenție specială din partea

organelor sanitare publice, în special în cazurile introducerii în programul de imunizare a vaccinurilor noi cum ar fi vaccinul antivaricelic.

Programele de alimentare școlară și de suplimentare nutrițională a femeilor gravide și a copiilor cu necesități speciale au contribuit la reducerea efectelor sanitare nocive ale sărăciei în Statele Unite, dar lipsa asigurării medicale încă afectează sever aceste grupuri populaționale.

Bolile cronice și traumatismele sunt în exces în populația săracă, ratele morbidității și mortalității fiind înalte practic în toate categoriile de vârstă. Accesul universal la o asistență medico-sanitară complexă poate reduce esențial inechitatea socială chiar dacă există diferențe izbitoare între venituri. Pe de altă parte majorarea veniturilor familiilor sărace este o metodă de asemenea eficientă de reducere a inechităților sociale în sănătate. Aceste două concepte sunt complementare și de importanță egală pentru politica socială în Statele Unite.

Programul Clinton

La începutul anilor 1990 asigurarea medicală a devenit un subiect major de dezbatere în cadrul politicii naționale și statale a Statelor Unite. La acel moment o mare parte din populația SUA era neasigurată sau asigurată medical inadecvat. Pierderea de asigurare medicală odată cu schimbarea locului de muncă și creșterea rapidă a costurilor asigurărilor private a generat tensiuni publice importante care impuneau necesitatea implementării unui program național de asigurare medicală. Comunitatea oamenilor de afaceri de asemenea și-a pierdut încrederea în asigurarea medicală benevolă deoarece costul ridicat al asigurărilor medicale majora considerabil cheltuielile pentru salarizarea muncitorilor asigurați, fapt care compromitea competitivitatea afacerii. Fostul guvernator al statului Arkansas Bill Clinton în cadrul campaniei electorale președințiale din anul 1992 a promis că va implementa programul național de asigurare medicală. În toamna anului 1993 programul sanitar al lui Clinton a

fost prezentat publicului american și a început procesul de dezbatere a acestuia pentru aprobarea în Congres.

Planul sanitar al lui Clinton se baza pe un sistem administrat la nivel federal de asigurare medicală obligatorie la locul de muncă, ca alternativă servind asigurările disponibile la diferite prețuri. Statul putea opta pentru crearea propriului sistem de asigurare medicală și chiar împuternici propriile departamente sanitare de a se ocupa de această funcție. Medicii puteau fi contractați direct de programul de asigurare pentru a acorda servicii la un preț fix sau prin intermediul HMO bazate pe practici în grup sau individuale.

La sfârșitul anului 1994 Planul sanitar al lui Clinton a suferit eșec. Aceasta s-a datorat apatiei majorității populației care era deja bine asigurată medical beneficiind de Medicare sau asigurarea la locul de muncă. În centrul atenției era interesul public, iar companiile de asigurare și comunitatea medicală organizată s-au folosit de acest fapt pentru a discredita acest program. Legislația federală protejează beneficiile muncitorului, evitând necesitatea implementării de către state a asigurării medicale obligatorii. Asistența federală precum și neacceptarea implementării sistemelor statale de asigurare medicală le permite autorităților statale să opteze pentru asistența controlată pentru beneficiarii Medicaid. Renunțarea în masă la programele Medicare și Medicaid permite includerea acestor beneficiari în programele sanitare statale, dar pentru asigurarea accesului universal este necesară aprobarea acestei legi în Congres. În același timp atacurile conservative asupra programelor sanitare publice cum ar fi Medicare atrag atenția publicului asupra asigurării medicale naționale. Inițiativele statale referitor la asistența medico-sanitară universală reprezintă metode alternative de asigurare a accesului universal la asistența medico-sanitară al populației.

Revoluția asistenței controlate

Mulți patroni au început să-și asigure muncitorii prin sistemul de asistență controlată. În anii 1990 s-a început trecerea în avalanșă a populației la

asigurarea medicală prin intermediul asistenței controlate, o mare parte a populației devenind membri ai HMO sau a altor forme de asistență controlată. Trecerea la asistența controlată a influențat major sistemul de asistență medico-sanitară, doctorii, spitalele și consumatorii fiind nevoiți să se conformeze noilor reguli ale acesteia. Limitarea accesului la specialiști și noile proceduri au generat o serie de critici din partea publicului general și a politicienilor, care, de fapt, nu au încetinit reforma economică cu efectele ei profunde asupra sistemului sanitar.

În anul 1996 multe state au introdus legi de reglare a HMO: în acel an au fost primite 56 de legi referitor la această problemă în 35 de state. În prezent în mijloacele mass-media apar frecvent critici ale HMO care funcționează în bază de profit, fiind în creștere și reacția negativă a publicului referitor la impunerea accesului limitat la medicii specialiști, serviciile de urgență, spitalizare și alte servicii terapeutice (spre exemplu, transplant de măduvă osoasă sau asistența spitalicească în cancerul avansat). Unele dintre aceste limitări au devenit subiecte de litigii judecătorești, medicilor invocându-se malpractica (malpraxis-ul). În anul 1998 Comisia Calității Sănătății numită de Președintele Clinton a elaborat Legea referitor la drepturile pacienților care presupunea informarea mai detaliată a pacienților referitor la programele sanitare și stabilirea dreptului la apelare la o comisie independentă de experți pentru examinarea cazurilor de refuz în asistență de urgență și specializată.

Practica non-profit preplătită în grup de tip HMO utilizează peste 90% din venituri pentru asistența pacientului, în timp ce programele care funcționează cu profit cheltuie un procent mult mai mare de venituri pentru administrare și salariile înalte ale personalului executiv. Tendința în creștere de înrolare în asistența controlată desigur se va menține, dar va fi necesar un control mai drastic al HMO, care funcționează cu profit, pentru a asigura accesul la servicii bazat pe criteriile medicale, aceasta fiind în interesul pacientului și cu scop de majorare a calității asistenței.

Rezumat

Statele Unite au reușit să realizeze numeroase scopuri stabilite în Raportul Ministrului Sănătății *Poporul sănătos* din anul 1979. În același timp în SUA s-a încetinit considerabil ritmul de creștere al cheltuielilor sanitare acesta constituind în anii 1986-1990 în mediu 10,7% pe an, iar în perioada 1991-1994 scăzând până la 6,9% anual. Aceasta s-a datorat parțial micșorării ratei inflației (<3%), dar și măsurilor de stăpânire a costurilor adoptate de către sectorul de asigurare medicală, dezvoltării asistenței controlate și raționalizării sectorului spitalicesc prin micșorarea numărului de paturi și promovarea serviciilor alternative mai puțin costisitoare.

Implementarea programului național de asigurare medicală a fost iarăși trăgănată prin respingerea de către Congres a programului sanitar al lui Clinton, dar acest subiect continuă să fie în atenția autorităților federale. Totodată inițiativele statale cu renunțarea la asistența federală vor domina reforma asistenței medico-sanitare în primii ani ai secolului XXI. La mijlocul și sfârșitul anilor 1990 majoritatea patronilor promovau includerea lucrătorilor lor în programele de asistență controlată, astfel asistența controlată s-a dezvoltat rapid prin mecanisme de piață. În prezent guvernele statale reglează asistența controlată prin mecanisme legislative (spre exemplu, invocarea duratei de spitalizare minime pentru cazurile obstetricale), prin limitarea posibilităților asistenței controlate de a contracta anumite servicii și prin elaborarea mecanismelor de apelare juridică de către membrii acestor organizații. Majorarea numărului de persoane asistate de Medicaid, datorată creșterii venitului minim care definește sărăcia, va majora acoperirea populației cu asigurare medicală. Asigurarea medicală obligatorie prin intermediul organizațiilor de asistență controlată va favoriza stăpânirea costurilor sanitare.

Pentru definirea asistenței medico-sanitare din Statele Unite frecvent este utilizat termenul de „non-sistem”, dar criticismul lui nu este justificat pe deplin. Acesta reprezintă totuși un sistem sau mai bine zis un sistem difuz. Încă există inechități sociale și interregionale în starea sănătății populației, dar acestea nu

sunt cu mult mai mari decât în țările cu un acces universal la asistența medico-sanitară. Afară de aceasta în Statele Unite există multiple programe paralele care aduc importante beneficii sanitare publice (programele de alimentare școlară, suplimentarea nutrițională a femeilor sărace, sugarilor și copiilor [programul WIC], programele de alimentare a muncitorilor săraci, fortificarea produselor alimentare de bază, asistența medico-sanitară urgentă gratuită și asistența spitalicească urgentă gratuită pentru săraci, Medicare pentru vârstnici, Medicaid pentru săraci). Cu toate aceste ajunsuri, lipsește accesul universal, iar sistemul de asistența medico-sanitară este cel mai costisitor din lume; indicii sănătății populației cum ar fi acoperirea cu imunizare și asistență prenatală și cei ai rezultatelor (mortalitatea infantilă etc.) nefiind cei mai performanți de pe glob. Diferențele sociale în starea sănătății sunt indicatori care dovedesc faptul că sistemul sanitar al Statelor Unite încă nu și-a dezvăluit pe deplin potențialul curativ profilactic.

CANADA

Canada este o țară federală în componența căreia intră zece provincii și două regiuni nordice, cu o populație de 29,9 milioane și cu un GNP la cap de locuitor de 19020 dolari SUA în anul 1996. Responsabilitatea pentru sănătate este constituțional atribuită guvernelor provinciale cu excepția sănătății populațiilor de băștinași (Inuiți și Indieni), a forțelor armate și a veteranilor. Cu toate că există numeroase similarități geografice, istorice, culturale și politice cu Statele Unite, Canada are un program național propriu de asigurare medicală.

Începând cu anii 1930 guvernul federal a oferit provinciilor granturi cu destinație specială pentru implementarea programelor sanitare cum ar fi programele de cancer și sănătate publică. Bazat pe acest precedent programul național canadian de sănătate reprezintă un sistem de asigurare medicală

provincială, guvernul federal ocupându-se de stabilirea standardelor și asistența financiară. Acest sistem s-a dezvoltat pe etape între anii 1946 și 1971, inițial incluzând spitale și servicii de diagnostic și apoi fiind implementat programul de asigurare medicală astăzi cunoscut ca Medicare. Acest program a permis asigurarea tuturor canadienilor cu asistență medico-sanitară finanțată de stat, în același timp existând și modele private de asistență medicală. Asistența spitalicească este acordată preponderent în bază de non-profit în spitale nonguvernamentale.

Programul sanitar canadian diferă semnificativ de cel din Marea Britanie sau Statele Unite. Fiecare din aceste trei sisteme reflectă tradițiile culturale și politice ale țării. Fiecare din ele este modificat cu scop de stăpânire a ritmului de creștere al costurilor sanitare și menținere sau dezvoltare a accesului universal. După decenii de perfecționare a sistemului național de asigurare medicală Canada a devenit un lider mondial inovator în domeniul promovării sănătății.

Evoluția asigurării medicale naționale

Primele inițiative de creare a unui sistem național de asigurare medicală în Canada datează anii 1920, acțiuni definitive în această direcție fiind întreprinse doar după al II-lea Război Mondial. Dezvoltarea asigurării medicale naționale se datorează parțial experienței din timpul Marii Depresii din anii 1930, mișcării cooperatiste agrariene și dorinței colective de a construi o societate cât mai prosperă în perioada postbelică. În anul 1946 guvernul social-democrat proaspăt ales din provincia Saskatchewan, regiune mare care se ocupa preponderent cu cultivarea grâului cu o populație de 1 milion de persoane care locuiau preponderent în regiunile de vest, condus de Tommy Douglas, fondatorul programului canadian Medicare, a elaborat un plan de asigurare a asistenței spitalicești. Acest plan presupunea acordarea gratuită a asistenței spitalicești preplătite tuturor cetățenilor provinciei, acest program fiind administrat public. În câțiva ani în alte provincii au fost implementate programe similare și în anul

1956 guvernul federal a promulgat Legea referitor la Serviciile Spitalicești și Diagnostice în conformitate cu care autoritățile federale își asumau responsabilitatea de a participa la finanțarea programelor sanitare provinciale, adoptând principiul accesului universal, de administrare publică a programelor de asigurare a asistenței spitalicești. Către anul 1961 toate zece provincii și două regiuni nordice au implementat programele de asigurare a asistenței spitalicești respectând criteriile federale de etajare dublă a programului național de asigurare medicală. Aceste sisteme reprezintă programe provinciale universale de sănătate cu respectarea standardelor și participarea divizată la finanțarea lor (autoritățile federale și cele provinciale).

În anul 1961-1962 Douglas și provincia Saskatchewan încă odată au demonstrat spiritul de inovație, implementând programul universal pentru serviciile medicale (Medicare). Acesta a întâmpinat o rezistență înverșunată din partea medicilor, 23 de zile doctorii au fost în grevă care a fost rezolvată prin anumite compromisuri, dar programul a intrat în acțiune, doctorii fiind plătiți în baza principiului plată pentru serviciu. Acest program de asemenea era bazat pe principiile asigurării accesului universal, a beneficiilor complexe și a administrării publice.

După discutarea controversată a acestui program Comisia Federală Statală pe Problemele Serviciilor Medicale (Comisia Hall) a recomandat implementarea unor astfel de programe finanțate cu participarea guvernului federal. În anul 1966 guvernul federal a promulgat Legea Medicare, care presupunea finanțarea divizată (federală și provincială) a programelor sanitare provinciale. Alocările federale constituiau 25% din cheltuielile sanitare naționale și 25% din cheltuielile curente pentru fiecare provincie în parte. Către anul 1971 aceste programe sanitare au fost implementate în toate provinciile.

Reformele și inițiativele

Programul național sanitar canadian a asigurat populația cu un acces universal la un set complex de servicii medico-sanitare fără a modifica practica

medicală de bază de la practica individuală privată la cea bazată pe plata pentru serviciu. Provinciile sărace puteau utiliza mecanisme de finanțare divizată pentru a majora standardele serviciilor medicale, accesul echitabil la majoritatea serviciilor fiind obținut pe întreg întinsul țării.

Majorarea rapidă a costurilor sanitare a impus necesitatea revizuirii în anul 1969 a politicii sanitare (Comitetul Federal-Provincial pe Problemele Costurilor Serviciilor Medico-sanitare). În raportul sumar a fost atrasă atenția la necesitatea reducerii numărului de paturi spitalicești și dezvoltarea serviciilor alternative mai puțin costisitoare decât asistența spitalicească, cum ar fi asistența la domiciliu și asistența de lungă durată. Prin inițiative federale a fost extinsă asistența și îngrijirea de lungă durată la domiciliu, totodată reducându-se și ponderea participării guvernului federal la finanțarea sistemelor provinciale în comparație cu GNP. De atunci în numeroase rapoarte federale și provinciale a fost recomandată modificarea finanțării divizate, a serviciilor spitalicești și dezvoltarea asistenței medico-sanitare primare.

În anul 1974 Ministrul Federal al Sănătății din Canada, Marc LaLonde în raportul său *Noile Perspective în Sănătatea Canadienilor* a formulat un nou concept sanitar. În acest raport a fost descrisă teoria domeniului sanitar în care sănătatea era presupusă ca fiind determinată de un cumul de factori genetici, comportamentali, ecologici, precum și de asistența medico-sanitară. Acest raport a plasat promovarea sănătății printre prioritățile politicii sanitare canadiene, obiectivul principal constituind modificarea comportamentului personal cu scop de reducere a factorilor de risc cum ar fi fumatul, obezitatea și inactivitatea fizică. Examinarea Națională a Nutriției, rezultatele căreia au fost publicate în 1971 a dus la adoptarea regulamentelor federale de îmbogățire obligatorie a produselor alimentare de bază cu vitamine și minerale esențiale (Capitolul 8). Aceasta și alte inițiative din anii 1980 au dus la aprobarea Declarației de la Ottawa referitor la promovarea sănătății (vezi Capitolul 2).

La mijlocul anilor 1980 organizațiile de medici cereau dreptul de a prezenta pacienților note de plată care depășeau standardele Medicare, dar acest

fapt era interzis prin legislația națională (Legea Medicare), primită în unanimitate de către Parlamentul Federal. Acest act penaliza guvernele provinciale care permiteau plata suplimentară achitată medicului pentru servicii.

Programul canadian de asigurare medicală s-a confruntat de asemenea cu creșterea vertiginoasă a costurilor serviciilor medico-sanitare, acestea în anii 1980 majorându-se cu aproximativ 12% anual în timp ce GDP creștea doar cu 3%. Cheltuielile naționale pentru sănătate în anul 1992 au atins 10,1% din GDP, diminuând ulterior până la 9,5% în anul 1996. La sfârșitul anilor 1990 ritmul de creștere al costurilor asistenței medico-sanitare a fost micșorat prin intermediul măsurilor stricte de reducere a asistenței spitalicești. Cu un deceniu mai devreme, când ritmul creșterii cheltuielilor sanitare (anii 1971-1991) atingea 11% Canada era pe locul doi în lume după Statele Unite după procentul de GNP alocat domeniului sanitar. În anii 1991-1996 costurile sanitare au crescut cu câte 2,5% anual, astfel în anul 1998 Canada plasându-se pe locul patru în lume după procentul de GNP alocat sănătății (în anul 1996 – 9,2% din GNP), urmând după Statele Unite, Germania și Franța.

În anul 1996 34% din cheltuielile sanitare totale au fost alocate pentru asistența spitalicească, 14% pentru serviciile medicale și 14% pentru medicamente. Ponderea cheltuielilor pentru alte instituții, medicamente și sănătate publică s-a majorat, în timp ce a celor spitalicești s-a redus, costul serviciilor acordate de medici rămânând constant în comparație cu distribuirea cheltuielilor în anul 1991 (39% pentru spitale, 15% pentru servicii medicale și 12% pentru medicamente) (Statistics Canada, 1999).

Finanțarea cheltuielilor sanitare în anul 1996 a fost la 70% asigurată din surse publice, inclusiv guvernele federal, provinciale și municipale, ceea ce constituie o scădere în comparație cu anul 1991 (74,6%). Ponderea finanțării federale a asistenței medico-sanitare începând cu anii 1970 s-a redus treptat. Astfel guvernele provinciale tot mai mult se confruntă cu dificultăți în finanțarea sistemelor sanitare, fiind permanent impuse să reducă ritmul de

creștere al costurilor medicale. Aceasta a dus în multe provincii la reducerea numărului de paturi spitalicești de la 6,9 în anul 1979 la 4,7 la 1000 de populație în 1995. Spre exemplu, în cea mai populată provincie Ontario numărul de paturi de asistență spitalicească acută a fost redus până la 3,9 la 1000 în anul 1995.

Alte reforme sanitare pun accentul pe promovarea sănătății și dezvoltarea serviciilor alternative asistenței acute spitalicești. În anii 1970 în provincia Manitoba au fost inițiate reforme de creare a sistemelor districtuale de sănătate care incorporau în sine spitale, instituții de îngrijire, servicii de asistență la domiciliu, preventive și medicale, aceste reforme ajungând până în regiunile îndepărtate rurale doar peste câteva decenii. În anii 1990 în Saskatchewan a fost înființat un sistem districtual similar care integra serviciile medicale și sistemele spitalicești regionale. În alte provincii sub presiunea creșterii costurilor sanitare de asemenea a fost redus numărul de paturi spitalicești, majorată regionalizarea și fortificată promovarea sănătății și serviciile medico-sanitare comunitare.

Starea Sănătății

Oponenții sistemului sanitar canadian atrag atenția asupra duratei relativ îndelungate de așteptare (în comparație cu Statele Unite) pentru efectuarea procedurilor diagnostice și chirurgicale, precum și accesului mai dificil la procedurile înalt tehnologice, reducerii numărului de personal spitalicesc. Astfel de comparații, totuși, nu pot fi substanțiale pentru analiza obiectivă sau aprecierea indicilor sănătății. Începând cu implementarea Medicare Canada deține primele locuri pe glob în ceea ce privește indicii stării sănătății populației. Mortalitatea infantilă până în anii 1960 aici era mai înaltă ca în Statele Unite (28 *față de* 22 la 1000), iar în anii 1990 a devenit mai scăzută (6 *față de* 7 la 1000 în anul 1997). Rata mortalității materne în Canada în anii 1980-1997 era de 5 la 100.000 în comparație cu 12 în Statele Unite și 10 în Marea Britanie. În 1997 durata așteptată a vieții la naștere în Canada era de 79

de ani comparativ cu 77 de ani în Statele Unite; diferența Canada - Statele Unite în durata așteptată a vieții la naștere s-a majorat pentru bărbați cu 2 ani în 1988 și cu 2,7 în 1993, iar pentru femei cu 2 și respectiv 2,9 de ani în aceeași perioadă de timp.

Acoperirea cu imunizare a sugarilor în anii 1995-1996 constituia 89% pentru poliomielită, 93% pentru DTP și 98% pentru rujeolă. Acoperirea canadiană cu imunizare a sugarilor, de fapt mai înaltă ca în Statele Unite, este totuși mai mică decât în Marea Britanie și țările scandinave. Canada se află printre primele 10 țări în lume cu cea mai mică mortalitate totală, de pe urma bolilor cerebrovasculare și cardiace, fiind pe locul 15 în șirul țărilor cu cea mai mică mortalitate din cauza bolilor neoplastice, diabetului, accidentelor rutiere și omuciderilor.

Rezumat

Sistemul sanitar canadian a creat cu succes un program național de asigurare medicală universală în America de Nord. Programul sanitar canadian este un exemplu viu și reușit de reforme sanitare pe plan internațional. Asigurarea medicală universală a fost implementată fără a reforma serviciile mixte, căile de finanțare a lor, inițial serviciilor preventive acordându-se o atenție insuficientă. Aceste lecții trebuie învățate din experiența canadiană. În același timp Canadei îi aparține ideea de promovare a sănătății inițiată în anii 1970 prin astfel de programe ca *Orașe Sănătoase*, promovarea culturii fizice și a îmbogățirii produselor alimentare. Acest model are și neajunsuri în special determinate de tendința de a inhiba dezvoltarea modelului privat de acordare a asistenței medico-sanitare și târăgănarea reformelor până atunci când autoritățile provinciale nu mai izbuteau să înfrunte impactul majorării costurilor deoarece guvernul federal și-a redus ponderea finanțării sistemelor sanitare provinciale.

Calitatea asistenței medico-sanitare în Canada este înaltă și Medicare reprezintă unul din cele mai populare institute publice, de care sunt mândri atât

medicii, cât și pacienții canadieni. Reformele curente în unele provincii s-au dovedit a fi eficiente în controlul ritmului de creștere al cheltuielilor sanitare. Starea sănătății canadienilor este printre cele mai bune în lume. În pofida impactului financiar și al necesității analizei economice cu selectarea priorităților, canadienii sunt ferm afiliați la principiul accesului universal și administrării publice a sistemelor sanitare. Exemplul canadian va fi de o importanță majoră pentru reformele sanitare din alte țări, în special din Statele Unite vecine.

MAREA BRITANIE

Populația Marii Britanii în 1997 constituia 58,2 milioane, iar GNP la cap de locuitor în anul 1996 era de 19600 dolari SUA, nivel după care această țară depășea statele scandinave, nord americane și majoritatea țărilor europene. În anul 1997 după mortalitatea infantilă Marea Britanie era printre primele douăzeci și două de țări în lume (7 la 1000). Mortalitatea maternă era de 10 la 100.000 (1980-1997).

Marea Britanie este un stat unitar cu un sistem sanitar public dezvoltat la nivel de autorități locale. Primele inițiative de implementare a sistemului național de sănătate datează mijlocul secolului XIX. În pofida finanțării modeste Serviciul Național de Sănătate a elaborat și menține standarde profesionale și tehnice înalte. Acoperirea cu imunizare în anii 1995-1996 constituia 94% pentru DTP, 96% pentru poliomielită și 92% pentru rujeolă (MMR) cu o revaccinare cu vaccin antirujeolic înainte de vârsta școlară.

Britanicii au dezvoltat un model important și unic de asistență medico-sanitară, finanțat din surse publice, care are o influență majoră asupra altor sisteme naționale de sănătate. Acesta este extrem de popular și reușit în atingerea scopurilor inițiale și este supus permanent unei reformări lente din

momentul inițierii acestuia în 1948, supraviețuind numeroaselor schimbări de guverne și filozofii politice.

Serviciul Național de Sănătate

După cum s-a descris anterior Marea Britanie a dezvoltat propriul Serviciu Național de Sănătate (NHS) pe parcursul a mai multor decenii. Momentele cruciale care au determinat dezvoltarea acestuia țin de reforma prin Legile Săracilor din secolul XVII-XIX, Asigurarea Medicală Națională din 1991 a muncitorilor și familiilor lor, Serviciul Național Medical Excepțional din timpul celui de-al II-lea Război Mondial și Raportul lui Beveridge din 1942. În anul 1946 la propunerea guvernului muncitoresc condus de Clement Atlee parlamentul a adoptat Legea referitor la Serviciul Național de Sănătate care a fost înființat în 1948 sub conducerea și Aneurin Bevan.

Serviciul Național de Sănătate este finanțat din mijloace impozitare și menit să acorde servicii medico-sanitare complexe populației întregi. Inițial NHS includea trei servicii paralele: serviciul spitalicesc cu medici salariați, servicii medicale oferite de medicii generaliști (și stomatologi) independenți cu remunerarea lor în baza principiului capitației și serviciul de sănătate publică cu personal salariat. Serviciile spitalicesc și general erau gestionate de administrații sau consilii publice, iar cel de sănătate publică era administrat de autoritățile locale.

Reformele structurale ale Serviciului Național de Sănătate

Pe parcursul reformelor sanitare din anii 1970 și 1980 NHS a fost reorganizat, au fost reduse numărul de nivele administrative și s-a încercat integrarea și coordonarea serviciilor înalt specializate cu cele comunitare fragmentate. În anul 1974 au fost înființate Autoritățile Sanitare Regionale și integrate Autoritățile Sanitare Teritoriale (AHA) care se supuneau acestora, cu scop de reducere a numărului major de comitete manageriale spitalicești, a consiliilor de conducere și a comitetelor sanitare locale. AHA era un organ

ineligibil care a absorbit funcțiile sanitare publice și de management al spitalelor, consolidând jurisdicțiile anterior suprapuse. În componența AHA și la nivel districtual au fost create echipe manageriale multidisciplinare care reprezentau organe de o înaltă competență managerială și erau împuternicite cu dreptul de luare a deciziilor.

Reorganizarea ulterioară din 1982 a NHS a anulat AHA responsabilitatea managerială fiind transmisă Autorităților Districtuale de Sănătate, fiind promovată decentralizarea managementului sanitar în direcția spitalelor și a structurilor comunitare. Revizuirea NHS efectuată în timpul conducerii conservative a Doamnei „de fier” Margaret Thatcher s-a focusat asupra eficienței manageriale, din punct de vedere al guvernului și oamenilor de afaceri, problemelor creșterii sectorului privat, problemelor apărării intereselor și drepturilor consumatorului.

În anii 1977-1996 numărul de paturi spitalicești pentru asistență acută s-a redus de la 3 la 2 pentru 1000 de populație. În pofida îmbătrânirii populației durata medie de spitalizare în spitalele de asistență acută s-a micșorat de la 9,8 zile în 1977 la 4,8 zile în 1996. Serviciile de asistență comunitară de toate tipurile s-au dezvoltat considerabil în aceeași perioadă de timp.

Reforme anilor 1990

În 1990 Serviciul Național de Sănătate prin intermediul Legii referitor la Asistența Comunitară a încercat să raționalizeze managementul NHS. Au fost din nou definite trei tipuri de autorități sanitare: Autorități Sanitare Regionale (RHA), Autorități Sanitare Districtuale (DHA) și Autorități de Servicii Medico-sanitare pentru Familie (FHSA). Autoritățile Sanitare Regionale și Districtuale (RHA și DHA) au devenit nivele administrative primare. FHSA încheia contracte cu medicii generalişti (GP). Filialele NHS din Wales, Scoția și Irlanda de Nord funcționau în mod similar.

În prezent în Marea Britanie paisprezece RHA se ocupă de aprecierea necesităților sanitare, stabilirea direcțiilor strategice pentru dezvoltarea

serviciului, monitorizarea calității managementului și asistenței medico-sanitare și alocarea resurselor pentru a furniza servicii cost-eficiente. RHA de asemenea se ocupă de efectuarea auditului medical și dezvoltarea programelor specifice (spre exemplu, a serviciilor de transplantare) și acordarea furnizorilor de servicii medico-sanitare a asistenței în rezolvarea problemelor manageriale. RHA nu se ocupă de furnizarea directă a serviciilor medico-sanitare. DHA activează sub conducerea comitetelor de conducere similare RHA și reprezintă principalii cumpărători de servicii spitalicești și medicale. Acestea se ocupă cu contractarea serviciilor spitalicești selectate în baza aprecierii necesităților sanitare și în funcție de indicii de performanță ai spitalului. DHA pot de asemenea gestiona spitalele NHS sau alte servicii cum ar fi serviciile ambulatorii.

Reformele anilor 1990 au inclus introducerea competiției între furnizorii de asistență medico-sanitară, dezvoltarea serviciilor medico-sanitare comunitare și reducerea în continuare a numărului de paturi spitalicești. Aceste reforme au intenționat să ofere o posibilitate mai mare de alegere pentru pacient și furnizorul de asistență primară (GP), fiind, totodată, introdusă motivația financiară pentru o asistență medico-sanitară eficientă și calitativă.

Autoritățile de Servicii Medico-sanitare pentru Familie (FHSA) conform Legii din 1990 sunt conduse de consilii asemănătoare cu RHA și DHA. FHSA sunt responsabile pentru contractarea medicilor generaliști, stomatologilor, opticienilor și farmaciștilor comunitari. În ultimul timp rolul FHSA s-a extins și a inclus formularea politicii sanitare, supravegherea instituțiilor și serviciilor, precum și remunerarea furnizorilor contractați. Pacienții deserviți de GP sunt în dependență de necesități îndreptați în spitale și la specialiști. Tradițional GP erau remunerați în baza principiului capitației pentru pacienții deserviți de ei și pacientul avea dreptul de a-și schimba medicul. Capitația reprezintă alocarea fondurilor pentru serviciile acordate unei persoane înregistrate ca beneficiar de asistență medico-sanitară complexă pentru o perioadă definită de timp. În aprecierea capitației se ia în considerație sexul, vârsta și coeficienții

standardizați ai mortalității (SMR) care reflectă atât necesitățile, cât și cererea în servicii medico-sanitare (vezi Capitolul 3). GP în prezent sunt plătiți suplimentar pentru obținerea indicilor de performanță, spre exemplu, în astfel de servicii preventive cum ar fi imunizarea, screening-ul prin frotiuri Pap și mamografie.

Una din inovațiile majore ale sistemului sanitar din Marea Britanie o constituie împuternicirea FHSA de a administra bugetele deținătorilor de fonduri a GP, realizată prin intermediul achitării serviciilor medicale și a celor spitalicești în baza principiului capitației. Este tot mai răspândită practica de lucru a GP în centrele sanitare, ca și cea a utilizării asistentelor sanitare publice districtuale. În anul 1995 aproape o treime din GP erau deținători de fonduri, finanțate în baza principiului capitației de către NHS pentru asistența spitalicească și cea ambulatorie. Acest fapt le oferă posibilitatea GP de a negocia cu spitalele, de a reduce timpul de așteptare și a îmbunătăți condițiile de asistență medico-sanitară a pacienților, spitalul fiind nevoit să se conformeze cerințelor impuse de către GP. Experiențele de finanțare a asistenței spitalicești prin intermediul GP au fost menite să majoreze calitatea asistenței medico-sanitare și să favorizeze stăpânirea costurilor sanitare. Practica de deținere a fondurilor de către GP s-a dovedit a fi una reușită, dar încă nu pe deplin evaluată.

Spitalele sunt stimulate să între în componența Trusturi lor Serviciului Național de Sănătate, care reprezintă corporații publice non-profit conduse de consilii administrative numite de guvernul național, de obicei din componența autorităților locale. Trusturile Spitalicești pot da dovadă de o capacitate și viabilitate managerială însemnată necesare pentru gestionarea unității economice. Acestea sunt nevoite să fie competitive și să lupte pentru fluxul de pacienți satisfăcând cerințele GP. În prezent spitalele nu mai sunt finanțate de către NHS, veniturile lor derivând din serviciile furnizate Autorităților Sanitare, GP deținători de fonduri, sistemului de asigurare medicală privată și pacienților care achită personal costul serviciilor, plata pentru asistența spitalicească fiind

achitată în baza grupurilor cu diagnosticuri înrudite (DRG). Aceasta permite spitalelor să funcționeze ca unități economice independente, determinând singure setul necesar de servicii, condițiile de lucru ale personalului și având posibilitatea de a procura alte spitale sau terenuri pentru construcția acestora.

Finanțarea NHS este realizată prin alocații guvernamentale provenite din veniturile impozitare. O mică parte din finanțarea NHS este asigurată din alte surse, inclusiv plata pentru servicii achitată personal de către consumatori (pentru prescrierea medicamentelor sau servicii stomatologice). Bugetele sunt alocate RHA pentru acoperirea costurilor asistenței spitalicești, serviciilor sanitare comunitare și a serviciilor de asistență primară. Volumul alocațiilor este determinat de numărul populației și ajustat la SMR și unii factori locali ce țin de utilizarea serviciului. DHA la rândul său sunt finanțate de către RHA, utilizând criterii similare. RHA administrează GP (medici generalişti) deținători de fonduri. FHSa sunt finanțate pentru a achita costurile serviciilor de asistență primară. Alocațiile capitale pentru reconstruirea sau modernizarea instituțiilor și a echipamentului sunt bazate pe o planificare de lungă durată la nivel de RHA.

Reformele pieței din Marea Britanie sunt încă în deplină desfășurare. În pofida aflării permanente în centrul atenției mijloacelor mass-media și publicului, NHS a furnizat o asistență medico-sanitară universală de calitate la un preț rezonabil. Cheltuielile pentru sănătate în Marea Britanie s-au majorat de la 4,5% din GNP în anul 1970 la 5,6% în 1980, 6,0% în 1990 și 6,8% în 1997. totodată acestea continuă să fie mai joase decât în majoritatea țărilor industrializate, fapt care generează anumite critici referitor la subfinanțarea unor domenii importante cum ar fi serviciile oncologice.

Inechitățile sociale

Inechitățile sociale în starea sănătății populației britanice care au servit drept justificare pentru înființarea în 1946 a NHS încă mai persistă. În Raportul lui Black (Douglas Black, 1980) consacrat acestei probleme s-a remarcat

persistența și chiar agravarea în anii 1990 a inechităților sociale. Modificările distribuirii populației pe clase sociale pot explica unele diferențe, acestea fiind în permanentă creștere între păturile sociale ale populației Marii Britanii cu o majorare constantă a SMR în clasa a V-a și cu un declin stabil în clasele I și II (vezi Capitolul 4). Raportul coeficienților standardizați ai mortalității (SMR) din clasa I și V era în 1931 de 90/110, în 1961 de 75/142 și în 1981 de 65/168. Rata mai înaltă a mortalității din cauze specifice în clasele socio-economice inferioare se observă în special de pe urma bolilor cardiovasculare, traumatismelor și cancerului.

Aceste diferențe sociale nu pot fi explicate doar prin persistența sau lipsa factorilor sanitari clasici de risc. Diferențele dintre starea sănătății diferitor grupuri sociale se pot datora nutriției sărace, fumatului excesiv, inactivității fizice, condițiilor sociale și de muncă precare, venitului mic, insatisfacției personale și controlului mai slab asupra evenimentelor sanitare decât în clasele sociale mai superioare. În Marea Britanie există de asemenea și diferențe interregionale în SMR, cauzele acestora nu sunt întotdeauna clare, dar sunt posibil legate de o varietate de factori sociali, economici, ce țin de modul de viață și mediul ambiant.

În anul 1998 Donald Acheson, profesor emerit de sănătate publică din Marea Britanie, ca răspuns la ancheta intentată de guvern, a făcut un raport referitor la problemele inechităților sociale în Anglia. În acest raport au fost confirmate rezultatele studiului lui Black și evaluate rezultatele obținute în numeroasele studii ale gradientelor sociale în starea sănătății. Raportul lui Acheson a influențat considerabil politica guvernamentală și reformarea sistemului fiscal și sanitar, favorizând inițierea programelor de asistență preșcolară, promulgarea legislației în domeniul industriei tutunului și unele reforme ale NHS.

Promovarea sănătății

În anii 1950 și 1960 în Marea Britanie, ca și în celelalte țări industrializate, mortalitatea de pe urma bolilor cardiovasculare s-a majorat considerabil. În Statele Unite, Canada și unele țări europene aceste rate înalte în anii 1970 au început a scădea, în Marea Britanie nivelul lor major menținându-se încă un deceniu, mortalitatea de pe urma cardiopatiei ischemice diminuând doar începând cu anul 1985. Această tăgădnare în reducerea mortalității din cauza bolilor cardiovasculare poate fi explicată prin prevalarea atitudinii conservative față de tratamentul intensiv în secțiile specializate. NHS a dat dovadă de un răspuns rigid la modificările în abordarea problemelor promovării sănătății și reducerii factorilor de risc. Mortalitatea de pe urma cardiopatiei ischemice a continuat să crească până în anul 1978. Și în prezent mortalitatea din cauza bolilor cardiovasculare în Marea Britanie este mai înaltă în comparație cu țările europene. Acestea și alte subiecte sanitare publice inclusiv nivelul scăzut de acoperire cu imunizare, au impus necesitatea formulării unor noi strategii de promovare a sănătății de către Ministerul Sănătății.

La sfârșitul anilor 1980 și începutul anilor 1990 în Marea Britanie au fost promulgate inițiative importante de îmbunătățire a activităților de prevenție și promovare a sănătății inclusiv creșterea conștiinciozității publicului în domeniul nutriției sănătoase și riscului fumatului. Între anii 1978-1997 ratele mortalității de pe urma cardiopatiei ischemice s-au micșorat cu 41%. Stimularea financiară a GP s-a soldat cu o creștere substanțială a acoperirii cu imunizare a populației. Autoritățile locale au fost impuse să angajeze un personal bine pregătit pentru a majora securitatea rutieră, ceea ce a contribuit la reducerea în anii 1980-1995 a mortalității prin accidente rutiere cu mai mult de o treime. Noua Lege referitor la Calitatea Apei și Legea despre Poluarea Mediului din anul 1990 a fortificat rolul de supraveghere și reglare a guvernului național în aceste domenii ale sănătății publice.

Raportul *Sănătatea Națiunii* (Secretarul de Stat pe Problemele Sănătății, 1991, vezi Capitolul 2) a stabilit promovarea sănătății și scopurile sanitare naționale ca priorități majore ale programului național de sănătate. Declinul

mortalității de pe urma cauzelor majore de deces (bolile cardiovasculare, cancerul și traumatismele) se poate datora anume efectelor crescânde ale activităților de promovare a sănătății în Marea Britanie.

Noul guvern muncitoresc în frunte cu Tony Blair, ales în 1997, continuă reformarea NHS, în special a metodelor de finanțare a asistenței primare și a mecanismelor de piață implicate în practica medicilor generaliști (GP) deținători de fonduri. Guvernul lui Tony Blair de asemenea și-a asumat responsabilitatea să majoreze în anii 1999-2003 finanțarea NHS cu 4% cu scop de susținere a serviciilor clinice care au avut de suferit de pe urma reducerii bugetelor în timpul deceniului trecut.

În 1999 guvernul lui Blair a inițiat o nouă reformă a NHS care presupunea crearea în toată țara a grupurilor de asistență primară (PCG) compuse din GP care vor deservi grupuri populaționale de 30.000-250.000 de persoane. PCG substituie practica precedentă de contractare a serviciilor de către GP deținători de fonduri și autoritățile sanitare. Aceste grupuri au capacitatea de a acumula surplusurile financiare anuale și de a le aloca pentru îmbunătățirea serviciilor medico-sanitare, fiind stimulate pentru eficiență. Managementul NHS a obținut un nou instrument de îmbunătățire a monitorizării sănătății populației prin intermediul Comisiei pentru Îmbunătățirea Sănătății (CHIMP) și Institutului Național de Excelență Clinică (NICE) înființate în 1999. În scopul modernizării NHS și a contactului acestuia cu pacienții la dispoziția GP a fost pus un sistem on-line de înregistrare a pacienților și serviciul consultativ telefonic de 24 ore.

Rezumat

În Marea Britanie NHS a fost susținut de majoritatea guvernelor de diferite orientări politice și, în pofida criticilor, rămâne o instituție populară în public, care a supraviețuit numeroaselor schimbări politice din ultimii 50 de ani. Fiind supus la mijlocul fiecărui deceniu unei reformări, NHS a reușit să acumuleze o experiență prețioasă în satisfacerea necesităților sanitare ale populației și adaptarea la condițiile economice schimbătoare. Decentralizarea

cu delegarea puterii administrative către DHA a fost obținută prin finanțarea DHA de către NHS în baza principiului capitației cu rectificarea la factorii de vârstă, sex și mortalitate. Reducerea finanțării serviciilor clinice a generat o serie de critici justificate referitor la punerea în pericol a calității serviciilor acordate fapt care impune necesitatea supravegherii indicilor de performanță ai DHA.

Modificarea structurii morbidității a impus Ministerul Sănătății și NHS să elaboreze și implementeze noi strategii de promovare a sănătății. Acestea au fost utile în reducerea ratelor înalte de mortalitate de pe urma bolilor cardiovasculare și traumatismelor. Noile strategii de promovare a sănătății pot reduce semnificativ inechitățile sociale și interregionale încă prezente după o jumătate de secol de acces universal la asistența medico-sanitară. Reformele NHS de la începutul anilor 1990 au intenționat să promoveze drepturile clienților și satisfacerea cerințelor GP față de asistența secundară și terțiară, GP deținând rolul de filtru al bolnavilor. Este încă prea devreme de evaluat efectele inovațiilor sanitare publice ale anilor 1990 de promovare a cost-eficienței serviciilor medico-sanitare.

NHS a reușit să asigure accesul universal la asistența medico-sanitară pentru toată populația Marii Britanii. Totodată NHS a suferit eșec în tentativa de a ameliora inechitățile sociale în starea sănătății. Aceste discrepanțe se pot datora târăgănării adoptării noilor strategii de promovare a sănătății pentru reducerea impactului bolilor cardiovasculare, a cancerului și a altor boli care afectează în special populația săracă. Modelul NHS al lui Beveridge în anii 1950 a influențat semnificativ politica sanitară în țările nordice și unele țări ale Europei de Sud (Grecia, Italia, Portugalia, Spania și Turcia), precum și variatele programe de reforme sanitare din anii 1970. NHS continuă să se dezvolte și reprezintă un model internațional demn de urmat de alte sisteme sanitare, fiind totodată și cel mai cost-eficient.

ȚĂRILE NORDICE

Fiecare sistem sanitar din țările nordice își are propriile caracteristici și grad de progresie a reformelor. Danemarca, Finlanda, Islanda, Norvegia și Suedia fiind conduse de guverne social-democrate cu mult înainte și după cel de-al II-lea Război Mondial au fost liderii mondiali în multiple domenii sanitare publice. În perioada postbelică sistemele sanitare ale acestor țări au fost major influențate de NHS britanic. Dar, spre deosebire de Marea Britanie, în aceste țări prin intermediul puternicelor organizațiilor guvernamentale regionale și locale au fost decentralizate programele de asistență medico-sanitară. Realizările în domeniul securității sociale și al asistenței medico-sanitare din aceste țări au fost pe larg recunoscute în lume, aceste modele de organizare servind ca exemplu pentru țările industrializate prospere.

În general între 50% și 70% din veniturile sistemelor sanitare din aceste țări provin din impozitele personale vărsate în vistieria administrațiilor regionale (Suedia, Norvegia, Danemarca) sau municipale (Finlanda). Restul cheltuielilor sunt asigurate din veniturile guvernului național (taxele pe valoarea supraadăugată, de acciz, pentru bunurile imobile, pentru corporații etc.). Mijloacele financiare naționale sunt distribuite sub formă de granturi în bloc cu scop de minimalizare a inechităților interregionale cu oferirea granturilor suplimentare pentru învățământul medical. Fundațiile naționale de asigurare achită plata pentru serviciile ambulatorii. Autoritățile municipale finanțează asistența de lungă durată a vârstnicilor. În Finlanda în 1993 a fost introdusă practica de participare financiară a pacienților în acoperirea cheltuielilor sanitare regionale care constituie 2-3%. Această participare simbolică la finanțarea asistenței medico-sanitare nu are un impact semnificativ asupra bunăstării pacientului, fiind asigurată o prosperitate totală a populației cu un sistem bine organizat de securitate socială.

Țările nordice tradițional atrăgeau o mare atenție sănătății mamei și copilului ceea ce a determinat obținerea unor rate minore ale mortalității infantile și materne. Totodată în aceste țări este ridicată mortalitatea de pe urma bolilor cardiovasculare, în comparație cu țările Europei de Sud. Această discrepanță se datorează posibil diferențelor dintre dietele tradiționale ale acestor popoare, în țările nordice fiind răspândite bucatele cu un conținut major de grăsimi, dar și practicile de abuz de alcool și droguri. Acești factori de risc, fiind subiecte ale eforturilor de promovare a sănătății sunt în treptată descreștere.

Suedia

În anul 1997 populația Suediei constituia 8,8 milioane de persoane, iar în 1996 GNP la cap de locuitor era de 25,710 dolari SUA. În anul 1997 mortalitatea infantilă era egală cu 4 la 1000 de nașteri de feți vii, iar durata așteptată a vieții la naștere de 78 de ani. Rata brută a natalității în 1997 constituia 12 la 1000 de populație, 100% de nașteri fiind primite în instituțiile medicale, iar mortalitatea maternă era de 5 la 100.000 (1980-1997). Acoperirea sugarilor cu imunizare în anii 1995-1997 era de 99% pentru poliomielită și DTP și 96% pentru rujeolă.

Sistemul de asigurare medicală suedez s-a dezvoltat pe parcursul a mai multor decenii, devenind obligator în anul 1955, acoperind toate cheltuielile pentru asistența medicală spitalicească și ambulatorie de stat sau privată. Asistența medico-sanitară în Suedia este preponderent finanțată de stat, sursele de finanțare fiind asigurate de patroni și guvern, totodată fiind răspândită și practica de participare a pacientului la achitarea serviciilor medico-sanitare. Cheltuielile sanitare totale în anul 1972 au constituit 7,5% din GNP, în 1982 – 9,6%, fiind reduse până la 7,5% din GNP în anul 1993.

Principalele nivele administrative responsabile de managementul asistenței medico-sanitare sunt autoritățile regionale sau municipale. În prezent acestea constituie 23 de consilii regionale și trei municipalități majore cu o

populație care oscilează între 60.000 și 1,5 milioane de persoane. În 1993 autoritățile regionale sau municipale, deținând mijloacele financiare fiscale, acopereau 75% din cheltuielile sanitare, 7% fiind oferite de guvernul național, 5% de sistemul național de asigurare medicală și 2-3% de pacienți. Reformele curente sunt axate pe îmbunătățirea asistenței medico-sanitare primare și reducerea numărului de paturi spitalicești. Asistența primară este acordată în centre medicale asigurate cu personal salariat (GP, asistente medicale și personal auxiliar) fiecare centru deserving aproximativ 15.000 de clienți. În 1993 practica privată includea aproape 20% din numărul total de vizite a medicului.

În Suedia tradițional exista un surplus de paturi spitalicești (vezi Tabelul 13.4). La sfârșitul anilor 1960 numărul acestora includea 5 paturi de asistență acută, 5 paturi de asistență de lungă durată și 6 paturi de asistență psihiatrică la 1000 de populație. Spitalizarea constituia o formă răspândită de acordare a asistenței medicale, în special în regiunile cu o populație și o rețea de instituții medicale și doctori dispersată. Reducerea numărului de paturi spitalicești a devenit în anii 1940 o strategie de lungă durată în Suedia, acest proces fiind accelerat în anii 1960 cu o reducere treptată a numărului de paturi medicale, chirurgicale și de asistență comunitară, precum și de paturi psihiatrice. Responsabilitatea pentru asistența socială de lungă durată a vârstnicilor a fost transferată agențiilor de servicii sociale. În rezultatul promovării acestei politici sanitare Suedia este una din puținele țări de pe glob care a reușit să reducă procentul din GNP alocat pentru asistența medico-sanitară până la 7,6% în anul 1994. Acest obiectiv a fost realizat fără a reduce calitatea înaltă a serviciilor și fără a trăgăna ritmul de îmbunătățire a indicilor sănătății naționale cum ar fi mortalitatea infantilă și maternă care și în prezent sunt printre cele mai joase în lume. În Figura 13.1 este prezentată reducerea numărului de paturi spitalicești în Suedia, Finlanda și Danemarca în perioada 1970-1990.

TABELUL 13.4. Numărul de paturi spitalicești în Suedia după tipul de asistență, 1973-1996^a.

Paturi	1975	1985	1990	1993	1996
--------	------	------	------	------	------

Asistența acută (medicală/chirurgicală) paturi /1000 de populație	5,4	4,4	3,8	3,1	2,8
Paturi psihiatrice/1000	3,9	2,5	1,7	1,2	0,8
Asistența de lungă durată inclusiv geriatrică	4,6	6,2	5,4	1,2	0,5
Numărul total, paturi/1000	na ^b	14,6	12,4	7,0	5,6

Sursa: Statistical Yearbook of Country Councils, Sweden, 1995 [în limba suedeză]. WHO European Region HFA data set, 1996.

^a Reforma din 1992 a inclus transferul a 31.000 de paturi din instituțiile de îngrijire agențiilor locale de asistență socială.

^b na – datele nu sunt disponibile (Not available).

Reformele recente din Suedia au permis contractarea serviciilor de sănătate publică. Această a oferit furnizorilor de asistență medico-sanitară primară posibilitatea de a selecta serviciile cele mai cost-eficiente. Spitalele în Suedia funcționează ca unități economice aparte, echilibrând de sine stătător veniturile și cheltuielile și în noile condiții ale economiei de piață sunt într-o competiție permanentă pentru fluxul de pacienți. Instituțiile medico-sanitare publice concurează cu cele private și în unele cazuri procură serviciile de la sectorul privat. Aceasta a contribuit la reducerea timpului de așteptare a intervențiilor chirurgicale și a dus la falimentul spitalelor ineficiente sau cu un nivel inacceptabil de asistență medico-sanitară.

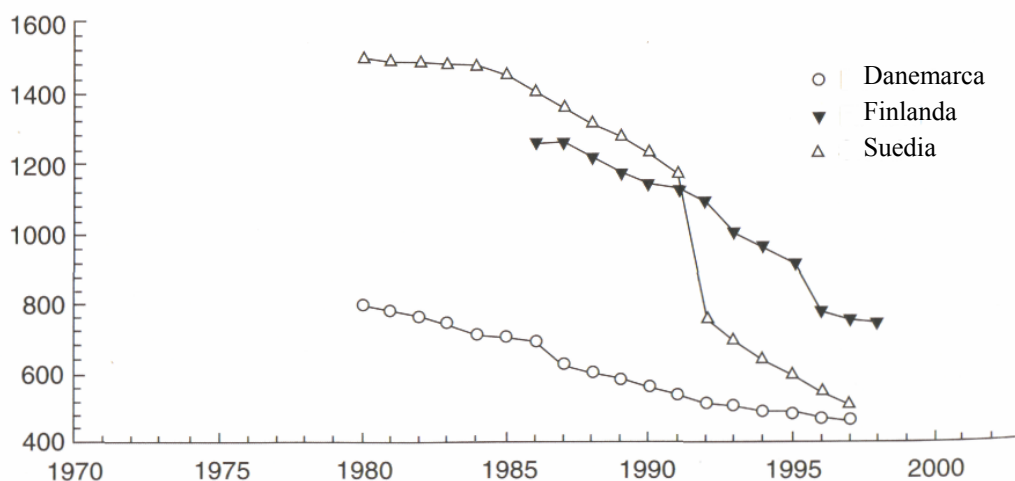


FIGURA 13.1. Numărul de paturi spitalicești la 100.000 de populație în țările nordice. Sursa: WHO European Region, Health for All Data Set, 2000. Notă: inclusiv numărul de paturi de asistență acută, psihiatrică și de asistență de lungă durată.

Finlanda

Finlanda este o republică cu o populație de 5,1 milioane de persoane în 1997 și cu un GNP la cap de locuitor în 1996 egal cu 23.240 dolari SUA. Finlanda a reușit să obțină una dintre cele mai joase rate ale mortalității infantile din lume (22 la 1000 de nașteri de feți vii în 1960 și 4 la 1000 în 1997). Mortalitatea maternă este de 6 la 100.000 de nașteri (1990-1997). Asistența pediatrică este acordată în baze gratuite de către autoritățile municipale; aceasta a permis realizarea unei acoperiri cu imunizare a sugarilor de 100% pentru poliomielită, 100% pentru DTP și 98% pentru MMR (1995-1997). În pofida acoperirii înalte cu imunizare contra poliomielitei în Finlanda în anii 1980 a izbucnit o erupție de poliomielită vaccin-asociată datorată. Longevitatea vieții în anii 1971-1991 a crescut pentru bărbați cu 5,5 ani, iar pentru femei cu 5,1 ani, durata așteptată a vieții în anul 1997 fiind de 77 de ani în comparație cu 68 de ani în 1960.

Finlanda are trei nivele de guvernare. Administrațiile municipale cu împuterniciri largi asigură acordarea serviciilor de asistență primară, secundară și terțiară, precum și a serviciilor de sănătate publică, de învățământ și a altor servicii sociale. Statul finanțează autoritățile municipale care se ocupă de furnizarea acestor servicii, managementul cărora este asigurat de oficialitățile locale. Mijloacele financiare provenite din taxele pe venit sunt împărțite între guvernul național și cele municipale. Accesul universal la asistența medico-sanitară este garantat pentru toți.

Politica sanitară este determinată de guvernul național care reglează investițiile capitale în instituțiile medico-sanitare și oferă subsidii municipalităților responsabile pentru furnizarea serviciilor medico-sanitare și sociale. Guvernele statale și administrațiile municipale colectează aproximativ o jumătate din toate impozitele (46% din GNP), ceea ce constituie un indice mult mai înalt decât în alte țări. Ritmul dezvoltării economice în Finlanda în anii 1990 a scăzut, micșorându-se și GNP. Ca rezultat procentul GNP cheltuit pentru sănătate s-a majorat rapid de la 6,8% în 1982 la 9,4% în 1992, ulterior scăzând până la 8,8% în 1993 și 7,5% în 1997.

Ratele înalte ale mortalității de pe urma bolilor cardiovasculare, a traumatismelor și suicidului afectează disproporțional bărbații de vârstă medie. Proiectul renumit Karelia de Nord (vezi Capitolul 5) care promova reducerea factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare a stimulat eforturile naționale în această direcție contribuind esențial la reducerea ratelor mortalității din cauza acestor boli. Mortalitatea de pe urma bolilor cardiovasculare s-a micșorat în anii 1970-1996 cu 52%, parțial datorită modificărilor în dieta tradițională a finlandezilor fiind micșorat consumul de carne și majorată ponderea produselor vegetale în rația alimentară. În anul 1970 aproximativ 50% din bărbați fumau, ulterior numărul acestora s-a redus până la o treime, în anul 1993 20% din femei fiind și ele fumătoare. Consumul total de alcool este mic, dar este răspândită practica de întrebuințare abuzivă a acestuia fapt asociat cu o rată înaltă de suicid și traume.

Până în anii 1980 Finlanda dispunea de un număr excesiv de paturi spitalicești. Ulterior, recunoscând necesitatea limitării asistenței spitalicești și a fortificării asistenței primare, serviciilor preventive și sociale și a promovării sănătății. Politica sanitară a fost modificată. Ca rezultat numărul de paturi spitalicești este și astăzi în descreștere, fiind micșorată și durata medie de spitalizare și majorată utilizarea asistenței ambulatorii și la domiciliu. Numărul de paturi psihiatrice s-a redus în anii 1980 cu 50%. Proporția dintre numărul total de paturi spitalicești și numărul total al populației a scăzut de la 15,6 în anul 1980 la 9,3 la 1000 de populație în anul 1995. Numărul de paturi de asistență acută la 1000 de populație s-a redus de la 4,8 la 3,9 în perioada anilor 1975-1995 (vezi Figura 13.1) și 2,4 în 1998 (baza de date HFA).

Reformarea serviciilor de asistență primară în anii 1980 a redus spre satisfacția pacienților ineficacitatea acestora, birocrăția și durata de așteptare. Pentru achitarea acestora sunt utilizate principiile capitației și platei pentru serviciu. În anul 1993 reformele finanțării asistenței medico-sanitare au dus la transformarea sprijinului financiar național al serviciilor medico-sanitare municipale în granturi în bloc oferite în baza principiului capitației autorităților

municipale, care în prezent sunt responsabile atât de asistența spitalicească, cât și de cea medico-sanitară primară. Aceasta a oferit autorităților municipale o mai mare libertate în echilibrarea serviciilor în comunitate și în redirectionarea resurselor de la serviciile spitalicești la asistența primară. Centrele medico-sanitare locale acordă majoritatea serviciilor medico-sanitare, inclusiv cele de reabilitare și auxiliare.

În Finlanda medicii din spitale au căpătat dreptul să se ocupe și de practica privată. Peste 90% din GP lucrează în instituții medicale publice și aproximativ o treime din ei în timpul liber sunt ocupați suplimentar și în practica privată, ceea ce constituie un motiv de satisfacție deosebită din partea medicilor.

Procesul de căutare a căilor mai eficiente de asistență medico-sanitară în prezent include implementarea în domeniul sanitar a mecanismelor atât ale economiei planificate, cât și ale celei de piață. Tradiția puternică de administrare publică a serviciilor sanitare va fi menținută și în continuare chiar dacă vor fi introduse mecanisme de piață, care, totuși, pot cauza apariția discrepanțelor sociale. Reforma sanitară în Finlanda va continua în direcția decentralizării managementului serviciilor și planificării și finanțării centralizate.

EUROPA DE VEST

Țările Europei Centrale și de Vest sunt pionierii implementării programelor naționale de asigurare medicală la locul de muncă, guvernele naționale fiind responsabile de reglarea condițiilor de asigurare, stabilirea prețurilor la serviciile medicale și elaborarea politicilor sanitare. Cel mai răspândit tip de asigurare medicală este așa numitul program bismarckian național de asigurare medicală, bazat pe compilarea elementelor de asigurare socială și medicală, introdus în Germania, Franța, Olanda, Belgia, Luxemburg,

Austria și Elveția, fiecare program din aceste țări având propriile particularități și caracteristici. Aceste programe numite „asigurarea în caz de boală” sunt bazate pe principiul oferirii beneficiilor sanitare inclusiv a pensiilor de vârstă, beneficiilor pentru persoanele cu dizabilități și compensațiilor pentru pierderea capacității de muncă. Mecanismele de finanțare a acestor sisteme promovează abordarea curativă a problemelor sanitare și doar în situații excepționale efectuarea măsurilor preventive și de promovare a sănătății.

Germania

Germania este un stat federal cu tradiții seculare de protecție socială a populației. Majoritatea împuternicirilor ce țin de managementul sanitar sunt delegate companiilor independente de asigurare medicală și asociațiilor de furnizori de asistență medico-sanitară. După unificarea Germaniei populația în anul 1997 constituia 82,1 milioane persoane cu un GNP la cap de locuitor în anul 1996 egal cu 28870 de dolari SUA. Mortalitatea infantilă în 1997 era de 5 la 1000 de nașteri de feți vii. Mortalitatea maternă în anii 1990-1997 constituia 8 la 100.000 de nașteri. Durata așteptată a vieții la naștere în anul 1997 era de 77 de ani. Imunizarea, fiind efectuată de medicii generaliști privați, era relativ joasă (45% pentru DTP, 80% pentru poliomielită și 75% pentru rujeolă în anii 1995-1997 [UNICEF, 1999]).

Programul bismarckian de asigurare medicală. Sistemul național german de asigurare medicală bazat pe programul lui Otto von Bismarck introdus pentru asigurarea medicală a muncitorilor cu un venit mic, este finanțat prin intermediul sistemului de securitate socială bugetul căruia este format din contribuțiile patronilor și angajaților. După cum s-a discutat mai sus Legea referitor la Asigurarea în Caz de Boală din 1883 presupunea ca toți muncitorii care aveau un salariu mai mic decât nivelul specificat, să fie asigurați de fundația de asigurare medicală, care era finanțată prin contribuțiile patronilor și angajaților.

Fundațiile de asigurare medicală (*Krankenkassen*) puteau aparține asociațiilor sindicale sau patronilor care gestionau propriile servicii de asistență medico-sanitară, furnizând servicii complexe medicale și spitalicești pentru membrii acestei fundații și familiile lor. Fundațiile colaterale sau așa-numitele societăți de servicii mutuale puteau de asemenea furniza beneficii sanitare în cazul traumatismelor accidentale, beneficii funerare și pensii pentru văduve. Acest program ulterior s-a extins acoperind practic toată populația și rămânând principala fundație germană de asigurare socială și medicală până în prezent.

Mărimea cotizațiilor sau contribuțiilor financiare achitate de patroni și angajați fundației de asigurare medicală era în funcție de venitul acestora și nu de utilizarea serviciilor medicale. Asociațiile de fundații de asigurare medicală și de medici negociau costurile serviciilor medico-sanitare și fundațiile erau împuternicite să stabilească raportul patron/angajat în baza costurilor anticipate. În anul 1914 13% din populație erau deja asigurați. Această acoperire a crescut până la 32% în anul 1932, 85% în 1960 și 90% în anul 1986. În 1993 85% din populație era obligator asigurată prin intermediul fundațiilor de asigurare medicală locale sau naționale și 15% prin scheme private de asigurare medicală. În prezent sistemul statal de asigurare medicală obligatorie este finanțat de patroni (50%) și angajați (50%). Beneficiile sanitare sunt complexe, acoperind costurile asistenței medicale, stomatologice, spitalicești, medicamentele prescrise precum și cheltuielile pentru asistența la domiciliu și serviciile la domiciliu.

Guvernele statale sunt responsabile de planificarea asistenței medico-sanitare în spitale, jumătate din care sunt gestionate de municipalități, o treime – de NGO non-profit și restul de operatori care funcționează cu profit. Prin legile adoptate în 1972 și 1985 cheltuielile capitale spitalicești erau acoperite de stat și administrațiile locale prin intermediul certificatelor de necesități. Cheltuielile de regie erau achitate în baza principiului de zi de spitalizare de către fundațiile de asigurare medicală, fiind stabilite rate standard pentru toți

pacienții. Nu existau metode financiare de stimulare a reducerii costurilor asistenței medico-sanitare spitalicești.

Asociațiile profesionale și spitalele influențau puternic costurile asistenței medico-sanitare, salariile personalului fiind înalte și accentul fiind plasat pe tehnologiile sofisticate, intervențiile chirurgicale și serviciile costisitoare. Pacienții aveau dreptul să-și aleagă medicul, dar erau obligați să fie asigurați de o fundație de asigurare medicală din cele 1241 în dependență de alegerea patronului sau a grupului profesional. Persoanele sărace și șomerii erau asigurați de fundația de asigurare medicală AOK (*Allgemeine Ortskrankenkasse*), care era sprijinită financiar de guvern și era datoră să asigure orice persoană care se adresa.

Reforma sistemului de asigurare medicală. În Germania contribuția guvernului la acoperirea cheltuielilor sanitare totale constituie 21%, în timp ce contribuțiile patronilor/angajaților acoperă 60% din aceste cheltuieli, 11% fiind achitate din mijloace personale și 7% de către asigurarea medicală privată. Spitalele sunt plătite în baza principiului de zi de spitalizare. În anul 1986 a fost introdusă finanțarea globală a spitalelor prin care se intenționa promovarea serviciilor cost-eficiente, a tratamentului și asistenței ambulatorii. Germania era o țară cu un surplus de paturi spitalicești care aveau o rată mică de utilizare. În 1988 și 1993 au fost primite un șir de legi reformatoare prin care se intenționa reducerea cheltuielilor sanitare, ulterior fiind promulgate legi care limitau ritmul de majorare a prețurilor, numărul de medici și utilizarea tehnologiilor costisitoare în asistența medico-sanitară ambulatorie. În anul 1986 în Germania pentru asistența medico-sanitară se cheltuiau 1014 dolari SUA la cap de locuitor (în comparație cu 1289 în Canada și 1917 în Statele Unite), dar către anul 1996 aceste cheltuieli au crescut până la 2233 dolari în Germania, 2065 în Canada și 3898 în Statele Unite. Procentul de GDP cheltuit pentru sănătate în Germania s-a majorat de la 9,2% în 1986 la 10,5% în 1996, devenind a doua

țară din lume după mijloacele financiare alocate pentru sănătate după Statele Unite.

Standardele asistenței medico-sanitare în Germania sunt unele dintre cele mai înalte în lume, totodată după rata mortalității de pe urma cancerului, bolilor cerebrovasculare și cardiace. Germania se află între locul șaisprezece și douăzeci și patru în lume. Fundațiile de asigurare medicală nu sunt responsabile de promovarea sănătății, care a devenit în prezent un subiect tot mai frecvent precăutat în cadrul discuțiilor reformelor sanitare necesare. Sistemul sanitar al Germaniei se confruntă până în prezent cu anumite dificultăți în integrarea sistemului sanitar al Germaniei de Est după unire. Problema ține nu numai de majorarea standardelor asistenței medico-sanitare, dar și de combaterea sărăciei, șomajului, condițiilor precare de viață și a nutriției sărace, care reprezintă factori majori ai procesului de întregire a Germaniei contemporane.

Olanda

În 1997 Olanda avea o populație de 15,7 milioane de persoane cu un GNP de 25940 la cap de locuitor și cu o durată așteptată a vieții de 78 de ani – unul dintre cele mai înalte nivele în lume. Mortalitatea infantilă a scăzut de la 18 la 1000 în 1980 la 5 la 1000 de nașteri de feți vii în anul 1997, în comparație cu ratele din SUA care constituiau 26 și respectiv 7 la 1000. Mortalitatea maternă în anii 1980-1997 constituia 10 la 100.000 de nașteri de feți vii. Acoperirea cu imunizare a sugarilor în anii 1995-1997 era de 95-96% pentru DTP, poliomielită și rujeolă. În Olanda în anii 1987 și 1992 au avut loc două erupții de poliomielită printre grupurile religioase neimunizate, care au fost cauzate de o tulpină importantă de virus poliomiелitic.

Sistemul de asistență medico-sanitară din Olanda este finanțat atât din banii publici, cât și de sectorul privat, serviciile medico-sanitare fiind acordate de organizații private. Sistemul s-a dezvoltat de la asociațiile comerciale medievale și asociațiile de beneficii mutuale la un sistem de asigurare medicală bazat pe contribuțiile patronilor și angajaților vărsate în fundațiile de asigurare

medicală și programele de asigurare privată. Către anul 1933 41% din populație era deja asigurată medical. Asigurarea medicală națională a fost introdusă în 1941 (de către germani!). Fundațiile de asigurare medicală au fost înființate după principiul localizării geografice acoperind cu asigurare majoritatea populației. Contribuția angajaților constituia 4,95% și a patronilor – 3,15% din cheltuielile sanitare totale. Medicii erau plătiți în baza principiului plată pentru serviciu pentru pacienții asigurați privat și în baza principiului capitației pentru pacienții-membri ai fundațiilor de asigurare medicală.

Pentru a vizita medicii-specialiști pacienții trebuiau să obțină o îndreptare de la medicii generaliști (GP –filtru al pacienților). Aceasta a permis evitarea vizitelor inutile, fortificarea rolului GP în controlul costurilor sanitare. Majoritatea specialiștilor lucrau în spitale și erau plătiți în baza principiului plată pentru serviciu. Spitalele erau non-profit și finanțate prin bugete în bloc negociate cu fundațiile și companiile private de asigurare medicală. Numărul de paturi spitalicești era strict reglat de către guvern, de rând cu investițiile tehnologice, ceea ce permitea stăpânirea ritmului de creștere al costurilor sectorului spitalicesc.

Reforma sanitară în Olanda este axată pe introducerea mecanismelor de piață competitive pentru a le oferi consumatorilor o mai mare posibilitate de alegere dintre fundațiile și companiile private de asigurare medicală. Cheltuielile sanitare totale s-au majorat de la 6,7% din GDP în 1972 la 8,4% în 1982 și 8,9% în 1993, ulterior micșorându-se la 8,6% în 1996. Numărul de paturi de asistență acută s-a redus de la 5,5 în 1970 la 3,9 la 1000 de populație în anul 1995.

Structura mortalității demonstrează faptul că populația Olandei este expusă unui risc relativ înalt pentru cancer și relativ mic pentru bolile cardiovasculare în comparație cu majoritatea țărilor Europei de Nord. Sistemul sanitar olandez s-a dovedit a fi unul dintre cele mai eficiente în stăpânirea ritmului de creștere al costurilor sanitare în comparație cu cel al Statelor Unite, Canadei și majorității țărilor europene, totodată oferind o acoperire universală a populației,

promovând serviciile medico-sanitare primare și având unii dintre cei mai buni indici ai sănătății din lume.

JAPONIA

Japonia – stat industrializat democratic înalt centralizat, având în anul 1997 o populație de 125,6 milioane și un GDP de 40940 de dolari SUA la cap de locuitor în anul 1996, are una dintre cele mai mici rate de mortalitate infantilă din lume (în anul 1997 – 4 la 1000 de nașteri de feți vii). Mortalitatea maternă în anii 1980-1997 era de 8 la 100.000. Acoperirea cu imunizare constituia în anii 1995-1997 100%, 98% și 94% respectiv pentru DTP, poliomielită și rujeolă. Longevitatea vieții în Japonia este una dintre cele mai mari în lume, durata așteptată a vieții pentru bărbați și femei majorându-se de la 72 de ani în 1970 la 80 de ani în anul 1997.

După al II-lea Război Mondial japonezii și-au concentrat atenția asupra sănătății mamei și copilului, asistența medico-sanitară a mamei și copilului fiind gratuită. Femeile gravide erau stimulate financiar pentru a fi asistate prenatal, serviciile pediatrie includeau programe de imunizare în masă, screening-ul pentru depistarea bolilor nou-născuților, evaluarea dezvoltării și asistența specială pentru nou-născuții cu deficit de masă corporală și anomalii congenitale.

Japonia are o morbiditate și mortalitate minimă de pe urma bolilor cardiovasculare, diabetului zaharat și neoplasmelor, dar o mortalitate relativ înaltă din cauza ictusurilor cerebrale și traumatismelor (traume rutiere și suicid). Mortalitatea de pe urma cardiopatiei ischemice este joasă - 25 la 100.000 de bărbați în comparație cu 118-164 în Canada, Statele Unite, Suedia și Marea Britanie. Totodată mortalitatea din cauza accidentelor cerebrovasculare este mai înaltă decât în aceste țări. Rata cancerului gastric este

mai înaltă, dar cea a cancerului mamar și pulmonar mai joasă. Dieta japonezilor este săracă în grăsimi animale și colesterol, fapt care poate explica mortalitatea scăzută de boli cardiovasculare, dar predominarea bucatelor sărate și practica răspândită a fumatului este responsabilă, probabil, de mortalitatea înaltă de pe urma ictusurilor cerebrale și a cancerului gastric.

Sistemul național de asigurare medicală

Programul de bază de asigurare medicală a fost inițiat în Japonia în anul 1922 ca parte componentă a asigurării sociale. Legea referitor la asigurarea socială a fost adoptată încă în 1874. În 1935 sistemul de asigurare medicală s-a extins asupra tuturor lucrătorilor care se ocupau de muncă manuală, iar în 1938 și asupra persoanelor care se ocupau cu munca individuală. Către mijlocul anilor 1960 practic toată populația era asigurată medical fie de către patroni, administrația locală sau asociațiile de comerț. Asigurarea medicală statală includea angajații întreprinderilor mici cu un număr mai mic de 300 de muncitori, în astfel de afaceri fiind implicați 29% din populație. Companiile sau corporațiile în care lucrau mai mult de 700 de lucrători puteau înființa pentru angajații lor programe independente de asigurare medicală ca alternativă a asigurării statale. În prezent prin aceste programe sunt asigurate 25% din populația japoneză. Asociațiile de ajutor reciproc se ocupă de asigurarea medicală a funcționarilor civili, educatorilor și a altor persoane (aproximativ 10% din populație).

Prin două legi, una promulgată în 1972, iar alta în 1992, a fost stabilit mecanismul de asigurare statală a vârstnicilor și săracilor (32% din toată populația). Asigurarea acestor grupuri vulnerabile este administrată de autoritățile locale și asociațiile de comerț. Există de asemenea numeroase legi referitor la sănătate care vizează astfel de domenii ca nutriția, prevenția tuberculozei, controlul bolilor infecțioase, sănătatea mentală, sanitația mediului înconjurător și planificarea sanitară.

Finanțarea și serviciile

Serviciul japonez de sănătate este finanțat din contul taxelor pe salarii mărirea cărora variază de la 3,6 la 4,55% pentru angajați și 4,1-4,7% pentru patroni. Statul acoperă 65% din cheltuielile sanitare totale, în același timp controlând prețurile prin intermediul programelor de prețuri obligatorii pentru coșul de servicii medico-sanitare. Participarea pacienților la achitarea asistenței spitalicești și extraspitalicești este de 10% pentru angajați și 30% pentru dependenții lor. Beneficiile sanitare acordate de asigurare includ tratamentul, asistența de lungă durată, asistența stomatologică și unele servicii preventive, precum și serviciile medicale și spitalicești. Asistența preventivă este acordată gratuit prin intermediul rețelei de centre de sănătate cheltuielile fiind acoperite de stat și administrațiile locale. Cheltuielile sanitare în Japonia au crescut de la 4,8% din GDP în 1972 la 6,8% în 1982, de atunci rămânând relativ stabile (în 1996 – 7,1 % din GDP – mult mai mici decât în majoritatea țărilor industrializate). Cheltuielile sanitare la cap de locuitor în Japonia erau de 1713 dolari SUA în 1996 în comparație cu 3926 în Statele Unite, 2112 în Canada și 1358 în Marea Britanie.

Japonia are o rată foarte mare de asigurare cu paturi spitalicești, în același timp existând o insuficiență de paturi de asistență și îngrijire de lungă durată. Din acest motiv ratele utilizării spitalelor sunt distorsionate în comparație cu alte țări. Ratele spitalizării sunt mai joase decât în țările occidentale, o mai mare parte a asistenței medico-sanitare fiind acordată ambulatoriu, totodată durata medie de spitalizare este de 4-8 ori mai mare. Numărul total de paturi la populație era în 1996 de 16,2 la 1000, iar durata medie de spitalizare de 49 de zile, acești indici depășind cu mult mediile Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD) care constituiau 14,4 paturi la 1000 și respectiv 8,4 de zile de spitalizare. În spitalele relativ mici cu un număr mediu de 166 de paturi sunt internați și tratați atât pacienții cu boli acute, cât și cronice. Pe de altă parte în Japonia este relativ mic numărul de medici, acesta fiind de 1,8 la 1000 de populație în 1996 în comparație cu media OECD de 2,7 la 1000.

Pacienții au dreptul la alegerea liberă a medicului, două treimi din care lucrează atât în spitalele statale, cât și în sectorul privat. Aproape o treime din medici sunt medici generaliști, plătiți în baza principiului de plată pentru serviciu, fapt ce favorizează promovarea asistenței primare. Programele naționale de prețuri la serviciile medico-sanitare promovează prin motivații financiare asistența primară. Medicii de asemenea acordă servicii și în clinicele private. Japonezii consumă mai multe medicamente decât majoritatea populațiilor țărilor industrializate. Frecvența contactelor medic-pacient în Japonia este de cel puțin două ori mai mare decât în țările occidentale (12,9 contacte anuale la cap de locuitor în comparație cu 2,8 în Suedia și 5-7 în Canada, Statele Unite și Marea Britanie).

Începând cu anii 1950 în Japonia au scăzut considerabil ratele natalității și fertilității. Acest fapt cuplat cu ratele reduse de mortalitate contribuie tot mai mult la îmbătrânirea populației, ceea ce are un impact major asupra serviciilor de asistență medico-sanitară. Acest impact este determinat de necesitățile în creștere în servicii geriatrice, instituții de îngrijire, servicii de asistență la domiciliu și de suport a îngrijirii în familie a vârstnicilor. Proliferarea tehnologiilor medicale sofisticate a devenit o problemă majoră a sistemului sanitar, odată cu tendința de stăpânire a creșterii costurilor și majorarea controlului guvernamental al asistenței medico-sanitare.

Rezumat

Sistemul sanitar japonez este înalt decentralizat, dar reglat de autoritățile naționale. Acest sistem a obținut succese considerabile în reducerea ratelor mortalității în toate categoriile de vârstă și pentru majoritatea maladiilor, aceste rate fiind printre cele mai joase din lume. Stimularea financiară a asistenței primare pare a fi eficientă, în pofida promovării utilizării excesive a medicațiilor. Raportul mare al paturilor spitalicești la populație este determinat de ponderea majoră a populației în vârstă față de cea generală și insuficiența în

instituții alternative de asistență de lungă durată. Rezolvarea problemei îngrijirii vârstnicilor va rămâne un obiectiv pentru viitor în Japonia.

RUSIA

Federația Rusă este cea mai mare țară din lume care se întinde din Europa și până la Oceanul Pacific cu o populație polietnică înalt urbanizată (77%) de 148 de milioane de persoane (1997), cu o puternică bază industrială și resurse naturale abundente. În pofida realizărilor majore în starea sănătății populației din perioada sovietică, nivelul sănătății națiunii rămâne cu mult în urmă de țările industrializate. Odată cu destrămarea regimului sovietic starea sănătății populației s-a înrăutățit dramatic, durata așteptată a vieții reducându-se de la 69 de ani în anul 1970 la 65 de ani în 1997.

Sistemul sanitar sovietic înființat în 1918 a reușit să asigure cu asistență medico-sanitară populația unei țări enorme ruinate economic. Acest sistem oferea un acces universal la asistența medico-sanitară care era gestionată de stat. Acest sistem a fost motivul unei mândrii întemeiate a statului sovietic fiind recunoscut la nivel internațional datorită realizărilor sale eminente începând cu anii 1930. Odată cu asigurarea accesului universal la serviciile preventive și curative și obținerea controlului asupra bolilor infecțioase starea sănătății populației s-a îmbunătățit considerabil. În anii 1950 modelul sovietic de organizare sanitară a fost pe larg promovat și emulat în țările Europei de Est și în noile țări independente din Africa, Asia și Orientul Mijlociu, precum și în America Latină. Acest sistem a influențat considerabil și dezvoltarea conceptului de la Alma-Ata *Sănătate pentru Toți* bazat pe asistența medico-sanitară primară. Începând cu anii 1960 în diferite republici și populații etnice ale Uniunii Sovietice a început tranziția epidemiologică a bolilor. Această tranziție era caracterizată prin declinul mortalității de pe urma bolilor

infecțioase și majorarea numărului de decese din cauza bolilor neinfecțioase. Durata așteptată a vieții în anii 1970 și 1980 a rămas constantă. În anii 1990, după destrămarea Uniunii Sovietice urmată de o criză economică și socială profundă, durata așteptată a vieții în special a bărbaților a scăzut dramatic. În 1992 președintele Federației Ruse, Boris Elțin a prezentat Raportul referitor la Sănătate din Federația Rusă în care a descris detaliat starea precară a sănătății națiunii și a accentuat necesitatea reformei sanitare.

După desființarea din 1991 a Uniunii Sovietice Federația Rusă a intrat într-o perioadă de reforme politice, economice și sociale care au avut efecte importante asupra sistemului sanitar național și sănătății populației. În 1993 a fost adoptat un program național de asigurare medicală care presupunea majorarea finanțării sistemului sanitar, decentralizarea managementului asistenței medico-sanitare și introducerea în domeniul sanitar a mecanismelor economiei de piață. Totodată domeniul sanitar este unul extrem de complex și reformarea doar a metodelor de finanțare a asistenței medico-sanitare poate compromite și mai mult starea sănătății populației prin reducerea accesului la asistența medicală. Din acest motiv în acest compartiment vor fi precăutate problemele care țin nu numai de sistemul de asistență medico-sanitară, dar și de conținutul reformelor necesare.

Modelul sovietic

Până la revoluția din 1917 Rusia era o țară agrară cu cea mai mare mortalitate din țările europene. Asistența medicală publică și alte servicii sociale pentru populația rurală din Rusia Țaristă au fost stabilite în anul 1884 ca responsabilitate a autorităților județene așa-numitele *Zemstve* care ofereau servicii medicale și spitalicești finanțate din impozite. Asigurarea medicală a fost înființată în 1912 după modelul bismarckian, acoperind aproximativ 20% din muncitorii din industrie.

După evenimentele tragice din I-ul Război Mondial, Revoluția din Octombrie din 1917 și Războiul Civil, Rusia a avut mult de suferit de pe urma

epidemiilor în masă și foametei. Planul de reconstrucție a țării sovietice din 1918 includea conceptul de asistență medico-sanitară elaborat de Nicolai Semashko care era bazat pe principiul responsabilității statului pentru sănătate, accesul universal la servicii gratuite, abordarea preventivă a așa-numitelor „boli sociale”, asigurarea asistenței profesionale calitative, relațiile apropiate între știința și practica medicală, continuitatea asistenței de promovare a sănătății, tratamentul și reabilitarea bolnavului, precum și pe participarea comunității.

Statul și-a concentrat eforturile asupra asigurării accesului universal pentru toți la asistența medico-sanitară prin intermediul unui sistem unitar statal de sănătate. „Bolile sociale” erau considerate maladiile legate de sărăcie și condițiile precare de viață și lucru, care erau reprezentate preponderent prin boli infecțioase și profesionale, precum și prin afecțiuni ale mamei și copilului. În regim de urgență a fost stabilit un control epidemiologic asupra tuberculozei, febrei tifoide, tifosului exantematic, malariei și holerei. Frecvent prin metode drastice și violente erau fortificate măsurile comunitare preventive, fiind implementate astfel de activități profilactice cum ar fi carantina, sanitația și igiena urbană, drenarea mlaștinilor surse de vectori ai malariei etc. Prevenția medicală a bolilor sociale consta în examinarea regulată a populației de risc. Începând cu anii 1920 accentul a fost plasat pe prevenirea și controlul bolilor infecțioase. În scopul asigurării accesului universal în toată țara, majorarea numărului de paturi spitalicești, policlinici, medici și asistente medicale a devenit o prioritate națională. În anul 1937 toate companiile și fundațiile de asigurare medicală au fost închise, spitalele și alte instituții medicale au fost naționalizate și organizate sub conducerea autorităților sanitare districtuale. Practic tot personalul medical a devenit angajat public. Servicii medico-sanitare speciale erau furnizate în anumite industrii și categoriilor speciale ale populației cum ar fi conducerea partidului, lucrătorii unor ministere, personalul militar și al serviciului de securitate, muncitorii din industria metalurgică și a transporturilor.

Statul finanța serviciile medico-sanitare ca parte componentă a programului național de dezvoltare socială și economică. Puterea centrală se ocupa de angajarea personalului, plătea salariile și aproviziona cu tot necesarul instituțiile medico-sanitare, de cercetări științifice și învățământul medical. Directorii instituțiilor medico-sanitare administrau resursele alocate în dependență de necesitățile manageriale ale acestora.

Sistemul sanitar era dezvoltat, finanțat și controlat de stat. Normele obligatorii pentru instituții și personal au fost stabilite de Comisariatul (mai târziu Ministerul) Sănătății, sub un strict control din partea organelor de partid. Aceste norme erau periodic revizuite la Congresele Partidului, lărgirea serviciilor existente fiind direcția principală a politicii sanitare. Politica de majorare continuă a numărului de paturi spitalicești și de personal medical continuă și în anii 1990.

În timpul celui de-al II-lea Război Mondial sistemul sanitar sovietic și-a mobilizat eforturile pentru asigurarea asistenței medico-sanitare unui număr enorm de militari și civili. În pofida condițiilor aspre din timpul războiului nu au apărut epidemii în masă. Observatorii externi inclusiv Garrison în anii 1920, Sigerist în anii 1940, Field în anii 1960 și mai târziu Roemer (1991, 1993), precum și istoricii medicali ruși Yeravinski, Smirnov și alții au remarcat realizările uimitoare în reducerea bolilor epidemice, satisfacerea necesităților sanitare de război și asigurarea cu asistență medico-sanitară a întregii populații de către sistemul sanitar sovietic. Stabilizarea situației în perioada postbelică a permis reconstruirea serviciilor medico-sanitare și restabilirea numărului de cadre medicale pierdute în conflict.

Cu scop de asigurare a accesului echitabil au fost organizate sisteme districtuale care aveau în componența sa stații sanitaro-epidemiologice (SES), spitale, policlinici și instituții de tratament specializat în conformitate cu normele naționale în vigoare bazate pe numărul populației deservite. SES supravegheau calitatea apei, apele de canalizare, aerul, calitatea solului, totodată fiind responsabile de investigațiile epidemiologice ale erupțiilor de boli

infecțioase și monitorizarea sănătății și statutului nutrițional al copiilor. Clinicele numite *Medsancheasti* situate la întreprinderile industriale furnizau servicii medicale și preventive muncitorilor acestora, centrele de profilaxie se ocupau de acordarea unui șir variat de servicii medicale, de reabilitare, sanatoriale și de odihnă. La început policlinicile din fiecare district erau afiliate la spitalele districtuale cu o rotație reciprocă a personalului cu scop de promovare a continuității asistenței și îmbunătățire a profesionalismului. Ulterior această practică a devenit inoportună datorită creșterii rapide a numărului de policlinici. Prevenția bolilor se baza în continuare pe examinările regulate ale lucrătorilor și altor grupuri specifice.

Ca răspuns la creșterea prevalenței bolilor cronice la mijlocul anilor 1960 la Ședința Plenară a Partidului Comunist din 1963 s-a decis implementarea dispensarizării anuale sau examinarea după un program uniform a întregii populații, efectuate în policlinici, spitale și clinicele specializate. În acest proces de monitorizare minuțioasă a sănătății au fost implicate asistența clinică, ambulatorie, spitalicească și sanatorială. Programele de screening au favorizat creșterea cererii în asistență spitalicească din cauza resurselor diagnostice limitate ale instituțiilor ambulatorii.

În pofida resurselor limitate alocate sistemului sanitar, statul continua să-și concentreze eforturile asupra majorării numărului de paturi spitalicești și de personal medical (Tabelul 13.5). La mijlocul anilor 1980 Ministrul Sănătății a enunțat continuarea direcției politice sanitare concentrate asupra „dezvoltării medicinei preventive și îmbunătățirii asistenței medico-sanitare prin implementarea programului de construire a spitalelor generale și specializate”. Deținând controlul absolut asupra finanțării, statul a stabilit normele obligatorii de personal medical și paturi spitalicești și controla învățământul medical ca acesta să satisfacă necesitățile în personal medical ale sistemului. Monopolul statului în domeniul sanitar a dus la o stagnare conceptuală a acestui sistem compromis de atenția exagerată acordată asistenței spitalicești și lipsa de

imputabilitate financiară sau epidemiologică pentru eficiența serviciilor acordate.

TABELUL 13.5. Numărul de paturi spitalicești și doctori la 10.000 de populație, Federația Rusă, 1913-1998.

Resurse	1913	1940	1950	1960	1970	1980	1990	1996
Paturi spitalicești / 10.000	15	43	59	82	113	130	131	111
Doctori / 10.000 ^a	1,5	7,4	14,5	20,9	29,0	40,3	40,7	42,1

Sursa: Field, 1988, Ministry of Health of the Russian Federation, 1996, Health for All Data Set. WHO European Region.

^a Inclusiv toate categoriile de doctori.

Sistemului sanitar gestionat de stat i se alocă 3-3,5% din GNP, în timp ce țările industrializate cheltuiau pentru sănătate 7-13% din GDP. În Rusia GDP la cap de locuitor s-a micșorat de la 3200 dolari SUA în 1991 la 2410 în anul 1996. Cheltuielile sanitare în 1994 au constituit 2,3% din GDP. În pofida reducerii resurselor alocate sistemului sanitar, Rusia își menține un nivel înalt de paturi pentru populație și continuă să producă numeroși medici.

Tranziția epidemiologică

Longevitatea vieții s-a majorat până în anii 1960, dar rămânea mult mai mică decât în alte țări. În 1960 durata așteptată a vieții constituia 69 de ani, ulterior aceasta s-a redus către anul 1990 (61 pentru bărbați și 73 pentru femei) și apoi a crescut până la 67 de ani. Ratele extrem de mari ale mortalității de pe urma bolilor cardiovasculare și traumatismelor sunt factorii principali care determină longevitatea scăzută a vieții. Mortalitatea de pe urma bolilor cardiovasculare este de două ori mai mare decât media din țările OECD. Mortalitatea din cauza traumatismelor este de 2,5-3 ori mai mare decât în țările industrializate occidentale.

Chiar și până la destrămarea Uniunii Sovietice din 1991 mortalitatea în Rusia depășea cu mult ratele mortalității din alte țări industrializate (vezi Tabelul 13.6). Coeficienții standardizați ai mortalității în Rusia sunt de 1,5 ori mai mari pentru mortalitatea totală și chiar mai mari pentru unele categorii de boli cum ar fi bolile cerebrovasculare, traumele și bolile infecțioase. Controlul bolilor infecțioase începând cu anul 1991 a scăzut, apărând epidemii de difterie,

în special printre adulți, majorându-se și incidența rujeolei și a tusei convulsive. În sudul Rusiei au apărut și cazuri de holeră.

TABELUL 13.6. Coeficienții standardizați pe vârste ale mortalității la 100.000 de populație pentru cauze selectate de deces în Rusia și alte țări, 1990-1991^a.

Țara	Mortalitatea totală	Cancerul total	Cancerul pulmonar	IHD	CVD	Bolile respiratorii	Bolile infecțioase	Trauma
Rusia	1454	237	56	404	308	76	13	152
Lituania	1246	218	47	546	154	59	10	129
Germania	1015	238	42	201	119	61	6	55
Danemarca	997	258	57	241	90	72	8	67
Statele Unite	933	255	64	215	62	84	13	62
Maria Britanie	926	248	58	241	105	98	5	31
Israel	910	183	28	183	86	68	19	52
Suedia	845	188	25	226	89	62	6	27
Canada	826	227	60	189	62	72	6	51
Japonia	720	185	32	43	101	94	11	33

Sursa: *World Health Statistics Annual 1993*, pp.438/463.

^aDatele sunt standardizate la populația europeană. Trauma include accidentele, intoxicațiile, omuciderea și suicidul. IHD = cardiopatia ischemică, CVD = bolile cerebrovasculare.

Valoarea brută a natalității în Rusia s-a redus de la 17 la 1000 în 1987 la 9 la 1000 în 1998. Fertilitatea totală s-a micșorat de la 2,0 în 1989 la 1,2 în 1997, ceea ce este mult sub nivelul necesar de restabilire a populației. Mortalitatea infantilă a scăzut de la 22 la 1000 în 1980 la 16 la 1000 în anul 1998, cifră care depășește de 3-4 ori nivelul mortalității infantile din țările Europei de Vest. Avorturile reprezintă principala metodă de control a nașterilor, disponibilitatea metodelor contemporane fiind insuficientă. Mortalitatea maternă s-a micșorat de la 65 la 100.000 de nașteri de feți vii în 1980 la 44 în 1998 (HFA). Mortalitatea totală înaltă și natalitatea redusă a creat o situație de regresare a populației. În 1993 numărul de decese a depășit cu 800.000 numărul nașterilor.

Declinul în starea sănătății populației din anii 1990 nu poate fi atribuit doar crizei economice sau ineficienței sistemului sanitar. Majorarea mortalității se datorează unui cumul de factori: stresului, abuzului de alcool, fumatului, violenței, dietei dezechilibrate, lipsei tehnologiilor moderne de asistență medico-sanitară, poluării mediului ambiant și stării răspândite de anxietate și depresie după declinul dramatic politic și economic din anii 1990. Majoritatea bărbaților nu supraviețuiesc până la vârsta de pensionare de 60 de ani.

O serie de erori ale politicii sanitare au dus la concentrarea eforturilor asupra asistenței medico-sanitare a pacientului individual și au compromis implementarea experienței reușite a anilor 1930 de stabilire a controlului asupra bolilor infecțioase și neinfecțioase. Conceptul prevenției inclus în funcțiile asistenței primare era bazat doar pe examinările în masă. Politica sanitară continua să promoveze majorarea numărului de medici, policlinici și paturi spitalicești. Strategia pasivă de tratament și spitalizare îndelungată a sectorului spitalicesc enorm s-a dovedit a fi incapabilă să țină pasul cu realizările tehnologice medicale contemporane și consuma o mare parte a resurselor sanitare și așa limitate. Asistența medico-sanitară de calitate joasă, dieta inadecvată, poluarea mediului ambiant și lipsa eforturilor sanitare publice au contribuit semnificativ la instalarea crizei și în sănătatea publică.

Reforma post-sovietică

Federația Rusă continuă să furnizeze serviciile sociale și medico-sanitare de bază tuturor cetățenilor. Până la introducerea asigurării medicale obligatorii în 1993 toate beneficiile sociale erau finanțate din bugetul federal. Schema adoptată de asigurare medicală era bazată pe achitarea obligatorie de către patroni a plăților de asigurare în fundațiile regionale de asigurare medicală. Decentralizarea managementului și finanțării serviciilor medico-sanitare statale a majorat autonomia sanitară locală și regională. Reducerea cheltuielilor sanitare reale și a mijloacelor valutare disponibile a afectat grav aprovizionarea cu medicamente și alte materiale medicale. Decentralizarea rapidă și completă a compromis capacitatea conducerii centrale de a elabora noi strategii politice sanitare publice în așa domenii cum ar fi imunizarea, nutriția și promovarea sănătății, precum și de a stabili și menține normele federale de asigurare cu paturi spitalicești și personal.

Analiza epidemiologică, economică și a costului și eficienței este de o importanță vitală mai ales în condiții economice precare. Calcularea costurilor unui serviciu este fundamentală pentru funcționarea acestuia. Autoritățile

regionale și districtuale dețin în prezent responsabilitatea și puterea financiară pentru realocarea fondurilor și schimbarea priorităților de la asistența instituțională la asistența ambulatorie și preventivă, totodată acestea se confruntă cu o insuficiență de cadre manageriale bine pregătite care ar putea sfida dogmele învechite cum ar fi normele excesive încă acceptate de paturi spitalicești și personal la populație.

Dezvoltarea sistemelor informaționale, instruirea personalului de conducere referitor la teoria și practica managerială modernă, reducerea sectorului spitalicesc cu transferarea resurselor la asistența primară sunt măsuri vitale necesare pentru îmbunătățirea calității și eficienței asistenței medico-sanitare. Reformele bazate parțial pe realocarea resurselor existente vor necesita o finanțare suplimentară pentru satisfacerea costurilor tranziției și ridicarea calității asistenței.

Reformele sanitare sunt absolut necesare pentru menținerea accesului universal la asistența medico-sanitară și îmbunătățirea stării sănătății populației, a asistenței medicale și sănătății publice în conformitate standardele internaționale în vigoare. Pentru aceasta este necesară modificarea finanțării asistenței medico-sanitare, acceptarea scopurilor sanitare internaționale și schimbarea programelor de instruire a personalului medical. Dar toate acestea depind de noile priorități și standarde stabilite la nivel național, regional și local. Decentralizarea și difuzia sistemului odată hipercentralizat necesită o informație epidemiologică adecvată și un dialog public permanent referitor la problemele sanitare pentru a majora gradul de cunoaștere a subiectelor sanitare și practicilor manageriale necesare pentru satisfacerea necesităților medico-sanitare populației.

Stațiile sanitaro-epidemiologice posedă un potențial major promovare a sănătății la nivel comunitar și districtual, majorând conștiinciozitatea publicului în problemele sanitare. Aceasta presupune modificarea atitudinii de la „apărător al vechiului sistem” la „responsabil pentru satisfacerea necesităților sanitare ale comunității”, ceea ce impune necesitatea revizuirii obiectivelor, instituirii unor

noi programe de instruire medicală, modernizarea tehnologiilor de laborator și redefinirea calității mediului ambiant.

Instruirea în domeniul colectării, analizei și distribuirii datelor epidemiologice este esențială pentru promovarea cunoașterii și controlului factorilor de risc. Politicienii, furnizorii și comunitatea trebuie să elaboreze programe de intervenții cost – eficiente pentru a satisface necesitățile locale. Distribuirea largă a datelor epidemiologice importante atât organelor de conducere, cât și publicului general este necesară pentru modificarea cunoștințelor, atitudinilor, credințelor și practicelor legate de factorii de risc.

Sistemul curent de organizare și finanțare a asistenței medico-sanitare din Rusia necesită o transformare într-un sistem de asistență controlată prin intermediul adoptării finanțării în baza principiului capitației utilizat în țările scandinave, Marea Britanie și de către modelul HMO în Statele Unite. Adaptarea principiilor HMO a fost inițiată prin proiecte pilot în Tula și Kaluga. Experimentarea prin metoda probelor și erorilor, implementarea noului program de asigurare medicală și decentralizarea managementului sistemului sanitar toate acestea creează condiții favorabile pentru traducerea în viață a reformelor sanitare.

Sistemul sanitar din Rusia deține un potențial considerabil de modificare. Este deosebit de important de păstrat accesul universal la asistența medico-sanitară. Decentralizarea stimulează inițiativele locale ce țin de reformarea sistemului sanitar. Pentru satisfacerea necesităților sanitare ale consumatorului și ridicarea standardelor asistenței este necesară căutarea unor noi metode cost-eficiente. Reforma finanțării sistemului sanitar poate favoriza majorarea resurselor alocate, ceea ce nu este preferabil în perioada tranziției economice. Resursele necesare trebuie căutate prin revizuirea priorităților și realocarea cheltuielilor.

Rezumat

În anii 1990 Rusia era în toiul crizei sistemului sanitar cu un declin dramatic al longevității vieții, majorarea ratelor mortalității și reapariția bolilor epidemice. Această criză era legată nu numai de condițiile de tranziție economică, fiind determinată de premisele localizate în profunzimea sistemului sanitar sovietic. Acest sistem oferea o asistență medico-sanitară universală gratuită cu utilizarea unui exces de resurse de personal medical, paturi spitalicești, policlinici și alte servicii, totodată cantitatea fiind în defavoarea calității. Acest sistem era gestionat prin monopol statal, care deținea controlul exclusiv asupra bugetului, standardelor, învățământului medical și cercetărilor științifice. În acest sistem lipseau mecanismele de analiză economică și epidemiologică, precum și imputabilitatea publicului. Tranziția epidemiologică de la bolile infecțioase la cele neinfecțioase s-a soldat cu creșterea în continuare a volumului serviciilor acordate. Prioritatea financiară și politică era oferită asistenței spitalicești în defavoarea celei ambulatorii, iar examinările regulate în masă constituiau principala metodă a medicinei preventive.

Reformele implementate din 1991 au fost axate pe crearea sistemului național de asigurare medicală și decentralizarea managementului serviciilor medico-sanitare. Totodată mișcarea reformistă era lipsită de o strategie politică sanitară bine determinată de abordare a problemelor sănătății publice în special excesul enorm și evitabil al mortalității curente. Responsabilitatea pentru elaborarea noilor direcții de dezvoltare a sistemului sanitar aparține autorităților sanitare federale și locale. Colectarea adecvată a datelor epidemiologice, definirea și realizarea scopurilor sanitare necesită un suport politic, moral, profesional și financiar atât din partea publicului general rus, cât și a celui internațional.

ISRAEL

Israelul în anul 1997 avea o populație de 5,8 milioane persoane cu un GNP la cap de locuitor egal cu 15870 dolari SUA (1996). Mortalitatea infantilă în 1997 constituia 6 la 1000 de nașteri de feți vii, iar mortalitatea maternă în anii 1980-1997 – 5 la 100.000. Ratele imunizării erau înalte în anii 1995-1997 acestea constituind 92% pentru DTP, 93% pentru poliomielită și 94% pentru rujeolă. În pofida ratelor înalte de imunizare în anul 1988 a izbucnit o epidemie de 15 cazuri de poliomielită, în anii 1991 și 1994 au apărut epidemii de rujeolă ceea ce a determinat revizuirea programului de imunizare.

Indicii sănătății din Israel relevă o stare prosperă a sănătății populației, dar cu importante discrepanțe etnice, regionale și dependente de sex. După mortalitatea infantilă Israelul ocupă locul douăzeci și doi în lume, avansând de pe locul douăzeci și cinci care-i aparținea în 1990. După longevitatea vieții bărbaților Israelul este pe locul doi în lume, iar a femeilor – printre primele zece țări pe glob.

Originea sistemului sanitar din Israel

Sistemul sanitar din Israel a evoluat treptat pe parcursul ultimului secol. Palestina – provincie a Imperiului Otoman era o regiune săracă în care malaria, dizenteria și alte boli infecțioase cauzau ravagii. Imigrarea evreilor din Europa de Est și a arabilor din țările vecine din anii 1880 a dus la înființarea spitalelor de caritate care acordau asistență populației sărace din ariile urbane.

Imigranții evrei din Europa de Est au format grupuri muncitorești și asociații de ajutor reciproc. Fundațiile de asigurare medicală au fost înființate în 1912 și erau bazate pe principiile beneficiilor reciproce derivate din modelele europene. Aceste fundații s-au dezvoltat vertiginos acoperind cu asigurare medicală peste 95% din populație. Ele furnizau servicii prin intermediul propriilor clinici regionale și specializate sau a doctorilor afiliați, iar în ariile unde lipseau acestea, fundațiile procurau serviciile de asistență de la spitalele statale sau gestionate de NGO.

Asistența preventivă a fost inițiată în 1911 de către asistentele medicale din Statele Unite finanțate de Hadassah – organizație internațională a femeilor. După ocuparea teritoriului de către armata britanică în 1917 Hadassah a organizat trimiterea Corpului Sionist Medical American din Statele Unite pentru organizarea rețelei de instituții medico-sanitare în Palestina. În componența acestui corp intrau 44 de medici, asistente medicale, stomatologi și alt personal medical plătit și echipat de către Hadassah și Comitetul Unit de Distribuție. Corpul a deschis spitale în mai multe centre urbane și a inițiat instruirea asistentelor medicale și programe de asistență preventivă pentru imigranți și copiii de vârstă școlară, precum și stații de sănătate a mamei și copilului (*Tipot Halav*). Aceste stații erau plasate în orașele și satele țării și furnizau asistență prenatală, infantilă și a copiilor de vârstă fragedă. Ele se ocupau de imunizarea în masă, monitorizarea creșterii și dezvoltării copiilor, a statutului nutrițional al sugarilor, precum și acordau asistență prenatală majorității femeilor din țară, unele totuși fiind asistate de medici privați.

Administrarea colonială britanică din anii 1917-1948 s-a răsfrânt pozitiv asupra organizării și dezvoltării sistemelor de sănătate publică, fiind introdusă licențierea medicilor, sanitația, legile referitor la calitatea produselor alimentare și medicamentelor, precum și înființate laboratoare sanitare publice, de control al malariei și implementate multe alte realizări sanitare publice actuale la moment.

În anii 1912-1948 sistemul sanitar s-a dezvoltat fiind bazat pe asistența primară acordată prin intermediul *Tipot Halav* și clinicilor care aparțineau fundațiilor de asigurare medicală din orașele și satele țării și care acordau o asistență curativă primară și servicii de referință.

După înființarea în 1948 a Israelului imigrarea masivă a evreilor din Europa și Orientul Mijlociu a avut un impact major asupra sistemului sanitar din țară. Noul Minister al Sănătății a deschis spitale regionale în lagărele abandonate britanice unde era acordată asistența acută, servicii de reabilitare, psihiatrice și asistență bolnavilor cronici. Restul spitalelor aparțineau NGO și

fundațiilor de asigurare medicală. Accentul pe asistența medico-sanitară primară și ambulatorie acordată în centrele medicale și spitalicești a constituit baza sistemului sanitar din Israel.

Resursele și cheltuielile sanitare

Cheltuielile pentru asistența medico-sanitară în Israel s-au majorat de la 6,9% din GNP în anul 1980 la 7,9% în 1990 și 8,4% în 1997 (Tabelul 13.7). În perioada anilor 1985-1997 numărul total de paturi spitalicești a fost redus de la 6,5 la 6,0 la 1000 de populație fiind totodată efectuată o tranziție în componența acestor paturi. S-a majorat numărul de paturi geriatrice și de reabilitare de la 1,8 la 2,7 la 1000 de populație, s-a micșorat numărul paturilor de asistență acută de la 2,8 la 2,3 la 1000 și psihiatrice de la 1,9 la 1,1 la 1000 de populație.

TABELUL 13.7. Cheltuieli sanitare, resurse spitalicești și utilizarea lor, Israel, 1960-1997.

Resurse / utilizarea	1960	1970	1980	1985	1990	1997
Cheltuieli sanitare (% din GNP)	5,5	5,4	6,9	6,8	7,9	8,4
Paturi de asistență acută / 1000	3,1	3,2	3,0	2,8	2,6	2,3
Zile de asistență spitalicească acută / 1000 pe an	954	1148	997	911	834	785
Externări (acute) / 1000 pe an	115	129	158	163	158	181
Durata medie de spitalizare (asistență acută)	8,3	8,9	6,3	5,6	4,8	4,3
Paturi psihiatrice / 1000	2,1	2,4	2,2	1,8	1,5	1,1
Zile de asistență psihiatrică / 1000	615	631	721	623	496	379

Sursa: *Statistical Abstract of Israel*, 1975, Ministry of Health, *Health in Israel*, 1998.

Cheltuielile pentru asistența spitalicească în perioada anilor 1975-1990 s-au majorat de la 34% la 41% din cheltuielile sanitare totale, ulterior acestea micșorându-se până la 39% în 1993 (vezi Tabelul 13.8).

TABELUL 13.8. Cheltuielile sanitare (%) după tipul de servicii, Israel, 1975-1995.

Categoria	1975	1985	1990	1995
Spitalele și cercetările științifice	33,9	42,7	40,7	40,6
Clinicele publice / prevenția	28,6	32,5	32,6	34,5
Asistența stomatologică	11,5	11,0	12,0	11,1
Medicii privați	3,1	3,4	4,9	4,5
Medicamente, echipament procurat individual	4,5	4,7	4,8	3,5
Costuri capitale fixe	17,4	4,9	5,3	4,7
Cheltuieli de regie	1,0	0,8	0,8	1,1
Total	100	100	100	100
Cheltuieli naționale (% din GNP)	6,0	6,8	7,8	8,6

Sursa: *Statistical Abstract of Israel*, 1996, *Health in Israel*, 1998.

Treptat a avut loc o reducere a numărului de paturi spitalicești, zilelor de spitalizare și duratei medii de spitalizare. Asistența ambulatorie și comunitară consuma aproape o treime din cheltuielile totale, ceea ce constituia o majorare substanțială din anul 1975. Cheltuielile capitale fixe au scăzut treptat începând cu anii 1970. Salariile personalului medical erau mai mici în comparație cu alte sectoare sociale, ca și, de fapt, investițiile capitale. Stăpânirea costurilor, îmbunătățirea bazei materiale și implementarea în medicină a realizărilor tehnologice sunt obiectivele principale ale sistemului sanitar din Israel.

Reformele sanitare

Israelul a introdus asigurarea medicală națională (NHI) la 1 ianuarie 1995 acoperind toată populația cu asigurare medicală prin intermediul sistemului național de securitate socială, implementat după mulți ani de discuții și reformare a serviciilor medico-sanitare. Pentru această asigurare individul achită 3% din salariu cu o contribuție echivalentă a patronului. Asigurarea Națională cuprinde de asemenea persoanele în vârstă și cu dizabilități, compensațiile muncitorești și alte beneficii sociale. Fiecare familie trebuie să-și aleagă fundația de asigurare medicală care funcționează după legile organizațiilor de menținere a sănătății. Institutul de Asigurare Națională transferă fondurile fundațiilor de asigurare medicală în baza principiului capitației, alocările financiare pentru vârstnici și populația din regiunile în curs de dezvoltare fiind mai mari.

Ministerul Sănătății supraveghează fundațiile de asigurare medicală care sunt impuse de noile legi să furnizeze un coș complex de servicii medico-sanitare. Fundațiile de asigurare medicală sunt obligate de asemenea să acorde servicii specifice și să procure serviciile pe care nu le pot acorda. Ele acordă o asistență complexă atât în clinicele proprii, cât prin intermediul medicilor privați afiliați care sunt plătiți în baza principiului capitației. Suplimentar la coșul obligator de servicii Ministerul Sănătății acoperă cheltuielile pentru noile medicamente și alte cheltuieli necesare.

Fundațiile de asigurare medicală sunt responsabile pentru serviciile acordate și individul are dreptul să-și aleagă singur o dată în jumătate de an fundația respectivă. Majoritatea paturilor spitalicești sunt gestionate direct de Ministerul Sănătății. Spitalele statale sunt transmise pentru gestionare trusturilor independente și funcționează ca unități economice aparte capabile să investească la necesitate fonduri și să fie competitive fiind plătite în baza DRG. În condițiile prezente va fi dificil de a regionaliza serviciile medico-sanitare deoarece fiecare fundație de asigurare medicală are organizația regională proprie.

În Israel în ultimul timp s-au majorat activitățile de promovare a sănătății și de iluminare sanitară în masă a populației (Tabelul 13.9). Legea despre purtarea obligatorie a centurilor de siguranță a fost întâmpinată cu complianță de către majoritatea șoferilor de autoturisme, fiind în același timp primită o altă lege care impunea motocicliștii să poarte căști. Asemenea cerințe au fost înaintate și față de bicicliști. Majorarea limitei de viteză pe autostrăzile Israelului s-a soldat cu o creștere bruscă a deceselor în urma accidentelor rutiere.

Prin legislația contra fumatului a fost interzis fumatul în locurile publice și la locul de muncă ceea ce s-a soldat cu reducerea fumatului printre adulți, în special printre bărbați. În prezent 30% din bărbați încă mai practică fumatul. În magazine au început a fi comercializate produse alimentare cu un conținut scăzut de grăsimi animaliere. Producătorii privați de alimente fortifică terciurile și amestecurile pentru alimentarea copiilor cu vitamine și minerale. Totodată nu este practică fortificarea produselor alimentare de bază (pâine, lactate, sare) cu vitamine și minerale. Este răspândită starea de obezitate în special printre femeile de peste 45 de ani. Menținerea performanței fizice deși este tot mai populară, nu este încă o practică în masă.

În Israel sunt pronunțate încă discrepanțele regionale, sociale și etnice în starea sănătății populației. Printre populația arabă ratele mortalității infantile sunt mai înalte decât printre populația ebraică (12 față de 6 la 1000 în 1996).

Imigrarea în masă a evreilor din Rusia și Etiopia în anii 1990 a dus la diversificarea structurii populaționale, în populație fiind prezente diferite grupuri populaționale susceptibile la diferiți factori de risc. Resursele sanitare tradițional erau distribuite preponderent în regiunile cu o concentrație majoră a populației, localitățile rurale primind mai puține resurse la cap de locuitor.

În prezent autoritățile sanitare acordă o mai mare atenție promovării sănătății precum și reformării structurii serviciilor sanitare. Ministerul Sănătății și-a concentrat eforturile asupra reformării serviciilor medico-sanitare și sistemului național de asigurare medicală. Administrarea decentralizată a serviciilor în prezent este asigurată prin intermediul fundațiilor de asigurare medicală care funcționează după principiile organizațiilor de menținere a sănătății. Discrepanțele regionale în distribuirea resurselor și starea sănătății constituie un argument puternic pentru implementarea mecanismelor de finanțare regională, care sunt în prezent discutate de fundațiile de asigurare medicală.

Rezumat

Israelul a atins standarde înalte de asistență medico-sanitară și indici performanți ai stării sănătății populației. Sistemul sanitar din Israel a fost un sistem național pe parcursul a multor ani de zile. El s-a dovedit a fi eficient fiind redusă semnificativ rata mortalității de pe urma bolilor infecțioase și neinfecțioase și majorată considerabil durata așteptată a vieții indice după care Israel este printre primele țări în lume. Învățământul medical și paramedical, cercetările științifice și industria medicală și farmaceutică au atins nivele înalte de excelență. În anul 1995 implementarea sistemului național de asigurare medicală a permis asigurarea accesului echitabil la serviciile medico-sanitare și a redus influențele politice asupra sistemului sanitar. Totodată serviciile de asistență primară sunt încă separate de instituțiile preventive și de tratament comunitar orientat, iar fundațiile de asigurare medicală acordă o atenție insuficientă măsurilor preventive. Regionalizarea managementului și finanțării

serviciilor medico-sanitare este un obiectiv, realizarea căruia va înlătura discrepanțele existente. În pofida neajunsurilor existente, sistemul de sănătate al Israelului a reușit să obțină standarde înalte de asistență medico-sanitară acordată populației întregi.

TABELUL 13.9. Inițiativele de promovare a sănătății în Israel și efectele lor, 1997.

Subiectul	Acțiunea	Efectul
Fumatul	Legislația contra fumatului Interzicerea publicității Promovarea campaniilor contra fumatului de către NGO	S-a redus printre bărbați de la 41% în 1973 la 33% în 1998 și pentru femei în aceeași perioadă de la 36% la 25%
Prevenția cancerului	Promovarea mamografiei, reducerea expunerii la razele solare Limitarea fumatului	Este încetinit ritmul de creștere al conștiinciozității publicului, se majorează ratele de cancer, dar sunt cu mult mai mici decât în țările europene, cu excepția ratelor de cancer mamar și colonic
Nutriția	Iluminarea sanitară Dieta mediteraniană: consum ridicat de vegetale, fructe, puțin zahăr, produse alimentare cu un nivel scăzut de grăsimi animaliere	Aduce o contribuție posibilă la micșorarea mortalității din cauza bolilor cardiovasculare și a cancerului
Accidentele rutiere (MVA)	Implementarea legii referitor la utilizarea obligatorie a centurilor de siguranță A fost majorată limita de viteză pe magistralele auto Patrularea inadecvată a magistrelor auto	MVA și rata cazurilor fatale s-a majorat Șoferii nu se tem de măsuri de penalizare pentru încălcarea regulilor circulației rutiere, monitorizarea electronică s-a dovedit a fi cu mult mai eficientă
Calitatea apei	Clorurarea obligatorie a apei din 1988 Nu este obligatorie filtrarea și coagularea	S-a redus morbiditatea prin boli diareice transmise prin apă
Prelucrarea apelor de canalizare	Îmbunătățirea prelucrării	Crește practica de reutilizare a apelor de canalizare
Îmbogățirea produselor alimentare de bază	Legea permite, dar nu cere Îmbogățirea este efectuată de producătorii produselor alimentare din propria inițiativă	Terciurile și amestecurile de lapte pentru copii au început a fi îmbogățite Produsele alimentare de bază (pâinea, sarea, lactatele) nu sunt îmbogățite
Calitatea produselor alimentare	A fost înăsprită supravegherea calității Standardele alimentare au fost actualizate cu cele internaționale	S-a majorat conștiinciozitatea publicului Sunt pe larg accesibile produsele alimentare cu un conținut mic de grăsimi animaliere
Prevenția SIDA/STD	Educația sanitară școlară	Sunt răspândite campaniile de promovare a utilizării

		prezervativelor și de evitare a infectării în timpul utilizării drogurilor
Orașe sănătoase	Asociații active de orașe sănătoase	Mai multe orașe au organizat programe „Orașe sănătoase”
Sănătatea dentară	Fluorizarea apei comunitare	Cu apă fluorizată sunt aprovizionați 47% din populație, către anul 2000 fluorizarea urma să devină obligatorie
Sănătatea școlară	A fost în stagnare mult timp, în anii 1990 s-a îmbunătățit educația școlară	Sunt pe larg răspândite programele școlare „Cunoaște-ți corpul” Nu există programe de alimentare în școală

Sursa: Israel Center for Disease Control. Health Status in Israel, 1999.

SISTEMELE DE SĂNĂTATE ÎN ȚĂRILE ÎN CURS DE DEZVOLTARE

În majoritatea țărilor în curs de dezvoltare serviciile medico-sanitare au fost moștenite de la regimurile coloniale și ulterior, în anii 1950 și 1960, influențate de modelul sovietic de organizare. Dezvoltarea asistenței primare a fost neglijată, finanțată prost, resursele disponibile fiind alocate preponderent spitalelor clinice din centrele urbane mari, majoritatea populației care locuia în localitățile rurale rămânând fără asistență. Ca rezultat majoritatea țărilor în curs de dezvoltare s-au confruntat cu necesitatea reformării sistemelor de sănătate.

În anii 1980, sub influența programului Sănătate pentru Toți, finanțat de Organizația Mondială a Sănătății, atenția era tot mai mult plasată pe asistența primară. Realizările obținute în anii 1980 și 1990 includeau majorarea acoperirii cu imunizare, utilizarea pe scară largă a terapiei de rehidratare per orală (ORT) și îmbunătățirea măsurilor de sanitație. În această perioadă s-a observat un declin al ratelor natalității în majoritatea țărilor lumii inclusiv și în Africa subsahariană, care până în anii 1990 părea total rezistentă la măsurile de control al natalității. Noile programe naționale de sănătate erau axate pe asistența primară și imunizare, ORT, promovarea alimentației cu lapte matern, suplimentarea sugarilor și planificarea nașterilor.

Numeroase țări ale lumii în curs de dezvoltare își majorează GNP la cap de locuitor. Instituirea învățământul primar obligator și îmbunătățirea stării economice creează premise favorabile pentru îmbunătățirea continuă a standardelor sanitare. În Africa subsahariană nivelul jos de dezvoltare economică face imposibilă majorarea cheltuielilor pentru asistența medico-sanitară. SIDA, malaria, tuberculoza, rujeola, alte boli infecțioase, sărăcia, malnutriția și natalitatea înaltă însoțită de o mortalitate infantilă majoră agravează considerabil problema arzătoare sărăcie – populație – mediul înconjurător (PPE), care compromite grav potențialul de dezvoltare al națiunii. Odată cu implementarea în țările în curs de dezvoltare a dietelor, modului sănătos de viață și tehnologiilor occidentale aceste țări se confruntă cu o creștere dramatică a morbidității prin așa boli cronice cum ar fi hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, ictusurile cerebrale, cardiopatia ischemică și accidente rutiere. Aceste boli, de rând cu implementarea tehnologiilor medicale costisitoare afectează și mai mult serviciile de asistență medico-sanitară.

Majoritatea țărilor în curs de dezvoltare cheltuiesc pentru sănătate mai puțin de 4% din GNP, majoritatea resurselor fiind alocate spitalelor costisitoare din centrele urbane majore. Lipsa finanțării statale adecvate determină necesitatea implementării asigurării medicale naționale, în special în țările moderat dezvoltate, scopul căreia este asigurarea majorității populației cu asistență medicală și strângerea fondurilor suplimentare pentru sistemul sanitar insuficient finanțat de stat.

În acest compartiment sunt prezentate câteva exemple de țări în curs de dezvoltare în care sunt în deplină desfășurare reformele sistemelor de asistență medico-sanitară. Implementarea asigurării medicale este necesară pentru majorarea finanțării asistenței medico-sanitare și satisfacerea necesităților sanitare în creștere ale populației de muncitori din centrele urbane. În același timp ministerele sănătății sunt responsabile și de asigurarea asistenței medicale pentru populația majoritară rurală. Ca și în țările dezvoltate, nu există un model

unic de asistență în țările în curs de dezvoltare. Totodată considerăm că va fi utilă împărtășirea experienței înșușite.

AFRICA SUBSAHARIANĂ

Africa subsahariană include 40 de țări cu o populație totală în anul 1996 de 576 de milioane de persoane și un GNP la cap de locuitor de 501 dolari SUA. Nașterea în anul 1996 a 24,8 milioane de copii reprezintă un declin în rata fertilității totale de la 6,6 în 1960 la 5,9 în 1997. Durata așteptată a vieții s-a majorat de la 44 de ani în 1970 la 51 de ani în 1996. Mortalitatea copiilor de sub 5 ani a scăzut de 256 la 1000 în 1960 la 170 la 1000 în 1997. Mortalitatea maternă rămâne foarte înaltă (597 la 100.000 în anul 1990), doar 37% din nașteri fiind asistate de moașe calificate (1997). Acoperirea cu imunizare contra bolilor infecțioase majore ale copilăriei constituie 53%, doar 39% din gravide fiind imunizate contra tetanosului. Malnutriția acută și cronică sunt stări care continuă să compromită grav dezvoltarea copilului. Este extrem de înaltă morbiditatea și mortalitatea din cauza tuberculozei, malariei, SIDA, rujeolei și a altor boli infecțioase. Plus la aceasta crește morbiditatea prin boli cronice care agravează impactul total al bolilor.

În condițiile declinului economic, al haosului politic din multe țări din regiune și a morbidității și mortalității din cauza bolilor sus-menționate alocarea resurselor pentru sănătate este insuficientă. În unele țări din regiune pentru sănătate anual sunt alocați doar 2 dolari SUA la cap de locuitor. În pofida acestor dificultăți în ultimul timp au fost îmbunătățite semnificativ activitățile de sanitație și extinse serviciile de asistență primară, în special în regiunile rurale, unde locuiește majoritatea populației.

În aceste țări au fost obținute realizări majore în eradicarea poliomielitei, dracunculozei și oncocercozei. Succese cu mult mai modeste s-au înregistrat în

controlul tuberculozei, schistosomiazei și malariei. WHO a recomandat acestor țări efectuarea unui șir de măsuri preventive pentru reducerea ratelor de cancer prin intermediul imunizării contra hepatitei B, screening-ului sângelui transfuzat pentru depistarea hepatitei C, precum și pentru controlul schistosomiazei, reducerea fumatului și abuzului de alcool, a factorilor de risc ai bolilor cardiovasculare și diabetului zaharat. Efectele dezastruoase ale războiului civil, colapsul puterii statale în unele țări și situațiile de refugiere afectează dramatic sănătatea publică. De la mijlocul anilor 1990 în unele țări din Africa subsahariană au fost observate semne de stabilizare și progres economic fapt care a oferit oamenilor speranța la un viitor mai prosper.

Nigeria

Nigeria este cea mai populată țară a Africii subsahariene cu o populație de 118 milioane în 1997, o treime din care locuiește în localități urbane, iar două treimi – în localități rurale (97.000 de sate). Anual în Nigeria se nasc 5 milioane de copii. Cu toate că Nigeria exporta în anii 1980 volume considerabile de produse petroliere, această țară, fiind timp îndelungat condusă de regimuri militariste represive, avea în 1996 un GNP la cap de locuitor de 240 dolari SUA. După principalii indici ai sănătății Nigeria este printre cele mai slab dezvoltate țări din lume.

Știința de carte printre adulți s-a majorat în Nigeria de la 47% în 1960 la 67% în 1995 printre bărbați și de la 23% la 47% printre femei. Natalitatea printre populația urbană s-a redus, rămânând înaltă în regiunile musulmane din nordul țării, rata fertilității totale în anul 1997 constituind 6,0. Doar 37% din nașteri sunt asistate de moașe profesionale.

Mortalitatea infantilă în Nigeria s-a redus de la 122 în 1960 la 112 la 1000 de nașteri de feți vii în 1997. Mortalitatea copiilor în 1997 era de 187 la 1000, în comparație cu 207 în 1960. Mortalitatea maternă era în 1990 de 1000 la 100.000 de nașteri de feți vii, în anii 1990-1996 doar 31% din nașteri fiind primite de personal medical. După unele aprecieri în timpul nașterii în Nigeria

anual decedează 750.000 de copii și 42.000 de femei. Durata așteptată a vieții la naștere s-a majorat de la 43 de ani în 1970 la 52 în anul 1997.

Bolile infecțioase în Nigeria încă mai constituie cauze majore de deces, printre care predomină malaria, rujeola, meningita, pneumonia, febra galbenă, dizenteria, tuberculoza și SIDA. Ratele imunizării la începutul anilor 1980 s-au majorat și s-au redus spre sfârșitul deceniului. În anii 1995-1997 doar 23% din femeile gravide erau vaccinate contra tetanosului, acoperirea cu imunizare a sugarilor constituia 29% pentru BCG, 21% pentru DTP, 25% pentru poliomielită și 38% pentru rujeolă. Aproximativ 12% din decesele copiilor se datorează rujeolei. SIDA reprezintă o problemă sanitară majoră în Nigeria ca și în alte țări ale Africii subsahariene.

Asigurarea medicală este realizată prin intermediul sistemului de securitate socială și asistență națională care acoperă grupurile populaționale specifice cum ar fi personalul militar și muncitorii unor ramuri speciale ale industriei. Personalul ocupat în sănătatea publică suferă de pe urma salariilor mici, lipsei consumabilelor și administrației ineficiente. Practica privată este caracteristică pentru centrele urbane, deserving în special clasa socială medie. Medicamentele scumpe sunt importate fără vreun control din partea statului.

Sistemului sanitar al Nigeriei a fost moștenit de la colonialiștii britanici inclusiv asistența spitalicească limitată la centrele urbane și unele instituții de învățământ medical. După instaurarea independenței în 1960 sistemul sanitar gestionat de stat a început să dezvolte o rețea de servicii medico-sanitare primare. Cheltuielile sanitare în 1992 au constituit 1,50 dolari SUA la cap de locuitor și 5% din bugetul național. Sistemul sanitar prezent este foarte prost finanțat și asigură cu servicii medico-sanitare doar două treimi din populație, o mare parte a populației rurale rămânând fără asistență medicală. Accesul la serviciile medicale în anii 1985-1992 după aprecierile UNICEF era asigurat pentru 85% din populația urbană și 62% din populația rurală (66% din populația generală). Serviciile curative primeau majoritatea resurselor alocate (clinicile spitalicești și de asistență primară). Redirecționarea propusă a alocării

resurselor presupune următoarele: 15% spitalelor specializate gestionate de stat, 25% spitalelor districtuale și 60% clinicilor locale de asistență primară, inclusiv de protecție a sănătății mamei și copilului, a sănătății școlare.

Personalul medical constituie 1 la 10.000 de populație, majoritatea medicilor activând în centrele urbane. Cu toate că nivelul de învățământ medical se consideră destul de înalt, calitatea asistenței medico-sanitare și eficiența managementului este mică. În prezent guvernul federal își concentrează eforturile asupra extinderii asigurării medicale cu scop de strângere de fonduri pentru asistența medico-sanitară și de asigurare a accesului echitabil la serviciile medicale. Fundația Națională de Asistență Medico-sanitară recent înființată va fi finanțată de guvernul federal, plățile de asigurare ale populației rurale și angajaților. Aceasta, probabil, va permite extinderea acoperirii cu servicii medico-sanitare de bază a unei părți considerabile a populației rurale și urbane sărace.

Problemele sanitare ale Nigeriei sunt severe chiar și după standardele lumii în curs de dezvoltare. Învățământul medical este asigurat în 12 facultăți de medicină, dar nu există facultate de sănătate publică. Acest fapt reflectă prioritatea serviciilor curative față de cele preventive, în timp ce pentru soluționarea problemelor sanitare de bază este necesară în primul rând implementarea programelor sanitare publice cost-eficiente. Majorarea ratelor mortalității de pe urma bolilor neinfecțioase și a traumatismelor este un fapt care trebuie luat în considerație în mod obligator în cadrul planificării serviciilor preventive și curative.

Rezumat

Evoluția de la un serviciu sanitar colonial limitat la un sistem înalt centralizat finanțat inadecvat reflectă tendința curentă a multor sisteme sanitare din țările în curs de dezvoltare. Confruntându-se cu creșterea explozivă a populației și dificultățile economice țările africane în anii 1980 au suferit o perioadă dureroasă de tranziție. Pentru stabilirea controlului asupra bolilor

evitabile morbiditatea cărora datorită scăderii acoperirii cu imunizare a populației în ultimul timp s-a majorat excesiv, eforturile sistemului sanitar trebuie concentrate asupra asistenței primare. Decentralizarea managementului serviciilor medico-sanitare cu scop de majorare a rolului autorităților districtuale și locale poate îmbunătăți considerabil eficiența asistenței acordate. Această decentralizare poate favoriza, de asemenea, acumularea de noi fonduri vital necesare sistemului sanitar în condițiile declinului economic.

AMERICA LATINĂ ȘI ȚĂRILE DIN BAZINUL MĂRII CARAIBILOR

America Latină și bazinul Mării Caraibilor include 22 de țări cu o populație de 487 milioane de persoane. GNP mediu la cap de locuitor în aceste țări s-a majorat de la 2833 dolari SUA în 1994 la 3681 în 1996. Rata brută a natalității între anii 1960-1997 a scăzut de la 42 la 23 la 1000 de populație, iar rata fertilității totale în aceeași perioadă s-a micșorat de la 6,0 la 2,7. Mortalitatea brută s-a redus de la 11 la 6 la 1000 de populație (1970-1997), în timp ce mortalitatea copiilor în anii 1960-1997 a scăzut de la 158 la 41 la 1000, iar mortalitatea infantilă de la 106 la 33 la 1000 de nașteri de feți vii. Toți acești indici indică progrese impresionante economice și medico-sanitare în această regiune. Mortalitatea maternă în 1990 era încă înaltă (190 la 100.000 de nașteri de feți vii), 78% de parturiente în naștere fiind asistate de moașe calificate. Durata așteptată a vieții în anii 1970-1997 s-a majorat de la 60 la 70 ani.

Recent a fost obținută eradicarea continentală a poliomielitei cauzate de tulpini sălbatice de virus și stabilit controlul asupra rujeolei și altor boli evitabile prin vaccinare. Totodată astfel de boli cum sunt tuberculoza, malaria, febra denga, boala Chagas și holera rămân încă probleme sanitare publice majore pentru această regiune. Cauzele infecțioase, materne și perinatale de

decese constituie 32% din structura cauzelor mortalității totale, traumatismele cauzând 10% din decese, restul mortalității (58%) revenind bolilor neinfecțioase. Morbiditatea prin boli cardiovasculare este în permanentă creștere, dat fiind faptul că așa factori de risc cum sunt fumatul, dieta bogată în grăsimi, inactivitatea fizică, hipertensiunea arterială și diabetul zaharat sunt mult mai răspândiți decât în trecut.

Urbanizarea rapidă a fost însoțită de creșterea în dimensiuni a suburbiilor sărace cu condiții sanitare precare și alte pericole sanitare, suprasolicitând serviciile de asistență medico-sanitară și infrastructura acestora. Accesul populației rurale la serviciile medico-sanitare rămâne una din problemele cruciale ale sănătății publice soluționarea cărora va permite îmbunătățirea sănătății populației și individului.

Columbia

Columbia este o țară moderat dezvoltată cu o populație de 37 de milioane în anul 1997, două treimi din care locuiește în centre urbane, cu un GNP la cap de locuitor egal cu 1330 dolari SUA în anul 1992 care a crescut până la 2140 dolari în 1996. Mortalitatea infantilă s-a redus de la 82 la 1000 în anul 1960 la 25 la 1000 de nașteri de feți vii în anul 1997. Mortalitatea copiilor s-a micșorat de la 130 în 1960 la 30 la 1000 în 1997, iar durata așteptată a vieții la naștere s-a majorat de la 57 de ani în 1960 la 71 de ani în 1997. Mortalitatea maternă a rămas înaltă (50 la 100.000 în anii 1980-1997). În anii 1970-1997 rata brută a mortalității s-a redus de la 9 la 6 la 1000. Învățământul primar este obligator și universal, iar nivelul de educație al populației – înalt (în 1990 – 87%). Procentul populației care în 1992 trăia sub nivelul absolut al sărăciei era de 32% în populația urbană și 70% în populația rurală.

Teritoriul național este divizat în 32 de districte împărțite în 107 regiuni cu administrații locale. Autoritățile locale sunt responsabile de centrele și punctele medicale, serviciile sanitare, promovarea sănătății și programele comunitare de

asistență sanitară a populației. Medicii sunt salariați, dar frecvent practică și o altă ocupație sau sunt implicați în sectorul privat de asistență medico-sanitară.

Primele spitale au fost înființate în colonia spaniolă în anul 1513, ulterior în 1564 fiind deschis un spital pentru asistența bolnavilor de lepră (leprozerie). În anul 1798 prin legislația spaniolă toate provinciile au fost impuse să înființeze spitale gestionate de ordinele religioase. Legile de bază ale sănătății publice au fost promulgate în 1601, iar prima facultate de medicină a fost fondată în 1636. În 1825 au fost înființate primele consilii de sanitație, după care în 1848 a fost deschis Departamentul de Caritate, care a devenit responsabil de spitalele pentru săraci și sclavi. Consiliul Central de Igienă, înființat în 1887 mai târziu s-a transformat în Administrația Sanitară Națională care în 1946 a devenit Minister al Sănătății.

Sistemul sanitar. Sistemul sanitar din Columbia constă din trei elemente majore: sectorul oficial, Securitatea Socială și sectorul privat. Fiecare sector are părți componente și servicii aparte care totuși se află într-o strânsă interacțiune.

Cel mai mare sector al sistemului sanitar îl reprezintă Sistemul Sanitar Național înființat în 1975, care asigură cu asistență medico-sanitară 70% din populație. Acest sistem este gestionat de Ministerul Sănătății, care se ocupă de elaborarea politicii sanitare naționale și implementarea locală a serviciilor la nivel de district. Autoritățile municipale furnizează asistența spitalicească și ambulatorie utilizând pe larg *promotoras de salud* sau asistenții sanitari comunitari. Sistemul Național de Sănătate este finanțat prin alocații statale (36%), contribuții departamentale și locale (22%) și veniturile provenite din vânzarea serviciilor companiilor de asigurare (12%), restul cheltuielilor fiind acoperite din diverse surse inclusiv din donații și surse private.

Sistemul de Securitate Socială înființat în 1937 asigură securitatea medico-socială a angajaților industriali și din domeniul comerțului. Funcționarii publici, poliția, personalul militar și familiile lor sunt asigurați prin intermediul unui program paralel. Sistemul de Securitate Socială acoperă cu asigurare medicală

aproape 24% din populație. Sectorul privat include asigurarea medicală privată care acoperă 3% din populație, precum și asigurarea forțelor armate (2,6% din populație).

Sectorul privat cu spitale și servicii medico-sanitare private asigură cu asistență medico-sanitară o mică parte a populației. La general în Columbia sunt asigurați medical nu mai mult de jumătate din populație, totodată autoritățile sanitare locale din bugetele proprii furnizează serviciile de bază de asistență a mamei și copilului întregii populații.

Programele Naționale de Sănătate. Programul Național de Sănătate de 10 ani (1968-1977) era focusat asupra reducerii morbidității și mortalității de pe urma bolilor evitabile prin intermediul vaccinării în masă, controlului STD și malariei, nutriției, sănătății dentare și profesionale, precum și asupra îmbunătățirii organizării și furnizării serviciilor medico-sanitare. În anul 1970 principalele probleme sanitare erau bolile diareice, bolile infecțioase ale copilăriei, malnutriția, TB și malaria. Către anul 1986 a devenit evidentă tranziția epidemiologică a bolilor, cauzele principale de deces fiind omuciderea și violența, bolile cardiovasculare, neoplasmele și malnutriția. Morbiditatea prin malaria, care în regiunile de pe litoral și în prezent mai constituie o problemă sanitară majoră, a fost redusă considerabil în localitățile deservite de asistenții sanitari comunitari capabili de a diagnostica și trata această boală.

Aproape 40% din populația Columbiei este lipsită de acces la asistența medico-sanitară, în timp ce există un surplus de servicii pentru alții. Reglarea practicilor spitalicești și medicale este slabă. Spitalele sunt utilizate excesiv, pe când asistența primară este neglijată. Cheltuielile sanitare constituiau în Columbia mai puțin de 4% din GNP. În 1993 în Columbia existau 105 medici la 10.000 de populație, în comparație cu 245 la 10.000 în Statele Unite, dar numai 45 de asistente medicale și moașe (în Statele Unite – 878 la 10.000 de populație). Totodată creșterea necontrolată a facultăților medicale private a dus la majorarea semnificativă a numărului de medici. Specializarea tot mai

răspândită a medicilor în domeniul sănătății familiei posibil va reduce tendința de specializare îngustă și asigurare excesivă cu medici specialiști, care frecvent rămân șomeri.

Sistemul sanitar administrat de autoritățile municipale este axat pe furnizarea asistenței medico-sanitare primare utilizând *promotoras* (asistenții sanitari comunitari) recrutați din populația deservită și instruiți pe parcursul a trei luni în domeniul acordării asistenței grupurilor vulnerabile ale populației și iluminării sanitare a populației. Această practică reușită a constituit o contribuție majora la reducerea ratelor mortalității infantile și a copiilor, extinderea programelor de imunizare în masă (până la 92-98% pentru vaccinurile EPI), precum și la organizarea zilelor naționale de imunizare cu scop de eradicare a poliomielitei și rujeolei. Asistența primară a devenit interesată și în problemele planificării familiei, 72% din femei utilizând metode contraceptive moderne, iar rata brută a natalității reducându-se de la 37 la 1000 de populație în 1970 la 24 la 1000 în anul 1996.

În anii 1990-1993 revizuirea politicii sanitare s-a soldat cu elaborarea unei noi strategii naționale care avea ca scop promovarea eficienței și extinderea serviciilor medico-sanitare. Această reformă a fost inițiată în anul 1994, obiectivul principal al căreia era integrarea variatelor programe naționale și introducerea asigurării medicale naționale obligatorii în baza achitării plăților de asigurare de către patroni și angajați, fiind implicate și surse fiscale. Această reformă tinde să asigure accesul echitabil și universal la asistența medico-sanitară, dreptul de a-și alege furnizorul de asistență, autonomia instituțiilor medicale, decentralizarea administrației și implementarea mecanismelor de reglare.

Asigurarea medicală obligatorie prin intermediul programului de Securitate Socială acoperea cheltuielile asistenței medico-sanitare acordate muncitorilor salariați sau implicați în practica de autogestiune. Aceștia contribuie cu 12% din venit (8% patronul și 4% lucrătorul). Populația săracă este de asemenea asigurată de acest program, cheltuielile fiind achitate de

autoritățile statale și locale. Acoperirea populației cu acest program s-a majorat de la 4,5 milioane de persoane în 1994 la 20 de milioane în 1998 (peste 50% din populație). Restul populației este asigurată cu asistență prin intermediul spitalelor publice și a centrelor de asistență primară. Recent a avut loc o deviere a orientării eforturilor de la asistența spitalicească la cea ambulatorie și primară atât în sectorul public, cât și cel privat. În prezent resursele publice sunt alocate preponderent pentru asigurarea coșului național de servicii determinat de Consiliul Național de Securitate Socială condus de Ministrul Sănătății, în componența căruia intră reprezentanți ai consumatorilor.

Reforma sanitară în desfășurare presupune introducerea acoperirii universale și asigurarea dreptului consumatorului de a-și alege organizația de furnizare a asistenței (asemănătoare cu HMO), aceste obiective fiind realizate în baza conceptului de acces universal la serviciile alternative care vor funcționa după principiile economiei de piață. Aceste servicii vor furniza asistență remunerată în baza principiului capitației și vor fi supuse regulat acreditării și controlului calității de către GP. Dezvoltarea serviciilor de asistență primară rămâne o responsabilitate directă a Ministerului Sănătății, acesta fiind asistat de unele NGO. *Promotoras* dețin un rol important în această strategie, care va permite reorganizarea asistenței medico-sanitare și majorarea securității sociale în Columbia. Totodată traducerea în viață a acestei strategii nu va elimina problema populației nedeservite din localitățile rurale.

ASIA

UNICEF-ul divizează Asia în două regiuni: Asia de Sud și Asia de Est și Pacificul (Tabelul 13.10). Prima regiune include India și are o populație totală de 1,3 miliarde de persoane, iar ultima include China și e populată de 1,8 miliarde de oameni. Japonia nu intră în aceste regiuni deoarece face parte din țările înalt dezvoltate. Progresul economic, demografic și sanitar în țările Asiei

de Sud a fost mult mai lent decât în cele din Asia de Est. În fiecare din aceste țări trăiesc numeroase națiuni, dar toate se confruntă cu probleme sanitare similare, care includ bolile infecțioase (SIDA, tuberculoza și malaria), nutriția săracă, problemele legate de urbanizarea rapidă și tranziția epidemiologică a bolilor.

China

China avea în anul 1997 o populație de 1,2 miliarde de persoane. GNP la cap de locuitor s-a majorat de la 300 de dolari SUA în 1988 la 370 în 1990 și 750 în 1996. Astăzi China este în procesul reformelor și creșterii rapide economice. Durata așteptată a vieții s-a majorat de la 61 de ani în 1970 la 70 de ani în 1997, mortalitatea infantilă s-a redus de la 140 în 1960 la 38 la 1000 în 1997. Acoperirea cu imunizare în 1996 constituia 95-97% pentru DTP, poliomielită, rujeolă și tuberculoză. Rata brută a natalității a scăzut de la 33 în 1970 la 16 la 1000 în 1997. Mortalitatea maternă în anii 1980-1997 constituia 60 la 100.000 (în 1949 acest indice era de 1500 la 100.000).

În China în secolul XX o atenție deosebită se acorda valorii sociale a învățământului și sănătății, fiind obținute realizări importante în dezvoltarea infrastructurii medico-sanitare. Învățământul primar în China este obligatoriu. Nivelul de cărturărie al populației chineze s-a majorat în anii 1980-1995 de la 79% la 90% pentru bărbați și de la 53% la 73% pentru femei. 84% din nașteri în anii 1990-1996 au fost asistate de personal calificat. În rezultatul reducerii natalității și a ratelor de mortalitate piramida populațională a devenit similară cu cele din țările dezvoltate cu o îmbătrânire rapidă a populației.

TABELUL 13.10. Țările Asiei de Sud și Est, indicii demografici și sanitari.

Indice	Asia de Sud	Asia de Est și Pacificul
Țările	India, Pakistan, Bangladesh, Nepal, Afganistan, Sri Lanka, Bhutan	China, Indonezia, Malaezia, Korea (de Nord și de Sud), Insulele Filipine, Tailanda, Vietnam, Cambogia, Hong Kong, Singapore ș.a.
Populația 1997 (mii)	1291153	1818498
Natalitatea (mii) 1997	35361	34141
GNP la cap de locuitor		

1996	380	1193
Ratele fertilității totale		
1960	6,1	5,8
1990	4,0	2,5
1997	3,4	2,1
Mortalitatea copiilor de sub 5 ani		
1960	239	201
1990	135	58
1997	116	52
Durata așteptată a vieții la naștere		
1960	44	49
1970	48	58
1997	61	68

În China antică existau tradiții bogate de asistență medicală și statistică vitală. Curente confucian și taoist ale culturii chineze sprijineau sistemul medical de „ordin superior”, accentuând importanța atât a măsurilor preventive, cât și celor curative. Textele medicale clasice au documentat baza empirică a tradițiilor farmacologice și terapeutice. Principiul yin-yang referitor la armonia rezonantă între contrarii era în contradicție cu teoria cauzei unice a bolii din lumea occidentală. Medicina chineză antică era bazată pe tratamentul cu ierburi, incluzând în același timp și perspectiva psihosomatică holastică. Medicina preventivă includea cultura alimentară, măsuri rudimentare de sanitație, igienă personală, nimicirea animalelor bolnave de rabie, inocularea contra variolei și orientarea eforturilor asupra asigurării prosperității individului ca stare de importanță esențială pentru sănătate. Totodată această medicină de „ordin superior” era accesibilă numai pentru elita societății feudal-birocratice. Majoritatea populației din regiunile rurale se baza pe medicina tradițională.

Odată cu avansarea activității misionarilor în secolul XIX în China a fost introdusă medicina occidentală. Această medicină a fost acceptată ca alternativă a medicinei tradiționale, la începutul secolului XX fiind înființate facultăți de medicină occidentală. În anii 1911-1949 realizările în medicină și sănătatea publică au inclus înființarea în 1927 a Ministerului Sănătății, deschiderea a 30 de colegii medicale, a departamentelor sanitare publice municipale, spitalelor

districtuale rurale, înființarea serviciilor medicale militare, a serviciului de supraveghere sanitară în industrie precum și a unui număr mare de centre medicale provinciale. Aceste succese au permis de a asigura cu imunizare, asistență chirurgicală, asistență spitalicească occidentală și învățământ medical populația rurală a țării. Invazia japoneză și războiul civil care au cauzat ravagii în China în anii 1936-1948 au alterat aceste progrese.

Odată cu înființarea Republicii Populare Chineze sub conducerea lui Mao Tse Tung în anul 1949 îmbunătățirea condițiilor sanitare și de viață a populației chineze a devenit o prioritate națională. Între anii 1949 și 1965 în China, cu ajutorul consilierilor sovietici, accentul a fost plasat pe învățământul medical mediu - asistente medicale, moașe și felceri (vezi Capitolul 14) și superior, numărul doctorilor majorându-se de la 13.000 în 1945 la 150.000 în 1966. A crescut rapid și numărul de paturi spitalicești, astfel încât în 1965 fiecare regiune avea câte un spital modern.

În anul 1966 în cadrul Revoluției Culturale a fost revizuită strategia politică, accentul fiind plasat pe medicina tradițională și independența asistenței medico-sanitare comunitare. A fost redusă durata și conținutul învățământului medical occidental. Medicii auxiliari sau „descălțați” erau instruiți un timp scurt și după un program mixt care includea subiecte atât ale medicinei tradiționale, cât și ale celei occidentale. Acești medici asigurau cu asistență medico-sanitară populația rurală din 27.000 de comunități, precum și populația din centrele urbane de circumscripție, concentrându-și eforturile asupra sanitației, informării referitor la planificarea familiei, imunizării și tratamentul bolilor răspândite. Din anii 1960 poziția activă în domeniul planificării familiei s-a soldat cu încetinirea ritmului de creștere a populației. Practica de un copil în familie era fortificată prin multiple sancțiuni. Aceasta a dus la apariția numeroaselor probleme sociale inclusiv a cazurilor de ucidere și abandon a copiilor de către femei, totodată majorându-se semnificativ raportul bărbați / femei în populație.

Populația rurală din China constituie aproximativ 80% din populația totală. Asistența medico-sanitară rurală era bazată pe servicii medicale cooperatiste (CMS) finanțate de comunele rurale; în aceste servicii activau medici „descălțați” care în caz de necesitate apelau la serviciile de referință. Aceasta a permis în anii 1960 și 1970 de a asigura cu asistență preventivă și curativă eficientă majoritatea populației chineze. Totodată reforma economică în agricultură din cadrul tranziției la economia de piață s-a soldat cu desființarea comunelor rurale. Ca rezultat sistemul CMS a fost lipsit de baza organizatorică și financiară, în anii 1980 foștii medici „descălțați” devenind doctori privați plătiți în baza principiului plată pentru serviciu. Către anul 1986 doar 9,5% din populația rurală era asistată medical prin intermediul sistemului CMS, în comparație cu 90% în 1978. Acest fapt a rezultat în utilizarea excesivă a serviciilor medicale urgente și a spitalizării, serviciile preventive fiind acordate cu o mai puțină diligență. În unele regiuni modelul CMS este în prezent restabilit fiind finanțat de autoritățile locale. Ministerul Național al Sănătății și departamentele provinciale / regionale sau municipale de sănătate publică sunt responsabile de acordarea serviciilor medico-sanitare din jurisdicția lor, acestea având un nivel înalt de autonomie.

Din anul 1976 și până în prezent zelul și violența ideologică a Revoluției Culturale a fost înlocuit de o tendință de modernizare a economiei, însoțită de o creștere economică rapidă. Medicii „descălțați” au fost reînstruiți, examinați și licențiați în calitate de doctori rurali. În 1993 China avea 115 medici și 88 de asistente medicale/moașe la 10.000 de populație, în comparație cu 177 și respectiv 641 la 10.000 în Japonia.

Numărul de paturi spitalicești în centrele urbane s-a majorat de la 4,6 paturi în 1985 la 6,1 la 1000 de populație în 1989, iar în regiunile rurale s-a redus de la 1,5 la 1,4 la 1000 de populație în aceeași perioadă de timp. Numărul de personal medical în centrele urbane s-a majorat până la 12,6 lucrători medicali la 1000 de locuitori în comparație cu 2,3 la 1000 de locuitori în regiunile rurale (1989). În toată țara au fost înființate policlinici și stații

sanitaro-epidemiologice, serviciile medicale fiind cu plată. După estimările Băncii Mondiale China cheltuiește în scopuri sanitare 3,3% din GNP. Autoritățile naționale sau provinciale acoperă 30% din costurile totale, asigurarea medicală – 31%, cheltuielile private constituie 32%, iar cele comunitare - 7%.

În anul 1990 în China a fost desfășurată o campanie națională de eradicare a poliomielitei care s-a soldat cu rezultate frumoase. Incidența cazurilor de poliomielită a fost redusă de la 5065 în 1990 la 1191 în 1992, acest rezultat fiind obținut prin vaccinarea în masă a copiilor de până la 4 ani în cadrul zilelor naționale de imunizare (NID) cu vaccin antipoliomielitic per oral. Rata brută a mortalității s-a redus de la 25 la 1000 în 1949 la 9 în 1970 și ulterior la 5 la 1000 în 1996. Mortalitatea maternă s-a micșorat de la 1500 în 1949 la 95 la 100.000 de nașteri de feți vii în 1990. Alți indici ai stării sănătății sunt prezentați în Tabelul 13.11 și 13.12.

TABELUL 13.11. Indicii sanitari, China, 1960 și 1997.

Indice	1960	1997
Mortalitatea infantilă	140	38
Mortalitatea copiilor	209	47
Durata așteptată a vieții	44	70
Rata brută a natalității	37	16

Sursa: UNICEF, *State of the World's Children*, 1999.

Printre cele mai arzătoare probleme sanitare publice din China se numără și ratele majore de cancer pulmonar în regiunile urbane poluate, precum și practica răspândită a fumatului. Principalele cauze de deces sunt similare celor din țările dezvoltate, totodată se observă discrepanțe interregionale, în populația rurală ratele deceselor fiind mai mari în toate categoriile. Asistența medico-sanitară urbană întotdeauna în China a fost o prioritate majoră.

TABELUL 13.12. Statistica vitală, Republica Populară Chineză, 1949-1992.

Indice	1949	1952	1965	1970	1980	1990	1992
Rata brută a natalității/1000	36,0	34,0	37,8	33,4	18,2	21,1	18,2
Rata brută a mortalității/1000	25,0	10,9	9,5	7,6	6,3	6,7	6,6
Sporul natural/1000	16,0	23,1	28,3	25,8	11,9	14,4	11,6

Sursa: Ministerul Sănătății Publice, Beijing, 1994.

În ultimele decenii China a obținut succese importante în domeniul controlului bolilor infecțioase, a natalității și în asigurarea accesului universal la asistența medico-sanitară pentru o populație de 1,2 miliarde de persoane. În această țară a fost redusă mortalitatea infantilă și a copiilor și majorată longevitatea vieții cu cheltuieli sanitare relativ joase (3,5% din GNP). Aceste realizări, probabil, se datorează programului de lungă durată de promovare a asistenței medico-sanitare primare acordate populației rurale și urbane. Trecerea la economia de piață va lipsi multe persoane de asistența medicală. Îmbătrânirea populației și practica unui singur copil în familie va crea o situație în care doi adulți vor fi responsabili pentru îngrijirea a patru persoane în vârstă. Această situație va fi agravată de migrarea rapidă a populației tinere în centrele urbane în căutarea oportunităților economice, astfel îngrijirea persoanelor în vârstă în deceniile următoare va deveni o problemă sanitară publică majoră în China.

Odată cu creșterea rapidă a potențialului economic al țării, s-a îmbunătățit semnificativ și sistemul național de asigurare medicală. China deține o experiență prețioasă în implementarea măsurilor de îmbunătățire a sănătății populației în perioada haosului politic. Această țară a reușit să reducă considerabil ratele fertilității limitând sporul natural al populației și să micșoreze mortalitatea infantilă, a copiilor și cea generală. Totodată China se confruntă cu dificultăți determinate nu numai de trecerea la economia de piață a sistemului sanitar, dar și de efectele profunde ale modificărilor demografice în populație.

COMPARAREA SISTEMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE

Funcționarea cuvenită a rețelei de asigurare medicală națională este imposibilă fără participarea statului, patronilor, companiilor de asigurare,

consumatorilor, furnizorilor de asistență și publicului. Guvernele tot mai mult recunosc valoarea economică și socială a îmbunătățirii sănătății populației. Protecția și îmbunătățirea sănătății populației este asigurată prin intervenții medico-sanitare, precum și prin promulgarea legislației referitor la asigurarea medicală, aceasta fiind oferită prin mecanisme private sau publice. Atât în modelul Beveridge din Marea Britanie, cât și în modelul sovietic Semashko statul finanțează și furnizează direct serviciile de asistență medico-sanitară. În Marea Britanie aceste servicii sunt furnizate de persoane fizice independente, medici generalişti, iar spitalele sunt gestionate de consilii spitaliceşti independente (în prezent trusturi). Modelul Semashko reprezintă un model total finanțat și gestionat de stat cu un management decentralizat al serviciilor.

Anexa 13.2. Participanții la organizarea sistemului național de sănătate.

- 1. Statul – autoritățile sanitare naționale, statale și locale.*
- 2. Patronii – prin intermediul asigurării beneficiilor sanitare negociate pentru angajați.*
- 3. Agenții de asigurare – publici, non-profit și privați (cu profit).*
- 4. Pacienții, clienții sau consumatorii – individual și în grup.*
- 5. Grupurile de risc – persoanele expuse riscului specific de dezvoltare a bolii (vârstnicii, săracii).*
- 6. Furnizorii – spitalele, programele de asistență controlată, medicii, asistentele medicale, stomatologii, laboratoarele, etc.*
- 7. Furnizorii de asistență medico-sanitară non-profit.*
- 8. Instituțiile de asistență medico-sanitară cu profit, furnizorii individuali și grupurile de furnizori.*
- 9. Instituțiile clinice și de cercetări științifice – universitățile, spitalele, institutele.*
- 10. Asociațiile profesionale, societățile, academiile, colegiile.*
- 11. Sistemele de securitate socială – finanțate prin contribuții ale patronilor și angajaților.*
- 12. Publicul, comunitatea, opinia publică.*
- 13. Partidele politice, ideologiile și agenda socială.*
- 14. Grupurile de apărare a intereselor – grupurile de apărare a intereselor grupurilor populaționale specifice (vârstnici, bolnavi de o maladie, săraci) sau ale publicului.*
- 15. Mijloacele mass-media – rolul de apărare a intereselor și de santinelă.*
- 16. Economia – națională, regională și locală.*
- 17. Organizațiile și mișcările sanitare internaționale.*
- 18. Industria farmaceutică și medicală.*

În modelul bismarckian asigurarea medicală este finanțată prin intermediul asigurării sociale, achitate la locul de muncă, fundațiile de asigurare medicală contractând practicile medicale private și spitalele nonguvernamentale. În Canada serviciile medico-sanitare sunt finanțate din surse fiscale de guvernele provinciale cu participarea guvernului federal, asistența medico-sanitară fiind acordată de medici generaliști privați și spitale comunitare non-profit. În toate variantele de sisteme de asigurare medicală rolul statului de furnizor și de agent de asigurare influențează decisiv calitatea asistenței acordate consumatorului, precum și starea generală a sănătății publice.

Metodele de asigurare a accesului național la asistența medico-sanitară sunt variate. În acest capitol sunt prezentate diferite exemple de organizare și structurare a sistemelor sanitare din Statele Unite, Canada, Marea Britanie, Europa și țările nordice, Japonia, Rusia și Israel. Obiectivul major al oricărui sistem sanitar constă în îmbunătățirea sănătății populației care este apreciată după așa indici sanitari cum sunt morbiditatea, mortalitatea sau disfuncția socio-psihologică. Acest obiectiv frecvent este neglijat în timpul dezbaterilor publice, fiind promovate interesele agenților de asigurare, furnizorilor de asistență, ale instituțiilor, autorităților, grupurilor profesionale și politice.

Tipologia sistemelor naționale de sănătate se bazează pe metodele de finanțare și administrare a serviciilor medico-sanitare acordate, în dependență de care aceste sisteme sunt clasificate (Tabelul 13.13). Odată cu implementarea reformelor sanitare în multe țări au apărut sisteme mixte de asistență medico-sanitară.

TABELUL 13.13. Tipologia finanțării și administrării sistemelor naționale de sănătate.

Tipul	Sursa de finanțare	Administrarea
Asigurarea medicală <i>bismarckiană</i> prin intermediul sistemului de securitate socială (Germania, Japonia, Franța, Austria, Belgia, Elveția, Israel)	Contribuții obligatorii fiscale vărsate în fondurile de asigurare medicală sau prin intermediul securității sociale	În Germania autoritățile publice reglează activitatea fundațiilor de asigurare medicală care achită costurile serviciilor private acordate; există fundații de asigurare medicală și sindicate medicale puternice; în Israel fundațiile de asigurare medicală concurează cu HMO, plata pentru serviciile din coșul obligator fiind achitată în baza principiului capitației
Serviciul Național de Sănătate	Statul – impozite și alte	Planificare centralizată, management

<i>Beveridge</i> (Marea Britanie, Norvegia, Suedia, Danemarca, Italia, Spania, Portugalia, Grecia)	venituri; în Marea Britanie – finanțare națională; în țările nordice – finanțare în comun de către autoritățile naționale, regionale și locale	decentralizat al spitalelor, serviciului GP și instituțiilor de sănătate publică, sisteme districtuale și regionale integrate remunerate în baza principiului capitației (Marea Britanie și țările nordice)
Sistemul național de sănătate <i>Semashko</i> (fosta URSS)	Statul – impozite și alte venituri; asigurarea medicală națională post-sovietică	Planificare și control înalt centralizat în mâinile statului, finanțarea după norme fixe la un număr de populație, majorarea constantă a numărului de personal și paturi spitalicești, reformele din anii 1990 au promovat decentralizarea managementului serviciilor remunerate în baza principiului capitației și asigurării medicale obligatorii (taxe pe salariu)
Sistemul național de asigurare medicală <i>Douglas</i> , prin intermediul statului (Canada, Australia)	Surse fiscale – finanțare în comun de către guvernele federal și provinciale	Administrarea de către autoritățile provinciale; reglarea federală, serviciile medico-sanitare sunt achitate în baza principiului plată pentru serviciu, spitalele sunt finanțate prin bugete în bloc, sunt în desfășurare reformele care promovează regionalizarea și integrarea serviciilor
Sistemul <i>mixt</i> privat/public (Statele Unite, America Latină [Columbia], Asia [Filipine] și țările africane [Nigeria])	Asigurare privată prin intermediul asigurării la locul de muncă sau publice în cadrul securității sociale pentru grupuri populaționale specifice	Statul exercită o funcție de reglare strictă (SUA), există servicii medicale private și mixte, spitale publice și private, servicii preventive statale și regionale, asistența spitalicească este achitată în baza DRG, dezvoltarea rapidă a asistenței controlate, extinderea programului Medicaid

Aspecte economice ale sistemelor naționale de sănătate

Cum s-a remarcat mai sus costurile ridicate ale asistenței medico-sanitare constituie o problemă majoră a sistemelor naționale de sănătate. Aceasta se datorează parțial implementării tehnologiilor medicale costisitoare și îmbătrânirii populației însoțite de majorarea morbidității prin boli cronice, precum și accentului tradițional asupra asistenței instituționale a pacienților. Asistența preventivă, promovarea sănătății și sănătatea mediului ambiant sunt de obicei prost finanțate și aceste cheltuieli nu sunt analizate în rapoartele economice. Acest fapt face dificilă analiza economică și compararea intervențiilor sanitare, ceea ce la rândul său compromite posibilitatea elaborării intervențiilor cost-eficiente.

De obicei, cheltuielile sanitare sunt exprimate în dolari SUA sau în procente din Produsul Național Brut (GNP) sau Produsul Intern Brut (GDP). Aceste două categorii economice reflectă produsele materiale și serviciile dintr-o țară, dar GNP include și transferurile internaționale de fonduri. Cheltuielile pentru asistența medico-sanitară sunt frecvent exprimate direct prin cheltuieli la cap de locuitor (pentru o persoană, pe an) și indirect prin volumul resurselor cum ar fi numărul de paturi și personal medical la 1000 sau la 10.000 de populație (vezi Tabelul 13.14). Procentul din GNP alocat asistenței medico-sanitare nu este totdeauna dependent de indicii sanitari (mortalitatea infantilă sau longevitatea vieții), deoarece fondurile alocate pot fi utilizate mai puțin eficient sau pentru o asistență mai costisitoare. Totodată țările cu un GNP mic la cap de locuitor care cheltuiesc mai puțin de 4% pentru asistența medico-sanitară au indicii sanitari scăzuți deoarece există o insuficiență a resurselor necesare pentru asigurarea asistenței medico-sanitare pentru toți. Finanțarea și alocarea inadecvată a fondurilor reprezintă probleme severe ale majorității sistemelor sanitare din țările post-sovietice și cele în curs de dezvoltare.

Aprovizionarea serviciilor de asistență medico-sanitară rămâne unul dintre cele mai dificile și controversate subiecte ale planificării sanitare. Analiza economică de obicei se axează pe metodele de finanțare a asistenței medico-sanitare și de remunerare sau achitare a plăților pentru servicii, atrăgând o mai puțină atenție aprovizionării și calității serviciilor prestate. În *Raportul Mondial referitor la Dezvoltarea Mondială* din 1993 întocmit de Banca Mondială, discutat în capitolele precedente, accentul a fost plasat pe beneficiile economice ale prevenției și măsurilor cost-eficiente de reducere a impactului bolilor. Utilizarea excesivă a asistenței spitalicești este o metodă cost-ineficientă.

TABELUL 13.14. Populația, GNP la cap de locuitor, instituții medico-sanitare și utilizarea lor, indicii sanitari, 1994-1997.

Țara	Populația (milioane), 1997	GNP la cap de locuitor (dolari), 1996	% GNP pentru sănătate, 1997	Paturi de asistență acută/1000 1995	Durata medie de spitalizare (zile), 1995	Externări/ 1000, 1994-1995	Mortalitatea infantilă/1000, 1996	Durata așteptată a vieții, 1997
Statele Unite	271,6	28020	13,5	3,4	6,5	88	7,8	77
Canada	29,9	19020	9,2	4,3	7,5	na	6,0	79

Suedia	8,8	25710	8,6	3,0	5,2	163	4,0	78
Germania	82,2	28870	10,4	6,9	12,1	92	5,0	77
Finlanda	5,1	23240	7,2	4,0	5,5	209	3,9	77
Danemarca	5,2	32100	7,4	4,0	6,1	197	5,6	76
Israel	5,8	15870	8,0	2,4	4,5	203	6,3	75
Marea Britanie	58,2	19600	6,7	2,0	4,8	117	6,1	77

Legea lui Roemer presupune că utilizarea paturilor spitalicești depinde de asigurarea cu acestea. Totuși, deși această afirmație este corectă, s-a demonstrat faptul că prin intermediul unor mecanisme de stimulare financiară poate fi redus numărul de spitalizări inutile și scurtată durata de spitalizare. Odată cu creșterea rapidă a costurilor sanitare din anii 1970, reducerea ratelor de spitalizare și majorarea utilizării serviciilor ambulatorii au devenit elemente esențiale în politica sanitară a multor țări.

Resursele sanitare variază în limite largi chiar și printre țările dezvoltate cu economii de piață. Asigurarea cu paturi de asistență acută este exprimată prin numărul de paturi generale de asistență de scurtă durată la 1000 de populație. Numărul total de paturi la 1000 de populație include toate paturile spitalicești utilizate pentru asistența pacientului, exclusiv paturile geriatrice de custodie. Aceasta definiție nu este una standardizată internațională fiind posibile unele divergențe între diferite țări. Cea mai precisă și comparabilă definiție la momentul actual este numărul de paturi de asistență acută la 1000 de populație (vezi Tabelul 13.14). În prezent în multe țări sunt reduse paturile spitalicești (Marea Britanie, țările nordice, majoritatea țărilor europene, Statele Unite, Israel), fiind dezvoltate servicii alternative asistenței spitalicești prin intermediul implementării mecanismelor de stimulare financiară a promovării asistenței ambulatorii și a tratamentului în spitalele de zi.

Numărul de paturi spitalicești reflectă frecvent experiența istorică, tradițiile și conceptele practicii medicale, nivelul de dezvoltare al tehnologiei și organizării medicale, precum și existența sau lipsa stimulărilor sau penalizărilor financiare pentru promovarea unei asistențe mai eficiente. Deoarece vârstnicii au devenit consumatori mai mari de asistență medico-sanitară decât tinerii un alt factor care influențează rata paturilor spitalicești este distribuția pe vârste

în populație. Investițiile în serviciile alternative asistenței spitalicești și activitățile de promovare a sănătății reduc morbiditatea și permit stabilirea unui control asupra ritmului de creștere al costurilor asistenței medico-sanitare. Pentru aceasta sunt necesare investiții în învățământ, acțiuni legale, efectuarea screening-urilor, educarea referitor la problemele nutriției, consultarea în grup și înființarea serviciilor selective de suport la domiciliu, precum și multe alte elemente ale promovării sănătății.

Factorii care determină costurile serviciilor medico-sanitare includ salariile și veniturile furnizorilor, nivelul tehnologic al serviciului, criteriile de planificare sanitară (normele), numărul de paturi spitalicești și utilizarea acestora, accesibilitatea asistenței la domiciliu și disponibilitatea serviciilor de asistență comunitară complexă, utilizarea modelelor integrate sau regionalizate de furnizare a asistenței medico-sanitare, metodele de achitare a plăți pentru serviciile spitalicești, implementarea mecanismelor de stimulare financiară pentru promovarea utilizării eficiente a resurselor, concentrarea eforturilor asupra asistenței preventive și promovării sănătății. Toți acești factori sunt abordați de reformele în desfășurare ale sistemelor sanitare. În Tabelul 13.14 este prezentată analiza comparativă a cheltuielilor, resurselor, utilizării și rezultatelor pentru țările industrializate selectate.

Nici o analiză a unui sistem sanitar nu poate fi completă fără precăutarea factorilor legați de sărăcie, care contribuie esențial la morbiditatea și mortalitatea prezentă. Sărăcia este asociată cu o mortalitate înaltă de pe urma ictusurilor cerebrale, cardiopatiei ischemice, traumatismelor, astmului bronșic și cancerului. Sărăcia este de asemenea însoțită de numeroși factori de risc cum ar fi nivelul jos de educație, condițiile precare de viață, nutriția săracă, depresia psihologică, fumatul, abuzul de alcool și droguri, graviditățile la adolescente, familiile cu un singur părinte, violența familială etc. Accesul universal la asistența medicală tradițională poate ameliora unii dintre acești factori, totodată rămân persistente problemele centrale. Politica socială și programele sanitare sunt reciproc dependente. Fiecare contribuie în felul său la îmbunătățirea

calității și duratei vieții. Planificarea sanitară trebuie să ia în considerație acest fapt.

REFORMAREA SISTEMELOR NAȚIONALE DE SĂNĂTATE

Sistemele de asistență medico-sanitară sunt într-un proces de dezvoltare continuă. Necesitatea reformării unui sistem sanitar poate deriva din majorarea nestăpânită a costurilor sanitare, tendința de asigurare a accesului universal sau a utilizării eficiente a resurselor sau din necesitatea de a satisface cerințele consumatorilor sau furnizorilor de servicii medico-sanitare (vezi Tabelul 13.15). Obiectivul principal de îmbunătățire a sănătății populației este realizat prin îmbunătățirea accesului, echității, eficienței și calității asistenței, precum și a rezultatelor.

Considerațiile politice și filozofice ale unei reforme sanitare sunt frecvent axate pe accesul universal sau echitatea distribuirii resurselor, asigurarea cu personal medical și paturi spitalicești, dar nu mai puțin importantă este și îmbunătățirea sănătății populației generale și a grupurilor speciale de risc. Necesitatea protecției sociale a populației a fost o premisă și un argument pentru implementarea asigurării medicale naționale.

În prezent discuțiile și reformele organizării sistemelor sanitare continuă și devin tot mai intense, mai ales că în procesul de realizare a obiectivelor programului „*Sănătate pentru Toți*” țările se confruntă tot mai frecvent cu problema majorării costurilor. Eficiența utilizării resurselor și satisfacerea cerințelor publicului și a furnizorilor sunt subiecte de importanță majoră a tuturor sistemelor sanitare. În pofida declarațiilor adepților sistemelor sanitare de stat, cât și a adepților sistemelor sanitare bazate pe economia de piață, la moment nu există soluții ideale de rezolvare a acestor probleme. Importarea directă și completă a unui model de sistem sanitar este inoportună deoarece

dezvoltarea sistemului sanitar este influențată de numeroși factori legați de cultura politică, socială și profesională din țara respectivă.

Tot mai mulți profesioniști sunt de părerea că sistemele bazate pe mecanisme de piață produc o asistență medico-sanitară de o calitate mai bună. Avantajul acestui punct de vedere constă în faptul că aceste sisteme oferă individului posibilitatea de a alege. Totodată acest avantaj este doar pentru populația urbană, cu un nivel superior de educație, care locuiește în vecinătatea serviciilor specializate inaccesibile pentru alții. Alegerea liberă a consumatorului și libertatea alegerii pentru furnizori (autonomie) sunt aspecte diferite ale economiei de piață. Luate împreună acestea furnizează un mecanism de protecție a drepturilor consumatorilor și furnizorilor de a-și alege sistemul sanitar. Totodată, aceste aspecte diminuează responsabilitatea sistemului pentru asistența curativ-profilactică a păturilor vulnerabile ale populației, astfel încât pot fi compromise astfel de programe importante cum sunt imunizarea, asistența prenatală și asistența persoanelor în vârstă. Acest set de drepturi referitor la libertatea alegerii vine frecvent în conflict cu imperativul de control al costurilor și poate avea efecte nedorite de asigurare în exces a serviciilor cum ar fi, spre exemplu efectuarea intervențiilor chirurgicale inutile costisitoare și cu consecințe potențial periculoase. Mecanismele de piață care promovează responsabilitatea individului și a sistemului sanitar pot aduce contribuții importante la îmbunătățirea sănătății populației.

Inițiativele statale necesare pentru promovarea sănătății pot limita drepturile individului. Clorurarea și fluorizarea apei, iodarea sării sau îmbogățirea pâinii cu acid folic sunt măsuri pe care individul este nevoit să le accepte în favoarea intereselor comunității. Autoritățile statale pot închide întreprinderile care pun în pericol sănătatea oamenilor, spre exemplu un restaurant în care condițiile igienice sunt precare.

TABELUL 13.15. Scopuri, obiective, strategii și tactici ale politicilor sanitare naționale.

Scopuri	Obiective	Strategii / tactici
Responsabilitatea autorităților naționale pentru o sănătate	Sănătatea este o responsabilitate statală Accesul universal	Promovarea sănătății ca politică națională Legi / regulamente

prosperă pentru toți	Adoptarea standardelor internaționale Echitatea regională și socială a accesului Alegerea liberă a furnizorului de către consumator Modul sănătos de viață ca politică națională	Reglarea drepturilor sanitare ale consumatorilor Informarea sanitară a publicului Grupuri de apărare a intereselor – publice, profesionale
Finanțarea națională adecvată pentru asigurarea beneficiilor sociale	Finanțare totală adecvată (>6%) Trecerea de la planificarea după cost la cea după rezultate Granturi cu destinație specială pentru realizarea obiectivelor naționale	Majorarea finanțării naționale, statale și locale Asigurarea medicală ca sursă suplimentară de mijloace financiare Reducerea numărului de paturi de asistență acută <3,51/1000 Autorități sanitare districtuale cu finanțare în baza principiului capitației
Managementul pentru asigurarea cost-eficienței	Stăpânirea costurilor Inițiative sanitare cost-eficiente Management decentralizat Politici, monitorizare și standarde naționale Sisteme de informație / monitorizare Structurarea sanitară districtuală	Dezvoltarea asistenței primare Dezvoltarea asistenței la domiciliu, majorarea numărului paturilor de asistență de lungă durată Dezvoltarea chirurgiei ambulatorii, a instituțiilor de asistență de lungă durată Sisteme informaționale sanitare Dezvoltarea asistenței controlate și a DRG
Definirea scopurilor sanitare naționale	Definirea principalelor cauze ale morbidității, mortalității și YPLL, a datelor spitalizărilor cu analiza regională Promovarea sănătății <i>versus</i> filozofia curativă Utilizarea prioritară a resurselor disponibile Utilizarea standardelor internaționale relevante	Analiza factorilor sociali în sănătate Îmbunătățirea KABP sanitare Atitudinea comunității față de promovarea sănătății Promovarea sănătății publice, a nutriției adecvate, sănătății mediului, imunizării în masă

Din anii 1970 atenția organelor sanitare publice a fost atrasă asupra promovării sănătății cu scop de reducere a impactului bolilor cronice și a costurilor sanitare legate de acestea. Acest proces a fost stimulat și promovat de conceptul domeniului sanitar (1974), Conferința de la Alma-Ata referitor la asistența primară (1978) și Conceptul WHO Sănătate pentru Toți. Scopurile sanitare specifice ale Statelor Unite (Poporul Sănătos 2000) și ale Regiunii

europene a WHO (1985) (vezi Capitolul 2) au fost preconizate pentru realizare prin intermediul planificării sanitare după obiective strict definite.

Anii 1990 au fost un deceniu al reformării capitale a sistemelor sanitare naționale. Țările industrializate încercau să stăpânească ritmul de creștere al costurilor sanitare, în același timp menținând accesul universal. Suedia și-a micșorat cheltuielile sanitare prin reducerea numărului de paturi spitalicești. În Statele Unite a suferit eșec programul de asigurare medicală națională din 1995, dar se află în continuă dezvoltare programele de asistență controlată, implementate pentru reducerea costurilor sanitare. Sistemul național de asigurare medicală canadian se află în criză de când a fost anulată finanțarea federală, deoarece autoritățile provinciale sunt nevoite să finanțeze singure un șir enorm de beneficii sanitare și un număr mare de paturi spitalicești. În Israel s-a trecut de la asigurarea medicală voluntară la asigurarea medicală națională prin intermediul fundațiilor de asigurare care funcționează ca un sistem de asistență controlată. Țările Europei de Est sunt în procesul de tranziție de la modelul sovietic la alte modele de organizare a domeniului sanitar, în majoritatea din ele fiind adoptat programul de asigurare națională și decentralizat managementul serviciilor medico-sanitare. În țările în curs de dezvoltare finanțarea directă, de către stat, a serviciilor a dus la trăgănarea dezvoltării lor ceea ce impune autoritățile sanitare de diferit nivel să caute căi de implementare a asigurării medicale naționale pentru îmbunătățirea finanțării asistenței medico-sanitare și extinderea acoperirii acesteia. În China sistemul sanitar a trecut la remunerarea serviciilor medicale rurale în baza principiului plată pentru serviciu și a asigurat accesibilitatea asistenței pentru 70% din populație. În prezent majoritatea țărilor se confruntă cu necesitatea dezvoltării modelelor adecvate de prevenție pentru reducerea impactului bolilor care poate provoca falimentul sistemului sanitar.

Accesul universal la asistența medico-sanitară este asigurat nu neapărat în baza reducerii discrepanțelor sociale în sănătate. Înlăturarea doar a barierelor financiare nu garantează o sănătate prosperă. Numeroși factori sociali, culturali

și ecologici nu pot fi corijați sau preveniți prin metode de asistență medicală sau spitalicească. Acești factori pot avea o importanță chiar mai mare decât asistența medico-sanitară acordată (vezi Capitolul 3). Modelele prezentate de organizare a sistemelor sanitare pot servi ca exemple pentru unele țări. Este deosebit de importantă înțelegerea procesului de evoluție a acestor sisteme, a succeselor și nereușitelor și a dinamicii evolutive a lor la momentul actual.

Există două direcții de bază a reformelor, care frecvent vin în contradicție. Prima direcție este orientarea spre asistența primară. Acest concept presupune soluționarea tuturor problemelor sanitare ale țărilor în curs de dezvoltare prin promovarea asistenței medico-sanitare primare ca serviciu public, administrat și furnizat decentralizat. Conceptul alternativ se bazează pe teoria economiei de piață și presupune promovarea accesului la asistența medico-sanitară prin introducerea sistemelor naționale de asigurare medicală, finanțate din surse acumulate prin contribuțiile patronilor și angajaților sau din surse fiscale.

Aceste două concepte fundamentale reprezintă o dilemă pentru țările în curs de dezvoltare precum și pentru cele dezvoltate, care se confruntă cu necesitatea reducerii costurilor. Implementarea conceptului asigurării medicale poate duce la majorarea fondurilor sanitare, dar este însoțită și de creșterea cheltuielilor sanitare, apariția inechităților și axarea pe serviciile curative din contul celor preventive. Acest concept este orientat medical și promovează serviciile medicale și spitalicești, sănătatea publică fiind neglijată sau lăsată pe seama medicilor generaliști privați.

Conceptul bazat pe relațiile de piață, care promovează un spirit de competiție poate majora calitatea asistenței și atenția față de necesitățile consumatorului, dar este frecvent însoțit de utilizarea excesivă a serviciilor costisitoare și creșterea vertiginoasă a cheltuielilor sanitare. Sistemul sanitar bazat pe relațiile de piață este accesibil doar pentru țările prospere înalt dezvoltate și nu asigură toți cetățenii cu un acces echitabil la servicii. Țările în curs de dezvoltare pot fi incapabile să finanțeze adecvat toate serviciile medico-sanitare. Acest fapt impune majoritatea țărilor să limiteze accesul la asistența

specializată și să introducă alte restricții pentru accesarea serviciilor ceea ce, de fapt, constituie baza asistenței controlate din Statele Unite.

Modelul public de asistență medico-sanitară frecvent lasă programele sanitare naționale fără finanțare sau cu o finanțare inadecvată, ceea ce creează probleme ce țin de calitatea serviciilor și statutul moral al furnizorului și al consumatorului. Totodată promovarea politicii sanitare naționale este încă importantă pentru asigurarea cu asistență a păturilor vulnerabile ale populației din țările în curs de dezvoltare sau cele dezvoltate. Chiar și în cele mai dezvoltate țări există grupuri populaționale care trăiesc în sărăcie și condiții sanitare precare. În Statele Unite 43 milioane de persoane (16% din populație (1997) nu sunt asigurate medical și probabil un număr similar de oameni sunt asigurați inadecvat. Studiul sistemelor de asistență medico-sanitară din diferite țări este esențial pentru stabilirea standardelor și criteriilor internaționale.

Sectorul sanitar în prezent se confruntă cu necesitatea acută de stăpânire a costurilor. Sistemele de asigurare bazate pe contribuțiile patronilor / angajaților tot mai insistent implementează măsuri de reducere a cheltuielilor sanitare, deoarece nivelul major al acestora compromite grav competitivitatea industriei lor. În același timp devine tot mai actuală problema îmbătrânirii populației, a implementării inovațiilor tehnologice medicale. Astăzi reforma sistemului sanitar include reducerea sectorului de asistență spitalicească și fortificarea asistenței medico-sanitare comunitare.

SISTEMELE DE SĂNĂTATE ȘI NOUA SĂNĂTATE PUBLICĂ

Sistemele naționale de sănătate de pe glob sunt în procesul reformei, prin care se încearcă reducerea costurilor sanitare, asigurarea acoperirii universale a populației cu asistență medico-sanitară, a accesului echitabil și calității asistenței, precum și a eficienței utilizării resurselor pentru realizarea

obiectivelor trasate. Majoritatea țărilor sunt în căutarea căilor de furnizare a asistenței universale și echitabile, de control a costurilor și îmbunătățire a eficienței. Nu poate exista o cale unică și ideală de rezolvare a acestor probleme.

Sistemele de securitate socială pe parcursul secolului XX au întreprins eforturi maxime pentru asigurarea accesului echitabil la serviciile de asistență medico-sanitară. Sistemele naționale de sănătate au fost dezvoltate pentru a furniza servicii medicale, spitalicești, preventive și de asistență comunitară. Finanțarea acestor servicii prin intermediul impozitării generale bazate pe taxele progresive la salarii, taxele pentru resurse și accizuri este probabil cea mai eficientă cale de colectare a fondurilor. Majoritatea țărilor utilizează sisteme de securitate socială bazate pe contribuțiile patronilor / angajaților pentru achitarea serviciilor medicale. Asigurarea accesului universal la asistența medico-sanitară presupune înlăturarea barierelor economice pentru întreaga populație. Totodată accesul universal de unul singur nu garantează o sănătate prosperă și realizarea obiectivelor sanitare trasate. Alocarea resurselor este chiar mai importantă pentru acest proces.

În afară de finanțare și alocarea resurselor există încă o mulțime de bariere în calea îmbunătățirii sănătății. Chiar și în cadrul sistemelor naționale de sănătate înalt dezvoltate cum ar fi cel din Marea Britanie, apartenența socială și etnică, locul reședinței și nivelul de educație influențează considerabil structura morbidității și mortalității în populație. Alți factori determinanți ai acestor indici sanitari sunt factorii de risc cum ar fi dieta, fumatul și inactivitatea fizică. Discrepanțele între morbiditatea și mortalitatea diferitor clase sociale se pot datora, parțial, stărilor asociate cu sărăcia cum ar fi depresia, teama, insecuritatea și lipsa controlului asupra propriei vieți. Aceste subiecte sunt de o importanță deosebită pentru obținerea echității asistenței și a scopurilor sanitare naționale.

Sistemele sanitare trebuie supuse unui proces de evaluare continuă. Indicii tradiționali ai rezultatelor cum ar fi ratele mortalității infantile, copilărești,

materne, de boli specifice sunt importanți, dar insuficienți. Pentru o analiză complexă a activității sistemului sanitar mai sunt necesari astfel de indici cum ar fi incidența bolilor evitabile prin vaccinare, ratele de imunizare a sugarilor, frecvența cazurilor de anemie la sugari și gravide și stările de handicap. Noii indici cum sunt DALY și QALY (vezi capitolul 3 și 11) pot fi utili în schimbarea accentului evaluării de la mortalitate la calitatea vieții. Sistemele naționale de sănătate necesită sisteme informaționale care prelucrează datele primite în cadrul monitorizării. Managerii sanitari trebuie pregătiți în centre academice care se ocupă de analiza epidemiologică, sociologică și economică și sunt responsabile de efectuarea cercetărilor științifice de importanță vitală pentru dezvoltarea domeniului sanitar.

În pofida diversității structurale și a diferențelor ideologice dintre sistemele naționale de sănătate, între acestea există și caracteristici comune. Sistemul sanitar al oricărei țări reprezintă un domeniu în care este angajată o mare parte a populației. Toate sistemele naționale de sănătate se confruntă cu problema finanțării, stăpânirii costurilor, structurii organizatorice ineficiente și, în același timp, caută noi căi de stimulare a calității și eficienței.

Sistemul național de sănătate este o entitate extrem de complexă. Calitatea infrastructurii comunitare (apele de canalizare, apa potabilă, drumurile, comunicațiile), cantitatea și calitatea produselor alimentare, nivelul de educație al populației și organizarea profesională – toate acestea sunt părți componente ale acestei complexități. Planificarea sanitară frecvent ignorează acest mesaj, periclitanț realizarea scopurilor de îmbunătățire a indicilor sanitari. Sistemele naționale de sănătate reprezintă nu numai metode de finanțare și asigurare a accesului la asistența medico-sanitară, ele sunt părți componente ale procesului complex de dezvoltare socială și economică a societății și contribuabili majori la îmbunătățirea calității vieții.

SURSE ELECTRONICE

Website-ul Institutului Canadian de Informație Sanitară, Tendințele Naționale ale Cheltuielilor Sanitare 1975-1998:

<http://www.cihi.ca/medrls/execsum.htm>

Website-ul Departamentului de Finanțare a Asistenței Medico-sanitare:

<http://www.hcfa.gov/stats/indicatr/tables/>

Website-ul „Poporul Sănătos”: <http://www.health.gov/healthypeople/>

Departamentul de Sănătate și Servicii Umane al Statelor Unite, *Health United States*, 1998:

<http://www.cdc.gov/nchsw/products/pubs/pubd/hs/hs.htm>

(notă: necesită programul Adobe Acrobat și CD-ROM)

Website-ul Băncii Mondiale, reforma sanitară:

<http://www.worldbank.org/healthreform/index.htm>

Organizația Mondială a Sănătății, Regiunea europeană, baza de date „Sănătate pentru Toți”: <http://www.org/dk>

LECTURĂ RECOMANDATĂ

- Bobadilla, J. L., Cowley, P., Musgrove, P., Saxenian, H. 1994. Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization*, 72:653-662.
- Murray, C. J. L., Govindaraj, R., Musgrove, P. 1994. National health expenditures: A global analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 72:623-627.
- Roemer, M. I. 1993. National health systems throughout the world. *Annual Review of Public Health*, 14:335-353.
- Russel, L. B. 1993. The role of prevention in health reform. *The New England Journal of Medicine*, 329:352-354.
- Schieber, G. J., Poullier, J. P. 1989. International health care expenditure trends: 1987. *Health Affairs*, 8:169-177.
- Schieber, G. J., Poullier, J. P., Greenwald, L. M. 1991. Health care systems in twenty-four countries. *Health Affairs*, 10:22-38.

Young, Q. D. 1993. Health care reform: A new public health movement. *American Journal of Public Health*, 83:945-946.

BIBLIOGRAFIE

- Abel-Smith, B. 1992. Cost containment and new priorities in the European community. *The Milbank Quarterly*, 70:393-416.
- Aday, L. A., Begley, C. E., Lairson, D. R., Slater, C. H. 1993. Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
- Avian, R., Abel-Smith, B., Tombari, G. 1990. Health Insurance in the Developing Countries – The Social Security Approach. Geneva: International Labor Organization.
- Blendon, R. J., Leitman, R., Morrison, I., Donelan, K. 1990. Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Affairs*, 9:185-192.
- Chernikovsky, D. 1995. Health system reform in industrialized democracies: An emerging paradigm. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 73:339-372.
- Dutton, D. B. 1979. Patterns of ambulatory health care in five different delivery systems. *Medical Care*, 17:221-243.
- Ellencweig, A. Y. 1992. *Analysing Health Systems: A Modular Approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Kirsch, T. 1988. Local area monitoring (LAM). *World Health Statistics Quarterly*, 41:19-25.
- Mills, A., Vaughan, J. P., Smith, D. L., Tabibzadeh, I. (eds). 1990. *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience*. Geneva: World Health Organization.
- Organization for Economic Cooperation and Development. 1990. *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*. Social Policy Studies No. 7.
- Roemer, M. I. 1991 and 1993. *National Health Systems of the World*, Volumes 1 and 2. New York: Oxford University Press.
- Saltman, R. B. (ed). 1988. *The International Handbook of Health Care Systems*. New York: Greenwood Press.
- UNICEF. 1998. The State of The World's Children, 1998. New York: UNICEF.
- World Health Organization. 1993. *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*. Report of a WHO Study Group, Technical Report Series No. 829. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1997. *The World Health Report, 1997: Conquering Suffering, Enriching Humanity*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1993. *World Health Statistics Annual 1993*. Geneva: WHO.

Statele Unite

- Anderson, R. M., Rice, T. H. E., Kominski, G. F. (eds). 1997. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy, and Management*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bergner, L. 1993. Race, health, and health services. *American Journal of Public Health*, 83:939-941.
- Blumenthal, D. (editorial). 1993. Administrative issues in health care reform. *The New England Journal of Medicine*, 329:428-429.
- Brown, E. R. 1992. Health US A: A national health program for the United States. *Journal of the American Medical Association*, 267:552-558.
- Fries, J. F., Koop, E., Beadle, C. E., Cooper, P. P., England, M. J., Greaves, R. F., Sokolov, J. J., Wright, D. 1993. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. The Health Project Consortium. *The New England Journal of Medicine*, 329:321-325.
- Levit, K. R., Lazenby, H. C., Sivarajan, L. 1996. Health care spending in 1994: Slowest in a decade. *Health Affairs*, 15:130-144.
- National Center for Health Statistics. 1997. *Health, United States 1996-1997 and Injury Chartbook*. Hyattsville, MD: 1997.
- National Center for Health Statistics. 1998. *Health, United States: With Socioeconomic Status and Health Chartbook, 1998*. DHHS Publication number (PHS) 98-1232.
- Public Health Service. 1992. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. U.S. Department of Health and Human Services. Boston: Jones and Bartlett.
- Smith, S., Freeland, M., Heffler, S., McKusick, D., and the Health Expenditures Projection Team. 1999. The next ten years of health spending: What does the future hold? *Health Affairs*, 17:128-132.
- Welch, W. P., Miller, M. E., Welch, H. G., Fisher, E. S., Wennberg, J. E. 1993. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 328:621-627.

Canada

- Canadian Public Health Association. 1996. *Focus on health: Public health in health services restructuring: An issue paper*. Ottawa: CPHA.
- Deber, R. B., Hastings, J. E., Thompson, G. G. 1991. Health care in Canada: Current trends and issues. *Journal of Public Health Policy*, 12:72-82.
- Deber, R. B., Thompson, G. G. (eds). 1993. *Restructuring Canada's Health Services System: How Do We Get There from Here?* Proceedings of the Fourth Canadian Conference on Health Economics. Toronto: University of Toronto Press.
- Evans, R. G. 1989. Controlling health expenditures—The Canadian reality. *The New England Journal of Medicine*, 320:571-577.

- LaLonde, M. 1974. *New Perspectives on the Health of Canadians*. Ottawa: Department of National Health and Welfare.
- Naylor, C. D. 1999. Health care in Canada: Incrementalism under fiscal duress. *Health Affairs*, 18:9-26.
- Pineault, R., Lamarche, P. A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L. 1993. The reform of the Quebec health care system: Potential for innovation? *Journal of Public Health Policy*, 14:198-219.
- Rachis, M., Kushner, C. 1994. *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*. Toronto: Harper-Collins.
- Roos, N. P., Brownell, M., Shapiro, E., Roos, L. R. 1998. Good news about difficult decisions: The Canadian approach to hospital cost control. *Health Affairs*, 17(Sept/Oct):239-246.
- Saskatchewan Health. 1992-1995. *A Saskatchewan Vision for Health: Introduction of Needs-Based Allocation of Resources to Saskatchewan District Health Boards for 1994-1995; and Planning Guide for Saskatchewan Health Districts*. Regina: Government of Saskatchewan.

Marea Britanie

- Acheson, D. 1998. *Independent Inquiry into Inequalities in Health*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Black, D. 1980. *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*. London: Department of Health and Social Security.
- Bone, M. R. 1992. International efforts to measure health expectancy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46:555-558.
- Coulter, A. 1995. Evaluating general practice fund holding in the United Kingdom. *European Journal of Epidemiology*. 5:233-239.
- Day, P, Klein, R. 1991. Britain's health care experiment. *Health Affairs*, 10:39-59.
- Dobson, F. 1999. Modernizing Britain's National Health Service. *Health Affairs*, 18:40-41.
- Donaldson, R. J., Donaldson, L. J. 1993. *Essential Public Health Medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Glynn, J. J., Perkins, D. A. (eds). 1995. *Managing Health Care: Challenges for the 90s*. London: W. B. Saunders.
- Illsey, R. 1999. Reducing health inequalities: Britain's latest attempt. *Health Affairs*, 18:45-46.
- LeGrand, J. 1999. Competition, cooperation, or control? Tales from the British National Health Service. *Health Affairs*, 18:27-44.
- Marmot, M. 1999. Perspective: Acting on the evidence to reduce inequalities in health. *Health Affairs*, 18:42-44.
- McKee, M. 1995. What can we learn from the British fundholding experience. *European Journal of Public Health*. 5:231-232.

- Pocock, S. J., Shaper, A. G., Cook, D. G., Phillips, A. N., Walker, M. 1987. Social class differences in ischemic heart disease in British men. *Lancet*, 11:197-201.
- Secretary of State for Health. 1991, reprinted 1995. *The Health of the Nation*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Smith, G. D., Bartley, M., Blane, D. 1990. The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *British Medical Journal*, 301:373-377.

Europa

- Brown, L. D., Amelung, V. E. 1999. "Manacled competition": Market reforms in German health care. *Health Affairs*, 18:76-91.
- Elola, J., Daponte, A., Navarro, V. 1995. Health indicators and the organization of health care systems in western Europe. *American Journal of Public Health*, 85:1397-1401.
- Hermanson, T., Aro, S., Bennett, C. L. 1994. Finland's health care system: Universal access to health care in a capitalist democracy. *Journal of the American Medical Association*, 271:1957-1962.
- Hurst, J. W. 1991. Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs*, 10:7-21.
- Iglehart, J. K. 1991. Germany's health care system. *The New England Journal of Medicine*, 324:1750-1756.
- Roberts, J. L. 1996. *Terminology for the WHO Conference on European Health Care Reforms: A Glossary of Technical Terms on the Economics and Finance of Health Services*. Copenhagen: World Health organization, Office for Europe.
- Saltman, R. B. 1990. Competition and reform in the Swedish health system. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 68:597-618.
- Saltman, R. B., Figueras, J. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization Study Group. 1993. *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 1997. *Health in Europe, 1997*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 1999. *Health 21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Japonia

- Ikegami, N. 1991. Japanese health care: Low cost through regulated fees. *Health Affairs*, 10:87-109.

- Ikegami, N., Campbell, J. C. 1999. Health care reform in Japan: The virtues of muddling through. *Health Affairs*, 18:56-75.
- Ingelhart, J. K. 1988. Health policy report: Japan's medical care system, parts 1 and 2. *New England Journal of Medicine*. 319:807-812 and 1166-1172.

Rusia

- Centers for Disease Control. 1992. Public health assessment - Russian Federation, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 41:89-91.
- Centers for Disease Control. 1995. Diphtheria epidemics - New independent states of the former Soviet Union, 1990-1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44:177-181.
- Field, M. G. 1988. Union of Soviet Socialist Republics. In Saltman, R. B. (ed). *The International Handbook of Health Care Systems*. New York: Greenwood Press.
- Golovoteyev, V. V., Pustovoj, I. V. 1984. Public health finance and planning in the Soviet Union. *World Health Statistics Quarterly*, 37:364-374.
- Tulchinsky, T. H. E., Varavikova, E. A. 1996. Addressing the epidemiologic transition in the former Soviet Union: Strategies for health system and public health reform in Russia. *American Journal of Public Health*, 86:313-320.
- Willikens, R, Scherbov, S. 1992. Analysis of mortality data from the former USSR: Age-period-cohort analysis. *World Health Statistics Quarterly*, 45:29-49.

Israel

- Central Bureau of Statistics. 1975 (and 1996). *Statistical Abstract of Israel, 1975 (and 1996)*. Jerusalem: Herved Press.
- Israel Center for Disease Control. 1999. *Health Status in Israel 1999*. Jerusalem: Ministry of Health.
- Ministry of Health. 1998. *Health in Israel: Selected Data, 1998*. Jerusalem: Ministry of Health.
- Penchas, S., Shani, M. 1995. Redesigning a national health-care system: The Israeli experience. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8:9-18.
- Tulchinsky, T. H. E. 1985. Israel's health system: Structure and content issues. *Journal of Public Health Policy*, 6:244-254.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 1996. *Highlights on Health in Israel*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Țările în curs de dezvoltare

- Barnum, H., Kutzin, J. 1993. *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Evans, J. R., Hall, K. L., Warford, J. 1981. Shattuk lecture: Health care in the developing world: Problems of scarcity and choice. *The New England Journal of Medicine*, 305:1117-1127.
- Ron, A., Abel-Smith, B., Tamburri, G. 1990. *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*. Geneva: International Labor Office.
- Schieber, G., Maeda, A. 1999. Health care financing and delivery in developing countries. *Health Affairs*, 18:135-143.
- Tarimo, E., Creese, A. (eds). 1990. *Achieving Health for All by the Year 2000: Midway Reports of Country Experiences*. Geneva: World Health Organization.

Columbia

- Ministerio de Salud/Ministerio de Trabajo. 1993. *La Seguridad Social en Colombia, Ley 100 de 1993*. Bogota: Ministerio de Salud/Ministerio de Trabajo.
- Pan American Health Organization/World Health Organization. 1986. *Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000*. Seventh Report on the World Health Situation, Volume 3. Region of the Americas. Washington, DC: PAHO.
- Lujan, F. J. Y. 1988. Colombia. In Saltman, R. (ed). *The International Handbook of Health Care Systems*, pp. 57-72. New York: Greenwood Press.

China

- Grogan, C. M. 1995. Urban economic reform and access to health care coverage in the People's Republic of China. *Social Science and Medicine*, 41:1073-1084.
- Lawson, J. S., Lin, V. 1994. Health status differentials in the People's Republic of China. *American Journal of Public Health*, 84:737-741.
- Zheng, X, Hillier, S. 1995. The reforms of the Chinese health care system: The Jiangxi study. *Social Science and Medicine*, 41:1057-1064.

Comparații

- Anderson, G. P., Poullier, J.-P. 1999. Health spending, access, and outcomes: Trends in industrialized countries. *Health Affairs*, 18:178-192.
- Davis, K. 1999. International health policy: Common problems, alternative strategies. *Health Affairs*, 18:135-143.
- Donelan, K., Blendon, R. J., Schoen, C., Davis, K., Binns, K. 1999. The cost of health system change: Public discontent in five nations. *Health Affairs*, 18:206-216.

- Sochalski, J., Aiken, L. H. 1999. Accounting for variation in hospital outcomes: A cross-national study. *Health Affairs*, 18:256-259.
- Tuohy, C. H. 1999. Dynamics of a changing health sphere: The United States, Britain, Canada. *Health Affairs*, 18:114-134.