

ORGANIZAREA SISTEMELOR DE **SĂNĂTATE PUBLICĂ**

INTRODUCERE

În acest capitol este examinată organizarea sănătății publice și a serviciilor spitalicești în Statele Unite. Organizarea acestor sisteme în SUA nu reprezintă un ideal, dar ilustrează reușit modul în care două sisteme de servicii coexistă. Aceste sisteme, fiecare evoluând istoric prin diferite moduri de organizare și finanțare, în prezent găsesc tot mai multe domenii comune de activitate cum ar fi asistența medico-sanitară și cea preventivă și devin reciproc dependente. Sistemele tradiționale de sănătate publică vor necesita și în continuare o strânsă cooperare intersectorială cu alte componente ale sectorului sanitar, dar și cu agențiile guvernamentale și nonguvernamentale care activează în diferite domenii cum ar fi agricultura, business-ul, asistența socială, învățământul, poliția, organizațiile comunitare și multe altele.

Statul are împuterniciri legislative, reglatorii și de impozitare stabilite de constituție pe care le utilizează în folosul publicului (spre exemplu, restricția acțiunilor individuale care pot compromite sănătatea altor persoane și promovarea sănătății). Pe parcursul dezvoltării istorice împuternicirile și responsabilitățile statului s-au lărgit considerabil. În orașele-state ale Greciei Antice guvernele se ocupau de asigurarea măsurilor de sanitație și asistența medicală a săracilor. Legile săracilor ale Elisabetei din Marea Britanie de la începutul secolului XVII au stabilit responsabilitatea autorităților locale pentru

sănătatea și prosperitatea populației. Ulterior guvernele locale, statale și naționale au devenit implicate în sanitație, controlul bolilor și alte aspecte ale sănătății publice și planificării sanitare, iar mai târziu au devenit responsabile de asigurarea asistenței medico-sanitare complexe în baze echitabile pentru toți sau pentru grupuri selectate ale societății.

Societatea s-a învățat a preveni bolile prin intermediul acțiunilor speciale și a înțeles că sănătatea individului depinde de aceste măsuri. Participarea guvernelor la acest proces este inevitabilă indiferent de orânduirea socială, fie că ea este bazată pe principii democratice și ale economiei de piață sau este centralizată. Societatea a fost nevoită să accepte unele limitări ale drepturilor individului pentru binele publicului. Aceste restricții țin de limitarea posibilității individului de a ataca sau agresa alte persoane și de a distruge bunurile publice sau private. Individul este limitat în posibilitatea aruncării gunoierului în stradă, iar industriei i se interzice poluarea mediului ambiant și punerea în pericol a sănătății angajaților săi.

Strategia politică, legislația și activitățile sănătății publice includ măsuri comune orientate spre protejarea individului și a comunității. Aceste măsuri pot lua forma declarării obligatorii a bolilor infecțioase, clorurării sau fluorizării apei comunitare, reglării producției alimentare și a industriei farmaceutice, imunizării copiilor până la vârsta școlară sau persecutării penale și administrative a conducătorilor întreprinderilor neglijența cărora s-a soldat cu decesul sau traumatizarea angajatului sau a dus la poluarea mediului înconjurător.

Pentru realizarea obiectivelor sanitare publice este necesară o bună organizare. Sistemul sanitar public trebuie să aibă o structură bine definită fiind stabilite de legi și regulamente sursele de finanțare, conducerea și scopurile ei. În aceste regulamente trebuie să fie specificate serviciile curativ-profilactice prestate populației precum și locul acordării lor – la domiciliu, în instituțiile de învățământ, la locul de muncă, în locurile publice, în comunități, spitale și clinici. Sistemul sanitar interacționează cu sănătatea fizică a individului,

precum și cu starea mediului ambiant. El este organizat în mai multe nivele începând cu cel periferic, comunitar sau primar. Urmează nivelele organizatorice districtual, regional, statal și național precum și relațiile internaționale. Strategiile sanitare internaționale și sistemele naționale de sănătate sunt focusate asupra activităților care au o influență directă benefică asupra sănătății, precum și asupra managementului eficient al instituțiilor și serviciilor de asistență medico-sanitară existente.

Funcția și structura sistemelor sanitare sunt categorii interdependente: structura este determinată de funcția preconizată, care, de fapt, constă în atingerea scopurilor și obiectivelor naționale sanitare. Această funcție este realizată prin intermediul activităților legislative, reglatorii, financiare și ale serviciilor medico-sanitare care constituie fundamentul sănătății oricărei țări. În unele țări sunt efectuate tentative de a asigura o asistență medico-sanitară universală doar prin intermediul organelor guvernamentale. În altele este fortificată legislativ practica medicală privată sau finanțarea asistenței medico-sanitare pentru anumite grupuri populaționale, acordând o atenție deosebită cercetărilor științifice în domeniul sănătății.

În acest capitol este descrisă organizarea sistemului de sănătate publică pe exemplul Statelor Unite, inclusiv a autorităților sanitare publice federale, statale și locale. În contrast cu majoritatea țărilor dezvoltate în Statele Unite lipsește planul universal de sănătate. Ca rezultat asistența medico-sanitară este furnizată prin intermediul agențiilor publice, independente și private. Această structură este frecvent numită ca „lipsă a sistemului”, totodată ea reprezintă o rețea complexă de servicii interactive. Din cauza lipsei universalității asistenței medicale o parte mare a populației este privată de ajutorul medico-sanitar. Astfel în aceste condiții organizațiile sanitare publice sunt de o importanță crucială în acordarea serviciilor medicale esențiale persoanelor vulnerabile sau dezavantajate. Parțial din cauza unei astfel de fragmentări a serviciilor medico-sanitare în Statele Unite, sănătatea publică joacă un rol principal de apărare a intereselor publicului, dezvoltare și realizare a obiectivelor promovării sănătății.

GUVERNUL ȘI SĂNĂTATEA NAȚIUNII

Sănătatea publică include o varietate largă de subiecte de responsabilitate guvernamentală, deoarece acestea necesită implementarea măsurilor legislative, de stimulare și taxare. Acestea includ, spre exemplu, ecologia, nutriția, controlul produselor alimentare și farmaceutice, sanitația, imunizarea, legislația referitor la traficul rutier, controlul armelor de foc și educarea sanitară. Multe dintre aceste funcții sunt promovate de organizații nonguvernamentale (NGO) care dețin împuterniciri reglatorii delegate.

Finanțarea și alocarea pentru sănătate a mijloacelor publice este o metodă importantă de influențare a activităților sanitare. Acestea pot fi alocate în așa domenii ca cercetările științifice, învățământul și furnizarea asistenței medico-sanitare. Guvernele naționale încă mai furnizează unele servicii sanitare, dar mai puternică este tendința de descentralizare a împuternicirilor la nivele guvernamentale inferioare (regional, districtual, municipal) sau la furnizori nonguvernamentali de asistență medio-sanitară. Organizațiile academice, profesionale și de avocatură publică dețin roluri importante în Noua Sănătate Publică, care constau în instruirea forței de muncă, învățământ, cercetări științifice și elaborare a standardelor profesionale etc. Aceste funcții pot fi difuzate la o varietate de instituții academice, profesionale și de apărare a drepturilor consumatorilor. Această structură permite guvernelor de a acționa indirect asupra sistemului sanitar prin stabilirea standardelor și normelor, a practicilor de imputabilitate, acreditare și licențiere, precum și de a acționa direct prin intermediul standardelor reglatorii sau sancțiunilor financiare.

Statele federale și unitare

Sănătatea publică necesită o fundamentare legislativă, administrativă publică și financiară. Forma de guvernare poate fi diferită în dependență de țară, unele state fiind federale, iar altele unitare.

În sistemul federal responsabilitățile sanitare sunt împărțite între trei nivele guvernamentale – federal, statal și local. Constituțiile statelor federale au fost concepute și scrise în perioada în care accentul era pus pe drepturile statale, iar asistența medico-sanitară era prestată preponderent de sectorul privat. Ulterior responsabilitatea sanitară primară a fost plasată pe guvernele statale sau provinciale. Totodată din cauza că guvernul național deținea o parte cu mult mai mare a resurselor decât cele statale sau locale, rolul lui în sistemul sanitar cu timpul s-a majorat. Încă o responsabilitate majoră a guvernelor naționale constă în asigurarea echității politicilor sociale. Creșterea treptată a rolului autorităților federale în sistemul sanitar este un proces istoric care a avut loc în mai multe țări. Guvernul federal, ca minimum, este responsabil de politica sanitară națională, planificare și stabilirea scopurilor și obiectivelor sanitare naționale. Statele Unite, Canada, Rusia, Argentina și Nigeria sunt exemple de state cu o formă federală de guvernământ.

Statul unitar reprezintă o formă de guvernare care are doar două nivele național și local, fără nivele legislative intermediare. Astfel de țări sunt Marea Britanie și țările cu o guvernare bazată pe Codul lui Napoleon, cum ar fi majoritatea țărilor hispanofone. În aceste țări guvernul național deține marea majoritate a responsabilităților sanitare, cele locale jucând un rol major în sanitație și sănătatea publică locală. Împuternicirile autorităților regionale și locale derivă din structura națională. La nivel local sănătatea publică se ocupă de sanitație, licențierea business-ului, controlul produselor alimentare etc. În Marea Britanie guvernul național a promovat și fortificat organizațiile sanitare publice locale, organizând programe de servicii medico-sanitare regionale pentru întreaga populație acestea fiind dirijate de Serviciul Național de Sănătate.

Delegarea împuternicirilor sanitare este un fenomen răspândit în toate sistemele indiferent de structura acestora, care se bazează pe larg pe precedentele istorice. La sfârșitul secolului XX autoritățile sanitare naționale sunt încă responsabile de strategia politică generală, legile sanitare, finanțare, standarde, monitorizare, cercetări științifice și asigurarea serviciilor cu scop de atingere a scopurilor și obiectivelor sanitare naționale. Managementul serviciilor, totodată, este la general descentralizat cu delegarea responsabilităților autorităților sanitare statale, regionale și locale sau chiar nivelului instituțional. Delegarea sau împărțirea responsabilităților de la un nivel al autorităților sanitare la altul este un fenomen răspândit în planificarea curentă ce are ca scop asigurarea șirului enorm de activități și interese ale sectorului sanitar în societate. Agențiile nonguvernamentale deseori precedă organizațiile guvernamentale pe teren; prezența și participarea lor sunt elemente importante ale complexului sanitar, indiferent de faptul cu ce activități se ocupă acestea, fie cu furnizarea asistenței medico-sanitare, apărarea intereselor sau cu colectarea fondurilor pentru programe pe care guvernul nu poate să le includă în „coșul de servicii”.

Administrarea serviciilor este frecvent lăsată pe seama autorităților locale sau agențiilor independente. Delegarea de diferit grad a responsabilităților are loc în administrarea serviciilor, învățământ, instruirea profesională și licențierea personalului medical, în cercetările științifice, cooperarea intersectorială între agențiile guvernamentale și organizațiile profesionale, de acreditare, NGO și grupurile de apărare a intereselor, în instituțiile academice și de cercetări științifice. Legislativul poate iniția și direcționa schimbările în programele sanitare prin implementarea măsurilor financiare și reglatorii, dar această implementare necesită de asemenea și participarea unui număr mare de indivizi și organizații de consumatori, furnizori de asistență medico-sanitară și a altor grupuri cu interese sanitare. Domeniul sanitar nu este un serviciu izolat, ci o reflectare a valorilor și standardelor dezvoltării socio-economice, cu un număr

mare de dependențe reciproce între agențiile sanitare și alte elemente guvernamentale sau nonguvernamentale ale societății.

Forțele de stăpânire și echilibrare utilizate de autoritățile sanitare

În domeniul sanitar echilibrul dintre intervențiile guvernamentale și activitățile organizațiilor private, între reglare și autoguvernare nu este ușor de definit și nici de realizat. Exemplele istorice relevă diferite căi de dezvoltare a diferitor elemente ale asistenței medico-sanitare acestea bucurându-se de sprijin politic, economic și popular diferit. Experiența acumulată a sănătății publice moderne indică faptul că toate elementele sistemului de sănătate trebuie considerate ca parte a unui tot întreg. Insuficiența într-un domeniu afectează celelalte arii de activități sanitare. Spre exemplu, nutriția săracă și măsurile inadecvate de sanitație duc la dezvoltarea bolilor, tratamentul cărora este cu mult mai scump decât prevenția. În același timp standardele joase de asistență medicală datorate instruirii și motivației inadecvate a personalului medical, limitării resurselor și lipsei supravegherii pot duce la înrăutățirea stării sănătății a unei părți considerabile a populației.

Organizarea serviciilor sanitare publice, acestea fiind fie integrate într-un sistem centralizat, fie existând separat de acesta, necesită o combinație a responsabilităților centralizate și descentralizate. Responsabilitatea generală națională în modul cel mai reușit poate fi asigurată prin stabilirea scopurilor strategice și a standardelor, precum și prin asigurarea echității regionale și locale. Descentralizarea promovează responsabilitatea directă a autorităților locale pentru serviciile prestate, ceea ce se numește imputabilitate. Delegarea responsabilităților presupune faptul că multe agenții funcționează la diferite nivele ale entității naționale. Fiecare are domeniul său de interese, iar responsabilitatea este aceea care le leagă într-un tot întreg, cu o stăpânire și echilibrare reciprocă și cooperare între ele.

Organizarea sanitară centralizată, în cadrul căreia strategiile, administrarea, finanțarea, serviciile, instruirea forței de muncă, cercetările

științifice sunt controlate de o putere centrală, poate fi privată de forțe de stăpânire și echilibrare care previn practicile totalitariste. În prezent chiar și sistemele înalt centralizate sunt în căutarea căilor de descentralizare pentru achiziționarea fondurilor suplimentare și majorarea calității serviciilor prestate. Această descentralizare trebuie să fie însoțită și de asigurarea unui acces universal la asistența medico-sanitară fiind respectată echitatea între regiuni, grupuri etnice și clase sociale. În condițiile actuale organizarea sistemelor de sănătate publică se confruntă cu creșterea în continuare a complexității și costurilor serviciilor medicale, acestea constituind probleme de importanță primordială în agenda sistemelor sanitare din lume.

Structura federală deține anumite avantaje care țin de diviziunea responsabilităților pentru sănătatea publică. Nivelul superior guvernamental este responsabil de promovarea politicii sanitare, exercitând și rolul de finanțare și reglare. Responsabilitățile statale, după natura lor, sunt foarte apropiate de cele comunitare și reprezintă interesele regionale. Guvernele locale promovează interesele sanitare comunitare fiind sprijinite de puterea federală și statală.

Noua Sănătate Publică este în căutarea căilor optime de echilibrare și cooperare între serviciile medico-sanitare guvernamentale și rețeaua de organizații medicale private, care utilizând eficient în comun resursele tind să atingă scopurile sanitare comune de satisfacere a necesităților atât ale individului, cât și ale populației întregi.

Statul și individul

Conceptele controversate referitor la rolul statului influențează sănătatea publică. În anul 1869, unul din fondatorii economiei moderne John Stuart Mill, în tratatul său „Despre libertate” scria „Unicul scop, pentru atingerea căruia statul poate limita drepturile personale ale cetățeanului societății civilizate, este prevenirea afectării altor membri ai societății. Interesele proprii ale individului, fizice sau morale, nu pot servi drept justificări suficiente pentru limitarea drepturilor altor membri ai societății.”

Pe parcursul istoriei instituțiile de sanitație și igienă comunitară frecvent se confruntau cu astfel de idei individualiste. Problema intervenirii statului în astfel de „domenii private” cum ar fi sănătatea nu este una nouă și este activ discutată în societățile occidentale industrializate, țările post-sovietice și cele în curs de dezvoltare. Economisții adepți ai poziției de neimplicare a statului promovează ideea intervenției minimale a guvernului în toate domeniile economice inclusiv serviciile sociale din care face parte și sănătatea.

În secolele XIX-XX a devenit evidentă și imperativă necesitatea implicării statului în protecția și promovarea sănătății, statul fiind responsabil de elaborarea și implementarea măsurilor sanitare publice în societate. Asumarea de către stat a responsabilității totale pentru sănătate și managementul centralizat al tuturor serviciilor a fost o experiență istorică descurajatoare pentru unele țări. În prezent în majoritatea statelor există echilibre proprii între serviciile guvernamentale și private. Este paradoxal faptul că cel mai descentralizat și privat sistem de sănătate din lume cum este cel al Statelor Unite, în prezent își concentrează eforturile asupra dezvoltării standardelor naționale și profesionale, monitorizării sănătății populației și realizării scopurilor sanitare naționale. Astăzi acest sistem se află în tranziție de la asistența medico-sanitară individuală la sisteme de asistență medico-sanitară controlată.

FUNCȚIILE SĂNĂTĂȚII PUBLICE

Asociația Americană de Sănătate Publică (APHA), fondată în anul 1872, periodic publică regulamente referitor la misiunile și serviciile esențiale ale organizațiilor de sănătate publică. Aceste regulamente ajută statul în furnizarea și asigurarea serviciilor medico-sanitare prin intermediul agențiilor. În anul 1994 regulamentul APHA referitor la structura generală și misiunile sănătății

publice din America (Anexa 10.1) a fost semnat de Asociația Oficialităților Sanitare Statale și Teritoriale, Asociația Națională a Oficialităților Sanitare Rurale și Urbane, Institutul de Medicină, Asociația Sănătății Publice și Școlare, Serviciul de Sănătate Publică al Statelor Unite și altele. Revizuirea și actualizarea periodică a structurii și misiunilor sănătății publice cu găsirea punctelor de reper în activitatea numeroaselor organizații profesionale din domeniul sănătății menține relevanța organizațiilor sanitare publice locale și centrale.

Anexa 10.1. Misiunile și serviciile esențiale ale sănătății publice, Asociația Americană de Sănătate Publică.

Responsabilități sau misiuni ale sănătății publice:

- 1. Prevenirea epidemiilor și răspândirii bolilor.*
- 2. Protecția de pericole ecologice.*
- 3. Prevenirea traumatismelor.*
- 4. Promovarea și încurajarea practicilor comportamentale sănătoase.*
- 5. Asigurarea acțiunilor de răspuns în calamități .*
- 6. Asigurarea calității și accesibilității serviciilor medico-sanitare.*

Servicii sanitare publice esențiale:

- 1. Monitorizarea stării sănătății pentru identificarea problemelor sanitare răspândite.*
- 2. Diagnosticul și investigarea problemelor sanitare și a pericolelor pentru sănătatea comunității.*
- 3. Informarea, educarea populației referitor la problemele sanitare.*
- 4. Mobilizarea forțelor comunitare și organizarea acțiunilor de rezolvare a problemelor sanitare.*
- 5. Promovarea strategiilor și planurilor de suport a eforturilor sanitare ale individului și comunității.*
- 6. Elaborarea și întărirea legilor și regulamentelor în domeniul ocrotirii sănătății și securității.*
- 7. Asigurarea accesului oamenilor la serviciile medico-sanitare personal necesare și furnizarea asistenței medico-sanitare care nu este prestată de alte servicii.*
- 8. Evaluarea și expertiza stării sănătății a forței de muncă.*
- 9. Evaluarea eficacității, accesibilității și calității serviciilor medico-sanitare.*
- 10. Căutarea științifică a noilor concepte și soluții ale problemelor sanitare.*

Sursa: Essential Public Health Services Work Group. 1997. In: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46:150-152; vezi de asemenea <http://www.apha.org/science>

Pentru asigurarea numeroaselor funcții și responsabilități ale agențiilor sanitare naționale, statale, provinciale și locale este necesară o combinație a diferitor metode și abordări. În Tabelul 10.1 sunt prezentate activitățile autorităților sanitare publice din Statele Unite. Funcțiile reglatorii sunt bazate pe împuternicirea legală a agenției sanitare publice de a elabora și implementa standarde. Stabilirea scopurilor și obiectivelor sanitare, a strategiei politice, finanțării și standardelor naționale sau statale este deosebit de importantă în promovarea noilor programe de inițiativă. Promovarea sănătății include în afară de instruirea directă și adecvată și informarea publicului general, a furnizorilor de asistență medico-sanitară și a altor agenții referitor la problemele sanitare publice. Serviciile pot fi oferite direct sau pot fi finanțate și supravegheate de către agenție. Serviciul direct reprezintă prestarea directă a serviciilor publicului general, în special în regiunile unde este necesară o acoperire universală a populației de către programele standard (spre exemplu, imunizarea) sau a grupurilor de risc care nu pot accesa alte servicii (spre exemplu, asistența prenatală pentru femeile sărace).

TABELUL 10.1. Responsabilități și activități ale autorităților sanitare publice naționale, statale sau locale.

Responsabilități	Programe/activități
Monitorizarea stării sănătății	Monitorizarea statisticii vitale, a bolilor care necesită declarare, a bolilor specifice, a datelor utilizării spitalelor, centrelor santinelă, indicilor creșterii copiilor, frecvenței școlii și lucrului, datelor examinărilor speciale în masă; colectarea și procesarea datelor; evaluarea eficienței și calității serviciilor medico-sanitare
Dezvoltarea strategiilor și scopurilor sanitare	Luarea în considerație a intereselor sanitare în planificarea urbană, deciziile ecologice, politica socială, planificarea și conducerea instituțiilor medicale, planificarea acțiunilor în calamități; planificarea programelor agențiilor sanitare; planificarea complexă statală și regională; educația sanitară a publicului, apărarea intereselor sanitare; implicarea furnizorilor de asistență medico-sanitară care nu aparțin agențiilor; asigurarea cercetărilor științifice și a dezvoltării; participarea comunității; organizarea agențiilor sanitare; stabilirea direcțiilor strategice ale agențiilor sanitare; completarea cu personal, finanțarea; relațiile cu autoritățile sanitare federale și statale

Promovarea sănătății	Educația populației referitor la problemele sanitare; promovarea securității, infrastructurii și serviciilor comunitare sănătoase
Servicii medico-sanitare comunitare	Imunizarea, STD, TB, controlul bolilor infecțioase; controlul bolilor cronice și reabilitarea; sănătatea familiei, inclusiv asistența prenatală, copiii sănătoși, cu dizabilități, sănătatea școlară și planificarea familiei; sănătatea dentară; abuzul de substanțe; servicii și educația nutrițională
Reglarea serviciilor ecologice, alimentare, farmaceutice, profesionale și a altor servicii legate cu sănătatea	Reglarea și supravegherea; igiena alimentară; securitatea produselor și substanțele periculoase; sanitația surselor de apă; controlul deșeurilor lichide; controlul poluării apelor; sanitația și securitatea piscinelor; securitatea și sănătatea profesională; controlul radiației; managementul calității aerului; controlul zgomotului; controlul vectorilor; managementul deșeurilor solide; sanitația în instituții; sanitația locurilor de odihnă; protecția și asigurarea condițiilor sănătoase de viață la domiciliu; protecția mediului ambiant
Finanțarea	Promovarea activităților și serviciilor sanitare din contul impozitelor și finanțării interstatale; oferirea granturilor de stimulare sau finanțare a guvernelor locale, a furnizorilor de asistență medico-sanitară și cercetătorilor științifici
Servicii psihiatrice	Prevenția primară a afecțiunilor psihice; consultații la nivel comunitar; servicii de diagnostic și tratament: ambulatorii, urgente, de spitalizare de scurtă durată, servicii de asistență de zi și de noapte, servicii de recuperare, servicii de diagnostic și evaluare a pacienților cu retard mental
Servicii medico-sanitare personale	Asistența medicală pentru cei ce nu sunt asigurați medical (vârstnici, săraci, alte grupuri); operarea cu instituțiile sanitare; servicii de urgențe medicale; programe medico-sanitare pentru angajați; asistența medico-sanitară acordată deținuților și persoanelor instituționalizate
Cooperare intersectorială	Cooperarea numeroaselor agenții în domeniul educației, serviciilor sociale, planificării urbane, serviciilor comunale; servicii de asigurare a ordinii publice, ale apărării civile, militare, de asistare a deținuților; cooperarea NGO, inclusiv a organizațiilor de voluntariat, comunitare, a organizațiilor etnice și religioase.

Cooperarea intersectorială reprezintă acțiuni coordonate ale agențiilor guvernamentale, NGO și furnizorilor de servicii cu scop de realizare a obiectivelor comune care vor contribui la îmbunătățirea sănătății publice. În acest domeniu este deosebit de importantă apărarea intereselor sanitare publice, în care autoritățile sanitare publice tind să implice alte agenții. Apărarea intereselor sanitare publice ține de dezvoltarea sistemelor de aprovizionare cu

apă potabilă și de drenare a apelor de canalizare sau asigurarea securității rutiere pentru reducerea deceselor prin accidente. NGO, organizațiile de voluntariat și grupurile de apărare a intereselor au jucat în trecut și vor juca în viitor roluri vitale în dezvoltarea programelor sanitare.

Funcțiile reglatorii ale agențiilor de sănătate publică

Funcțiile reglatorii ale agențiilor de sănătate publică sunt bazate pe împuternicirea legală de a proteja publicul de factorii dăunători și periculoși pentru sănătate, precum și de a asigura calitatea înaltă corespunzătoare standardelor în vigoare a asistenței medico-sanitare a populației. Indiferent de gradul de descentralizare a sistemului sanitar din diferite țări, există standarde centrale cheie ale sănătății publice care trebuie menținute de puterea federală în așa domenii ca nutriția, sanitația, controlul produselor alimentare și al medicamentelor și multe alte domenii controlul direct al cărora nu intră în competența cetățeanului individual sau a furnizorului de asistență medico-sanitară. Funcțiile reglatorii sunt asigurate prin multiple activități sanitare publice.

Aspectele reglatorii ale sănătății publice în Statele Unite includ:

1. Eliberarea certificatelor de deces și de naștere: intră în competența autorităților locale, statale și naționale cum ar fi Centrul Național de Statistică Medicală (NCHS) al Statelor Unite.
2. Licențierea business-ului: intră în competența autorităților sanitare locale.
3. Respectarea cerințelor codului de construcții: autoritățile sanitare locale supraveghează respectarea condurilor federale și statale.
4. Asigurarea sanitației și a sănătății ecologice: prin intermediul agențiilor municipale, statale și naționale cum ar fi Agenția de Protecție a Mediului Ambiant (EPA).

5. Activități de reglare exercitate de către profesioniști medico-sanitari: prin intermediul comisiilor statale.
6. Licențierea și certificarea instituțiilor medicale: autoritățile sanitare locale, statale și federale.
7. Controlul bolilor infecțioase: autoritățile sanitare locale, statale și federale prin intermediul Centrelor de Epidemiologie și Medicină Preventivă (CDC).
8. Securitatea alimentară: standarde și inspecții locale, statale și federale elaborate și puse în practică de către Departamentul de Control al Calității Produselor Alimentare și Medicamentoase (FDA).
9. Standardele farmaceutice: respectarea standardelor FDA de securitate, eficacitate, marcare și producere a medicamentelor.
10. Securitatea și sănătatea profesională: standarde și inspecții locale, statale și federale elaborate și realizate de către Departamentul de Securitate și Igienă a Muncii (OSHA) și Institutul Național de Securitate și Igienă a Muncii (NIOSH).

Metode de furnizare sau asigurare a serviciilor – directe sau indirecte?

În diferite țări agențiile guvernamentale fie furnizează singure servicii medico-sanitare populației, fie asigură acordarea acestora. Programul de asigurare medicală din Canada este administrat de autoritățile provinciale, cele federale participă doar la acoperirea cheltuielilor sanitare. În țările scandinave unde districtele au caracteristici comune cu provinciile din Canada, de administrarea și managementul serviciilor medico-sanitare se ocupă preponderent autoritățile districtuale. În țările cu economii centralizat controlate, cum ar fi cele post-sovietice, serviciile sanitare sunt administrate de puterea centrală. În prezent în lume s-a răspândit tendința de descentralizare a managementului sistemelor sanitare.

Multe dintre funcțiile sănătății publice pot fi exercitate doar de stat, deoarece ele necesită decizii legislative, împuterniciri fiscale sau reglatorii sau

vizează toată populația. O coordonare centralizată necesită astfel de domenii sanitare publice cum ar fi epidemiologia și medicina preventivă, monitorizarea sănătății populației și alte funcții discutate în compartimentele anterioare.

În procesul de realizare a obiectivelor sanitare specifice, formulate de publicul național, internațional sau profesional, autoritățile sanitare locale, statale sau naționale pot furniza servicii medico-sanitare în mod direct, ca exemplu servind asistența specializată de laborator. În Statele Unite agențiile sanitare publice furnizează servicii medico-sanitare care în altă parte nu sunt accesibile pentru grupurile de risc ale populației. Multe dintre aceste agenții fiind special finanțate de stat s-au dezvoltat și specializat în așa domenii cum ar fi imunizarea, combaterea intoxicațiilor cu plumb, asistența prenatală și testarea la infecția HIV. Există servicii generale care nu sunt adecvat acordate de sistemul de asigurare medicală sau sectorul privat.

Imunizarea poate fi efectuată atât de organizații statale (Israel), cât și de furnizori privați sau controlați de asistență medico-sanitară (Marea Britanie și Statele Unite). Chiar și în țările cu un sistem bine dezvoltat de asistență medico-sanitară primară, apare necesitatea în servicii suplimentare care constau în activități speciale cum ar fi screening-ul pentru depistarea hipertensiunii arteriale sau a malformațiilor congenitale. Educația sanitară, care este o funcție comună a serviciilor medico-sanitare statale și private, include activități orientate spre majorarea conștiinței și cunoștințelor personalului medical, publicului general sau a grupurilor țintă specifice, care ca un fir roșu trec practic prin toate activitățile sanitare publice.

Stimularea financiară sub formă de granturi poate fi acordată pentru implementarea programelor de promovare a unui serviciu sanitar public specific, de cercetare științifică sau educaționale. Stimularea financiară este pe larg utilizată pentru soluționarea unor probleme sanitare specifice, cum ar fi cazul stimulării financiare a medicilor pentru atingerea indicilor de performanță sau a obiectivelor specifice (acoperirea totală cu imunizare, frotiul Pap sau mamografie în grupurile-țintă specifice, practică utilizată în Marea Britanie).

Propunerile parvenite sunt apoi revizuite din punct de vedere al calității și relevanței pentru realizarea obiectivelor stabilite, precum și al impactului lor posibil. Stimularea financiară sau finanțarea pe categorii este frecvent o metodă utilă pentru introducerea unor noi activități, pentru fortificarea punctelor slabe ale sănătății publice sau pentru atragerea atenției publicului asupra problemelor sanitare.

ROLURILE NONGUVERNAMENTALE ÎN SĂNĂTATE

Atât agențiile guvernamentale, cât și sectorul privat inclusiv organizațiile non-profit sau cu profit, dețin roluri importante în sănătatea publică și asistența medico-sanitară. Sectorul privat include, în afara furnizorilor de asistență medico-sanitară, și organizații profesionale, universități, organizații de consumatori, de voluntariat și grupuri de apărare a intereselor. Datorită contribuțiilor majore la prestarea serviciilor, asigurarea standardelor profesionale și educarea personalului medical, aceste organizații sunt de o importanță vitală pentru funcționarea oricărui sistem sanitar, indiferent de faptul de cine el este finanțat sau administrat.

Organizațiile nonguvernamentale (NGO) organizate în bază de voluntariat pot aborda domenii sanitare foarte specifice, precăutarea cărora pentru sistemele sanitare prezintă anumite dificultăți. Ca exemplu de contribuție majoră a organizației nonguvernamentale la sănătatea publică poate servi Marșul Golanilor din Statele Unite care a adus un aport semnificativ la elaborarea vaccinului antipoliomielitic al lui Salk, la îmbunătățirea considerabilă a asistenței persoanelor afectate de poliomielită și ulterior la prevenirea malformațiilor congenitale. Există numeroase organizații care se ocupă cu strângerea fondurilor pentru promovarea cercetărilor științifice și

serviciilor în entități nozologice specifice, cum ar fi diabetul și scleroza diseminată (în plăci – boală degenerativă a sistemului nervos central, *n. trad.*).

Anexa 10.2. Marșul Golanilor.

Inițiat în anul 1938 cu participarea Președintelui Franklin Delano Roosevelt, singur victimă a poliomielitei, Marșul Golanilor a jucat un rol primordial în organizarea asistenței medico-sanitare a copiilor afectați de poliomielită și în procesul de căutare a vaccinului antipoliomielitic. Mii de voluntari ajutau la strângerea fondurilor și organizarea pe scară largă a triajului clinic a vaccinului lui Salk. După eradicarea poliomielitei în Statele Unite Marșul Golanilor și-a reorientat eforturile asupra domeniului problemelor sanitare ale copiilor: malformații congenitale, deficitul de masă corporală la naștere, mortalitatea infantilă și lipsa asistenței prenatale.

Organizația a stabilit următoarele scopuri preconizate pentru realizare către anul 2000:

- 1. Reducerea cu 10% a incidenței malformațiilor congenitale, nivelul actual fiind de 150.000 de malformații congenitale pe an, ele reprezentând o cauză majoră a mortalității infantile.*
- 2. Reducerea mortalității infantile până la 7 la 1000; în Statele Unite decedează anual 33.000 de sugari și SUA este pe locul 24 în lume după IMR.*
- 3. Reducerea deficitului de masă corporală la naștere până la 5% și mai puțin; deficitul de masă corporală la naștere pune în pericol viețile și prosperitatea a 290.000 de sugari anual.*
- 4. Majorarea numărului de femei asistate prenatal în primul trimestru până la 90%, rata curentă fiind de 70%.*
- 5. Promovarea cercetărilor genetice inclusiv a terapiei, testării și consultării genetice.*
- 6. Finanțarea Institutului Salk de Studii Biologice care se ocupă de cercetări științifice în domeniul afecțiunilor legate de structura genetică (boli imune, retard mental, leucemii, îmbunătățirea testării genetice a sângelui nou-născutului și îmbunătățirea asistenței perinatale pentru reducerea paraliziei cerebrale infantile și a detresei respiratorii a nou-născutului).*
- 7. Promovarea suplimentării cu acid folic a femeilor de vârstă fertilă pentru reducerea riscurilor de defecte a tubului neural.*

Sursa: March of Dimes Birth Defects Foundation. 1999. Website <http://www.modimes.org/>

Organizațiile de voluntariat frecvent pot iniția servicii care nu pot fi prestate de sectorul public. Există numeroase exemple de astfel de contribuții; mai jos este descrisă una din ele: în Ierusalim un fiu împreună cu tatăl său au înființat în anul 1976 o organizație de voluntariat în memoria mamei și soției

(Yad Sarah) care se ocupau de furnizarea gratuită a serviciilor și echipamentului medical (cărucioare, alimentare la domiciliu, centre de zi și servicii de urgență), misiunea principală fiind ajutorarea vârstnicilor și persoanelor cu handicap pentru asigurarea existenței lor la propriul domiciliu. Ulterior filiale au fost deschise în 70 de orașe ale Israelului. Alte organizații au înființat proiecte similare în 25 de orașe ale țărilor post-sovietice. Un asemenea proiect este în desfășurare și în New York.

PRACTICA MEDICALĂ ȘI SĂNĂTATEA PUBLICĂ

Atât sănătatea publică, cât și serviciile clinice sunt domenii interdependente de o importanță vitală pentru îmbunătățirea sănătății individului și a populației. Accesul liber la serviciile de asistență medico-sanitară de calitate este un drept al populației și o responsabilitate a sănătății publice. Pentru asigurarea acestui drept sunt necesari furnizori înalt calificați de asistență medicală și preventivă. Mulțumirea financiară privată oferită de către pacient medicului care activează în sistemul sanitar public este un fenomen răspândit, de rând cu practica de lucru privat după terminarea zilei oficiale de muncă. Aceste practici sunt imposibil de stopat, dar pot fi reglate.

În Marea Britanie este permisă și chiar încurajată practica privată a specialiștilor angajați în spitale, pacienții privați având un acces mai rapid la asistența spitalicească. Această practică inechitabilă s-a înrădăcinat în structura Serviciului Național de Sănătate. În Israel clinicele și serviciile medicale private sunt organizate chiar în incintele spitalelor, în activitatea acestora fiind implicați medicii de performanță.

Practica medicală de achitare a plății pentru serviciu este încă răspândită în Statele Unite și Canada, aceste țări având metode diferite de finanțare ale sistemelor sanitare. Programul național de asigurare medicală din Canada este

bazat pe practica medicală privată de plată pentru serviciu, dar totodată acest program interzice medicilor de a exagera costurile, fapt care poate afecta echitatea accesului populației la serviciile medico-sanitare.

În Statele Unite asistența medico-sanitară privată este asigurată prin mai multe modalități: fiind finanțată de patroni pentru angajați, prin Medicare pentru persoanele de peste 65 de ani și prin Medicaid pentru săraci. Aproape 40 de milioane de persoane din Statele Unite nu sunt asigurate medical și alte 15 milioane au un acces dificil la asistența medico-sanitară, o parte mare a populației, confruntându-se în timpul schimbării locului de lucru cu dificultăți legate de pierderea asigurării medicale. Dezvoltarea practicii de asistență medico-sanitară controlată în Statele Unite are loc odată cu declinul practicii private. Programele de asistență non-profit sau pentru profit, precum și proiectele de asistență medico-sanitară controlată contribuie la scăderea prețurilor și acoperirea mai complexă a populației cu ajutor medical, devansând ca eficiență proiectele tradiționale de asigurare medicală.

În prezent în multe țări este în desfășurare reforma asistenței medico-sanitare. Această reformă necesită inițiative de promovare a programelor de asistență medico-sanitară ambulatorie și comunitară pentru persoanele dezavantajate și vulnerabile cu participarea spitalelor și instituțiilor de asistență de lungă durată. Asistența controlată este importantă în Statele Unite, acest model fiind relevant și pentru alte țări, deoarece asigură utilizarea optimală a instituțiilor sanitare, atrăgând atenția asupra asistenței primare și preventive (vezi Capitolul 11-13).

STIMULAREA ȘI REGLAREA

Stimularea și stăpânirea sunt instrumente importante ale politicii și managementului sanitar. Statul este responsabil de asigurarea calitativă și

cantitativă cu instituții și personal medical pentru a satisface necesitățile populației și pentru asigurarea eficienței și finanțării optime a sistemului sanitar. Această responsabilitate include utilizarea autorităților sanitare publice pentru organizarea funcționării calitative și echilibrate a sistemului de asistență medico-sanitară, echitabilă și accesibilă pentru toți membrii societății. Indiferent de faptul cui aparțin și cine administrează serviciile medico-sanitare (stat, agenții non-profit sau sector privat), autoritățile publice sunt responsabile de satisfacerea necesităților sanitare ale populației.

Echilibrul optimal între diferite elemente ale sistemului sanitar care deservește aceeași populație este un subiect important de dezbatere al planificării sanitare publice. Instituțiile sanitare din comunitate (spitalele, instituțiile de asistență medico-sanitară de lungă durată) sunt licențiate și reglate de către autoritățile sanitare publice. Împuternicirile reglatorii ale autorităților sanitare sunt importante, dar nu suficiente fără un sistem de stimulare și stăpânire (abordare „morcovul și bățul”). Această abordare furnizează un mecanism de încurajare a dezvoltării instituțiilor medicale în conformitate cu necesitățile sanitare naționale, statale și locale. În țările dezvoltate aceasta poate presupune reducerea paturilor spitalicești în exces și realocarea resurselor în folosul serviciilor sanitare comunitare, proces care se află în desfășurare în Marea Britanie, țările scandinave și în multe țări europene, precum și în Canada, Statele Unite și Rusia.

Numărul de paturi spitalicești și personal medical la o mie de populație reprezintă determinante cruciale pentru economia sanitară. Astfel împuternicirile reglatorii ale autorităților sanitare naționale și statale trebuie utilizate pentru asigurarea ratelor optime ale acestor indici. Excesul de doctori este o problemă majoră pentru multe țări în curs de dezvoltare cum ar fi cele ale Americii Latine. Pentru reducerea numărului de absolvenți ai instituțiilor medicale cu scop de reducere a excesului de doctori și de îndreptare a acestora la lucru în regiunile insuficient asigurate cu medici trebuie utilizate forțele reglatorii și financiare, precum și controlul financiar.

Autoritățile statale pot promova implementarea programelor sanitare specifice, aplicând practicile de stimulare și stăpânire. Metoda de acordare a granturilor pe categorii constă în oferirea granturilor pentru scopuri specifice, strict definite sau pentru programe care urmăresc scopuri sanitare specifice. Proiectul canadian de asigurare medicală este bazat pe proiecte provinciale care satisfac recomandările federale de a înainta programe pentru finanțare parțială.

Anexa 10.3. Legea Hill-Burton.

Legea Hill-Burton presupunea o colaborare între autoritățile federale, statale și locale realizată prin transferarea a 16 miliarde de dolari SUA pe conturile a 3800 de comunități implicate în 11.500 de proiecte de renovare a spitalelor, de extindere a asistenței medico-sanitare, a serviciilor de reabilitare și de creare a centrelor de sănătate publică. Această Lege a asigurat finanțarea spitalelor locale și a dus la majorarea standardelor naționale ale asistenței medico-sanitare în anii 1950 și 1960. Ea a dus la majorarea numărului spitalelor în regiunile cu insuficiență a acestora și la renovarea instituțiilor medicale învechite. Această Lege a facilitat lichidarea discriminării rasiale din sudul Statelor Unite și a oferit posibilitatea tratamentului persoanelor neasigurate în spitalele naționale.

Acest program a stabilit limita de 4-4,5 paturi pentru bolnavii acuți la 1000 de populație (mai multe paturi în regiunile rurale) și a favorizat atingerea acestui indice fără majorarea numărului total de paturi. Legea Hill-Burton era favorabilă pentru populația din clasa socială medie, deoarece ea cerea participarea financiară a comunității. Totodată ea canaliza alocarea mijloacelor financiare federale și în comunitățile sărace pentru majorarea standardelor spitalicești și asigurarea accesului echitabil la asistența medico-sanitară de calitate. Prin această lege spitalele asistate prin mijloace federale erau obligate să furnizeze un volum rezonabil de asistență medico-sanitară gratuită sau la un preț redus pentru populația săracă (vezi Capitolul 11), precum și să acorde asistență medicală urgentă persoanelor neasigurate. Stabilind limita superioară a numărului de paturi spitalicești s-a limitat posibilitatea extinderii spitalelor și s-a contribuit la scurtarea duratei de spitalizare.

Programul a avut și experiențe nereușite, inclusiv promovarea spitalului ca centru principal de asistență medico-sanitară și omiterea asistenței comunitare din programul de ajutorare financiară federală. Legea a dus la majorarea fluxului financiar spre asistența spitalicească. Cheltuielile pentru asistența spitalicească în raport cu cheltuielile sanitare totale s-au majorat de la 34,5% în 1969 la 41,5% în 1980, ulterior diminuând până la 35,4% în anul 1995. În anii 1980 Legea Hill-Burton a fost extinsă pentru promovarea instituțiilor de asistență clinică și primară.

Asigurarea medicală națională a fost inclusă în componența propunerilor lui Roosevelt referitor la securitatea socială, dar a fost exclusă din interese politice din Legea referitor la Securitatea Socială din 1935. După al II-lea Război Mondial, Legea Wagner-Murray-Dingell referitor la asigurarea medicală națională, propusă în anul 1946, nu a ajuns nici până în Congres, fiind rebutată încă în comitet sub presiunea Asociației Americane Medicale și a companiilor de asigurare medicală. O parte a acestei Legi și-a făcut apariția prin Legea Hill-Burton care presupunea acordarea asistenței federale agențiilor locale pentru renovarea și modernizarea spitalelor. Legea Hill-Burton reprezintă un model relevant de abordare a problemei rezolvată într-un stat federal, utilizând mecanismul de stimulare prin granturi pentru promovarea priorităților sanitare stabilite. Astfel de modele pot fi utilizate în țările în curs de dezvoltare pentru fortificarea programelor sanitare importante cum ar fi imunizarea și asistența maternă. El mai poate fi folosit pentru modificarea echilibrului în asigurarea cu servicii și resurse. Sistemul de stimulare și stăpânire poate fi utilizat pentru reforme capitale cum ar fi, spre exemplu, reducerea numărului total de paturi și integrarea maternităților, asistenței psihiatrice, geriatrie și ftiziatrie în cadrul spitalelor generale. Grantul condiționat „de reducere și modernizare” este oferit pentru renovare și tranziție la un program aprobat de servicii spitalicești moderne. Granturile federale prin oferirea mijloacelor financiare încurajează autoritățile sanitare locale care supraveghează realizarea recomandărilor federale în domeniul sanitar.

În țările cu sisteme sanitare înalt centralizate, cum ar fi Marea Britanie și țările post-sovietice descentralizarea a fost asigurată prin mecanisme financiare. Programul național canadian de asigurare medicală a fost implementat prin introducerea de către guvernul federal a stimulărilor financiare pentru provincii, care erau impuse să atingă standardele federale în ceea ce privește acoperirea universală, complexitatea asistenței medico-sanitare, precum și administrarea publică. Cu timpul participarea guvernului federal la finanțarea sistemului

sanitar s-a redus la oferirea granturilor fixe sau în bloc, fapt care s-a soldat cu pierderea unor împuterniciri provinciale a autorităților federale, dar și cu reducerea cheltuielilor federale sanitare. Odată ce participarea guvernului federal la finanțarea sistemului sanitar provincial s-a redus, autoritățile provinciale s-au confruntat cu necesitatea micșorării numărului de paturi spitalicești și promovării serviciilor comunitare de asistență medico-sanitară.

Imposibilitatea intervenirii autorităților sanitare publice în managementul instituțiilor private de asistență medico-sanitară de lungă durată a dus în multe regiuni ale Statelor Unite la apariția unor instituții în care era acordată o asistență medico-sanitară de calitate joasă. Introducerea programelor Medicare pentru vârstnici și Medicaid pentru săraci a împuternicit agențiile federale și statale să elaboreze și să urmărească respectarea unui set minim de standarde de către instituțiile medico-sanitare care deserveau acești pacienți. Autoritățile sanitare federale cereau ca orice instituție medico-sanitară inclusă în aceste programe să fie acreditată de o agenție nonguvernamentală acceptată de organele federale. Această practică a devenit standard pentru Statele Unite. În Canada programele naționale de asigurare medicală de asemenea presupun sancțiuni economice pentru spitalele neacreditate.

O altă măsură de control al activității instituțiilor de asistență medico-sanitară este și obținerea obligatorie a certificatului corespunzător de la organele statale, referitor la oportunitatea și acceptabilitatea planurilor de reconstrucție și renovare (Certificatul de necesitate [CON]). CON utilizat în Statele Unite, specifică necesitățile și sursele de finanțare în conformitate cu legislația în vigoare. Această metodă poate fi utilizată ca măsură aparte, dar și în asociere cu practica de oferire a granturilor de stimulare. Metoda CON implementată de autoritățile sanitare statale s-a dovedit a fi doar parțial eficientă în limitarea expansiunii asistenței medico-sanitare spitalicești. În anii 1980-1990 modificările semnificative ale modalităților de achitare a serviciilor medico-sanitare au dus la închiderea și micșorarea spitalelor din Statele Unite.

Promovarea cercetărilor științifice și a activității didactice

Cercetările științifice și învățământul medical de calitate reprezintă baza dezvoltării asistenței medico-sanitare. Realizările științelor medicale vor contribui în viitor la elaborarea unor noi vaccinuri și a unor noi metode de tratament a bolilor genetice și cronice. Odată cu îmbunătățirea învățământului medical vor crește standardele și calitatea asistenței medico-sanitare. Cercetările științifice în domeniul sănătății publice depind de realizările științelor fundamentale și clinice, dar și de ajunsurile epidemiologiei și ale medicinei experimentale.

În Statele Unite Institutul Național de Sănătate (NIH), fondat în anii 1930 ca Institut Național al Cancerului, a făcut multe pentru îmbunătățirea cercetărilor științifice și a învățământului superior medical. Sistemul de granturi al NIH a contribuit semnificativ la dezvoltarea și promovarea standardelor de învățământ medical și cercetări științifice în Statele Unite. Stimularea financiară de către NIH a cercetărilor științifice a favorizat venirea Statelor Unite în fruntea științelor biomedicale în timpul celui de-al II-lea Război Mondial. În prezent există 24 de Institute Naționale de Sănătate (Tabelul 10.2).

TABELUL 10.2. Institutele Naționale de Sănătate din Statele Unite, centre și subdiviziuni, adresele Internet, ianuarie, 2000.

Institute (pagina generală http://www.nih.gov)
Institutul Național al Cancerului (NCI) www.nci.nih.gov
Institutul Național al Ochiului (NEI) www.nei.nih.gov
Institutul Național al Cordului, Plămânului și Sângelui (NHLBI) www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/nhlbi/htm
Institutul Național de Cercetări Științifice în domeniul Genomului Uman (NHGRI) www.nhgri.nih.gov
Institutul Național al Îmbătrânirii (NIA) www.nih.gov/nia
Institutul Național al Abuzului de Alcool și Alcoolism (NIAAA) www.niaaa.nih.gov
Institutul Național de Alergie și Boli Infecțioase (NIAID) www.niaid.nih.gov
Institutul Național de Artrite, Boli Musculo-scheletale și Dermatologice (NIAMS) www.nih.gov/niams
Institutul Național al Sănătății Copilului și Dezvoltării Umane (NICHD) www.nih.gov/nichd
Institutul Național de Surditate și alte Tulburări de Comunicare (NIDCD) www.nih.gov/nidcd
Institutul Național de Cercetări Științifice în domeniul Stomatologiei (NIDCR) www.nidr.nih.gov
Institutul Național al Diabetului, Bolilor Digestive și Renale (NIDDK) www.niddk.nih.gov
Institutul Național al Abuzului de Droguri (NIDA) www.nida.nih.gov

Institutul Național de Servicii Ecologice (NIEHS) www.niehs.nih.gov
Institutul Național de Științe Medicale Generale (NIGMS) www.nih.gov/nigms
Institutul Național de Sănătate Mentală (NIMH) www.nimh.nih.gov
Institutul Național de Tulburări Neurologice și Ictus (NINDS) www.ninds.nih.gov
Institutul Național de Cercetări Științifice în domeniul Îngrijirii Bolnavului (NINR) www.nih.gov/ninr

Centre și subdiviziuni

Centrul Clinic Warren Grant Magnuson (CC) www.cc.nih.gov
Centrul de Tehnologii Informaționale (CIT)
Biblioteca Națională de Medicină (NLM) și MEDLARS^a www.nlm.nih.gov
Centrul Național de Resurse Științifice (NCRR) www.ncrr.nih.gov
Centrul Național de Medicină Alternativă și Complementară (NCCAM) www.nccam.nih.gov/
Centrul Internațional Fogarty (FIC) www.nih.gov/fic
Secția de Cercetări Științifice și Tehnologii Informaționale (DCTR) www.dctr.nih.gov
Centrul de Reviste Științifice (CSR) www.drg.nih.gov/

Sursa: National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20892. Website Jan, 2000
<http://www.nih.gov/>

^aMEDLARS = Medical Literature Analysis and Retrieval System.

Competiția colegială, publicarea liberă a datelor științifice, organizarea întrunirilor și forurilor științifice favorizează dezvoltarea și aplicarea realizărilor științifice medicale. Sectorul privat de producere a medicamentelor și a echipamentului medical contribuie esențial la dezvoltarea științelor medicale și sanitare publice. Printre centrele de excelență în domeniu din alte țări se numără Institutul lui Pasteur din Franța și Laboratoarele Cambridge din Marea Britanie. În aceste centre științifice finanțate de stat activează un număr mare de savanți renumiți.

Finanțarea de către stat a centrelor de învățământ medical contribuie la menținerea standardelor academice înalte în aceste instituții de studii medicale superioare. Pentru pregătirea generațiilor ulterioare de administratori și manageri sanitari pot fi utilizate mecanisme de oferire a granturilor federale sau externe. Cercetările științifice pot fi efectuate atât în universități sau institute de cercetări științifice, cât și în sectorul guvernamental sau privat, răspunzând cerințelor contemporane. Sistemul de oferire a granturilor competitive poate fi util pentru perfecționarea învățământului medical și îmbunătățirea standardelor academice.

Acreditarea și reglarea calității

Deși autoritățile sanitare publice au împuterniciri suficiente pentru controlul activității instituțiilor medicale, un rol important și irevocabil în menținerea și îmbunătățirea standardelor de asistență medico-sanitară îi revine practicii de acreditare a instituțiilor medicale de către o agenție nonguvernamentală (vezi Capitolul 15) în baza unor recomandări și criterii profesionale stabilite. Acreditarea instituțiilor medicale reprezintă un supliment important al politicii de reglare a autorităților sanitare publice guvernamentale.

În Statele Unite și Canada acreditării și expertizei colegiale sunt supuse toate instituțiile de asistență medico-sanitară staționară. Această acreditare este efectuată de către Comisia de Acreditare a Spitalelor (JCHA) fondată în anii 1913 de către Asociația Americană a Chirurgicalor, Asociația Americană a Spitalelor și alte organizații profesionale de voluntariat, care se ocupau voluntar de expertiza colegială a spitalelor din America de Nord. În anul 1918 această comisie a stabilit standardele minime și a început să elaboreze recomandări în baza unor criterii organizatorice și profesionale cu scop de protejare a securității și dreptului pacientului, menținerii și îmbunătățirii standardelor de asistență medico-sanitară și organizării eficiente a serviciilor. Expertiza colegială la început se efectua în baze voluntare la cererea instituției. Acreditarea includea evaluarea externă a instituției, organizației, a personalului și multor altor funcții cum ar fi calificarea personalului, perfecționarea continuă a acestuia, starea documentației medicale, expertiza calității ș.a. (Capitolul 15).

Evaluarea spitalelor de către JCHA era inițial efectuată la cererea instituției, ulterior devenind o practică obligatorie absolut necesară pentru supraviețuirea economică a spitalelor din SUA și Canada. Din anul 1965 programele Medicare și Medicaid au acceptat acreditarea ca o verificare a corespunderii standardelor federale, refuzând să achite costurile serviciilor medico-sanitare acordate de instituții neacreditate. Comisia de Acreditare a Organizațiilor de Asistență Medico-sanitară (JCAHO), formată în baza JCHA, a elaborat în anul 1969 standardele pentru acreditarea instituțiilor de asistență a

bolnavilor cu retard mental, a instituțiilor psihiatrice (1970), a instituțiilor de asistență de lungă durată (1971), a instituțiilor ambulatorii (1975), a instituțiilor de asistență paliativă (1983) și la domiciliu (1990), precum și standarde pentru acreditarea programelor de asistență medico-sanitară controlată (1989) și asistență ambulatorie (1990). Datorită acestor recomandări și standarde s-a îmbunătățit simțitor calitatea asistenței medico-sanitare acordate în special în spitalele rurale, asistenței de laborator și de la domiciliu. JCAHO a susținut și promovat crearea organizațiilor de acreditare în alte țări cum ar fi Marea Britanie și Australia.

Departamentul Statal de Sănătate din New York are un sistem propriu obligator de control al activității spitalelor și instituțiilor de asistență de lungă durată. Deși acest sistem are unele neajunsuri el este privit de către oficialitățile sanitare din alte state ca unul oportun în menținerea și respectarea standardelor înalte de asistență și prevenirea încălcării drepturilor pacientului și medicului. În Israel recent a fost implementat un sistem național de inspectare și supraveghere a instituțiilor de asistență de lungă durată fapt care s-a soldat în anii 1990 cu îmbunătățirea considerabilă a calității asistenței în aceste instituții. Deși oponenții acestei metode de reglare o privesc ca o intervenire excesivă a statului în administrarea locală, totuși majoritatea din ei recunosc necesitatea reglării statale în acest domeniu. Practica de acreditare poate fi utilă pentru majorarea standardelor de asistență în alte sisteme sanitare.

SERVICIILE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ SUBORDONATE GUVERNULUI NAȚIONAL

Guvernele naționale își pot utiliza forțele financiare pentru promovarea directă a programelor sanitare la nivel statal, provincial sau local sau indirectă prin intermediul agențiilor nonguvernamentale. Aceste agenții includ

universități, spitale clinice și organizații nonguvernamentale private (NGO). Ele pot prin mecanisme financiare directe sau indirecte să promoveze standardele naționale în așa domenii cum ar fi învățământul medical și cercetările științifice. Aceste agenții pot asigura accesul echitabil la fonduri prin intermediul participării la finanțarea serviciilor din regiunile mai sărace ale țării. Agențiile guvernamentale naționale sunt responsabile de stabilirea relațiilor internaționale cu astfel de organizații cum ar fi Organizația Națiunilor Unite, Organizația Mondială a Sănătății, Organizația ONU pe Problemele Produselor Alimentare și Agriculturii, Organizația Internațională a Muncii (Capitolul 16), precum și cu ministerele sănătății din alte țări sau agențiile naționale din aceeași țară.

Până la și după al II-lea Război Mondial în majoritatea țărilor industrializate occidentale existau deja unele forme de programe naționale de sănătate. În America de Nord asistența medico-sanitară era asigurată prin intermediul asigurării private, programele sanitare fiind elaborate în baza negocierii dintre sindicate și patroni. În Statele Unite tentativele de introducere în anul 1946 a sistemului de asigurare medicală națională au fost însoțite de inițierea, prin intermediul Institutelor Naționale de Sănătate (NIH), a multiplelor programe de finanțare a serviciilor sanitare publice statale și regionale, precum și a cercetărilor științifice și învățământului medical. Aceasta a favorizat crearea în țară a unei atmosfere competitive în realizarea acestor programe, totodată tentativa de introducere a sistemului național de asigurare medicală suferind eșec (Capitolul 13).

Indiferent de forma de guvernare, responsabilitatea națională pentru sănătate duce la specializarea serviciilor sanitare publice, precum și la înființarea agențiilor de supraveghere și reglare a instituțiilor medico-sanitare. Serviciile sanitare publice specializate includ astfel de servicii importante cum ar fi laboratoarele sanitare publice de referință, serviciile epidemiologice și de control al bolilor infecțioase (publicații epidemiologice naționale, supravegherea epidemiologică a aeroporturilor, porturilor maritime etc.),

statistica sanitară națională, supravegherea medicamentelor și a materialelor biologice, instituțiile de cercetări științifice și învățământ și cooperarea autorităților sanitare federale, statale și locale. Birourile și agențiile guvernamentale elaborează recomandări, efectuează monitorizarea și/sau supravegherea asistenței medico-sanitare de nivel guvernamental subiacent și a sectorului nonguvernamental și privat.

*Anexa 10.4. Funcțiile Ministerului sau Departamentului
Federal sau Național de Sănătate.*

Planificarea sistemului național de sănătate

Finanțarea sistemului național de sănătate

Asigurarea medicală națională

Asigurarea echității regionale

Scopuri, obiective, ținte

Standarde și calitatea asistenței medico-sanitare

Promovarea cercetărilor științifice și a asistenței medico-sanitare de calitate

Standarde profesionale/licențierea

Legislația de protecție a mediului ambiant, standarde, monitorizarea

*Legislația referitor la produsele alimentare și medicamente, standarde,
licențierea*

Epidemiologia bolilor acute și cronice

Monitorizarea stării sănătății

Dezvoltarea industriei medicale/farmaceutice

Promovarea sănătății

Politica alimentară

Laboratoarele naționale de referință

Asistența socială

Securitatea socială

Guvernul federal intervine în sănătatea publică în acele domenii unde pentru rezolvarea problemelor sanitare este nevoie de o jurisdicție de nivel național. Ca exemplu poate servi înființarea în 1798 a Serviciului Spitalicesc Marin menit să asigure cu asistență medico-sanitară marinarii Flotei Statelor Unite și cei străini. Legea federală referitor la Produsele Alimentare și Medicamente din 1906 protejează și în prezent consumatorii de alimente alterate și medicamente ineficiente sau periculoase. Legea referitor la Securitatea Socială primită în 1935 a stabilit bazele legislative ale acordării

Departamentul de Sănătate, Educație și Prosperitate a fost înființat în 1953 ca o ramură executivă a administrației Eisenhower. În componența acestuia au fost incluse un șir întreg de agenții și programe federale. Acest fapt și reorganizarea ulterioară a dus la înființarea în Statele Unite a Departamentului de Servicii Umane și Sănătate (HHS) și a subdiviziunilor acestuia. Structura organizatorică a HHS este prezentată în Tabelul 10.3. Rolul federal de reglare și finanțare a proiectelor sanitare este pus în serviciul intereselor naționale și promovează un răspuns optimal din partea autorităților sanitare publice statale și locale la problemele sanitare din comunitate. Sistemul de acordare a granturilor pe categorii este un instrument prețios care facilitează dezvoltarea unor domenii specifice cum ar fi sănătatea mamei și copilului, care dealtfel este o responsabilitate majoră a autorităților sanitare publice statale și locale. Inițiativele Departamentului de Finanțare a Asistenței Medico-sanitare (HCFA) referitor la promovarea modificărilor în sistemul de achitare a serviciilor spitalicești prin metoda grupurilor de diagnosticuri înrudite (discutată în Capitolele 12 și 13) permite reducerea duratei de spitalizare, a numărului de zile-pat și a numărului de paturi spitalicești care revine la un număr de populație.

Ministrul Sănătății al Statelor Unite deține un rol de frunte în mișcarea sanitară publică a SUA. Ca exemplu poate servi Dr. C. Everett Koop, Ministrul Sănătății din perioada președinției lui Reagan. Numirea în funcție de Ministru al Sănătății a lui Dr. Koop, cardiocirurg pediatru, a fost inițial criticată de Asociația Americană de Sănătate Publică. Dar după o scurtă perioadă de timp dând dovadă de profesionalism și capacitate înaltă de conducere, el a fost recunoscut de profesioniștii sanitari publici.

Centrele de Epidemiologie și Medicină Preventivă (CDC) continuă și în prezent să dețină un rol important în colectarea și diseminarea datelor epidemiologice, precum și în evaluarea epidemiologică în limitele țării sau în afara acestora (vezi Capitolul 4). Programul de pregătire a Ofițerilor de

Recunoaștere Epidemiologică pentru departamentele sanitare federale, statale și locale continuă și în prezent. Acest program furnizează autorităților sanitare publice cadre înalt specializate de epidemiologi capabili să dezvolte domeniul dat.

Alte agenții guvernamentale federale care se ocupă de controlul programelor legate de domeniul sanitar includ Ministerul Agriculturii, Ministerul Apărării, Ministerul Ecologiei, Ministerul de Interne, Ministerul Muncii, Ministerul Transporturilor. Ministerul Agriculturii gestionează Programul de Alimentare Școlară și marcarea produselor alimentare. În subordonarea Ministerului Muncii este Departamentul de Securitate și Igienă a Muncii. Agenția de Protecție a Mediului Ambiant reprezintă o agenție independentă federală responsabilă de calitatea aerului și apei, controlul poluării, al utilizării pesticidelor, deșeurilor solide, controlul radiației și al substanțelor toxice, precum și al nivelului de zgomot.

SERVICIILE DE SĂNĂTATE PUBLICĂ SUBORDONATE GUVERNULUI STATAL

În majoritatea țărilor cu sistem federal de guvernare responsabilitatea primordială pentru sănătatea populației îi revine guvernelor statale sau provinciale. Guvernele statale sau provinciale se ocupă de organizarea sistemului sanitar, stabilirea standardelor și obiectivelor, asistența financiară, profesională și tehnică a departamentelor locale de sănătate. Funcțiile statului de finanțare, furnizare directă a serviciilor și monitorizare a stării sănătății includ următoarele:

1. Coordonarea activităților cu alte departamente guvernamentale: planificarea și stabilirea priorităților, învățământul, securitatea socială, a muncii, agricultura, sănătatea mentală și finanțarea universităților;

2. Stabilirea standardelor, dezvoltarea, finanțarea, consultarea și supravegherea departamentelor locale de sănătate;
3. Legislația și reglarea în domeniile legate de sănătate: pregătirea, asistența și fortificarea;
4. Planificarea și stabilirea priorităților și scopurilor sanitare;
5. Prestarea directă a serviciilor epidemiologice, de laborator, de examinare în masă, de planificare și dezvoltare departamentelor locale de sănătate;
6. Asigurarea și publicarea datelor statisticii vitale, epidemiologice și informaționale.
7. Dezvoltarea standardelor și monitorizarea cantității, calității și distribuirii serviciilor de tratament și diagnostic;
8. Supravegherea în domeniul igienei muncii;
9. Supravegherea în domeniul sănătății mediului ambiant;
10. Instruirea personalului medical și licențierea instituțiilor de asistență medico-sanitară.
11. Furnizarea serviciilor medico-sanitare profesionale și personale angajaților statului;
12. Cooperarea cu alte servicii legate de sănătate cum ar fi serviciile sociale, ale sănătății mentale, retardului mental, de reabilitare și serviciilor din penitenciare;
13. Coordonarea activităților cu autoritățile sanitare naționale sau ale altui stat/provincie;
14. Monitorizarea indicilor stării sănătății de către autoritățile statale/provinciale sau locale;

Anexa 10.5. Responsabilitățile sanitare ale guvernului statal/provincial.

Alocarea resurselor

Planificarea sanitară

Epidemiologia

Statistica vitală

Controlul bolilor infecțioase, imunizarea, cercetarea, declararea

Promovarea sănătății

Instruirea personalului medical

Licențierea și perfecționarea personalului medical
Licențierea și supravegherea instituțiilor medicale
Educația sanitară
Promovarea calității
Monitorizarea sănătății mediului
Nutriția
Servicii ale sănătății mamei și copilului
Sănătatea mentală

Departamentele statale sau provinciale de sănătate reprezintă organizații complexe cu multiple responsabilități ce țin de finanțare, reglare, inspectare și rezolvare a problemelor sanitare. În Statele Unite aceste responsabilități includ și administrarea asigurărilor medicale pentru săraci (Medicaid); în Canada provinciile administrează programul universal de asigurare medicală. Statele pot iniția programe finanțate cu participarea autorităților locale sau a celor federale sau pot înainta cereri pentru obținerea fondurilor federale într-o varietate de domenii cum ar fi sănătatea mamei și copilului s.a.

Departamentul Statal de Sănătate din New York (DOH) are tradiții bine stabilite de reglare a activităților instituțiilor de asistență de lungă durată, laboratoarelor, spitalelor, precum și celor ce țin de domeniul sănătății mediului ambiant. Diferite metode de reglare cum ar fi certificatele de necesitate, metoda de compensații pentru asistența spitalicească (vezi Capitolul 13), standardele sanitare și supravegherea respectării lor, supravegherea sistemelor sanitare rurale fac departamentul statal de sănătate o determinantă puternică în operarea asistenței medico-sanitare într-un stat. Departamentul Statal de Sănătate din New York se ocupă de organizarea screening-urilor pentru depistarea afecțiunilor congenitale și a bolilor infecțioase la nou-născuți, certificarea laboratoarelor și asigurarea calității asistenței medico-sanitare. Institutul SIDA este responsabil de programele de screening, prevenție și asistență a bolnavilor de SIDA. Centrul de Sănătate Comunitară administrează un șir larg de programe sanitare publice cum ar fi supravegherea epidemiologică a bolilor infecțioase, asistența prenatală și neonatală a persoanelor neasigurate, programul de asistenți sanitari comunitari, programul de monitorizare a nutriției

și multe alte programe de intervenție focusate pe grupele populaționale de risc. Epidemiologia și monitorizarea sănătății mediului ambiant este un subiect deosebit de actual într-un stat care a avut de suferit de pe urma incidentului Love Canal (vezi Capitolul 9). În tabelul 10.4 este prezentată structura Departamentului Statal de Sănătate din New York din anul 1996. Această configurație nu este neapărat tipică, dar reflectă spectrul enorm de activități de care se ocupă DOH, inclusiv inițiativele statale, federale și locale.

TABELUL 10.4. Organizarea Departamentului Statal de Sănătate din New York, 1996.

Șeful Departamentului	
Managementul instituțiilor medico-sanitare Secția de asistență medico-sanitară controlată Afaceri guvernamentale și planificare strategică Instituțiile de studii superioare în domeniul Sănătății Publice Secția sănătății minorităților	
Secția de Sănătate Publică (OPH)	Secția de Management al Sistemelor Sanitare (OHSM)
Institutul SIDA Asistența medico-sanitară și comunitară a persoanelor HIV pozitive Prevenția Centrul de Sănătate Comunitară Sănătatea familiei și a populației locale Nutriția Epidemiologia Prevenția și controlul bolilor cronice Centrul de Sănătate a Mediului Ambiant Protecția mediului ambiant Evaluarea sănătății mediului Epidemiologia profesională și ecologică Secții districtuale Centrul de laborator Medicină moleculară Boli infecțioase Controlul ecologic al bolilor Certificarea calității laboratoarelor Administrarea activității laboratoarelor Afecțiuni genetice	Finanțarea Asistenței Medico-sanitare Asigurarea vârstnicilor cu medicamente Managementul financiar și suportul instituțional Economia sanitară Compensarea asistenței de lungă durată Compensarea asistenței acute și cronice Standardele și Supravegherea Asistenței Medico-sanitare Asistența la domiciliu Servicii spitalicești Erori deontologice din partea personalului medical Servicii de urgențe medicale Servicii funerare Substanțe care necesită control Standarde de planificare a instituțiilor medicale Variate Arhitectură și inginerie Planificarea instituțiilor sanitare Inițiativele de asistență de lungă durată Evaluarea instituțiilor și serviciilor Analiza financiară a instituțiilor medicale Managementul proiectelor

În anii 1995-1997 Departamentul Statal de Sănătate din New York a stabilit următoarele obiective pentru realizare:

1. Reformarea finanțării asistenței medico-sanitare: trecerea de la finanțarea spitalelor după tarife reglate de stat la un sistem de tarife competitive în cadrul căruia prețurile vor fi stabilite prin negocieri dintre spitale și companiile de asigurări medicale, obiectivul principal fiind introducerea competiției în formarea prețurilor, asigurarea eficienței și reducerea costurilor asistenței medico-sanitare;
2. În conformitate cu Legea despre Reforma Sanitară din 1996 a fost creat un fond de 2,6 miliarde de dolari SUA pentru finanțarea asistenței medico-sanitare de caritate și extinderea asigurării medicale pentru angajații săraci, pentru oferirea granturilor de studii, dezvoltarea asistenței primare și asistența spitalelor în adaptarea la noile condiții economice;
3. Inițiativa de Asistență Controlată pentru 3 milioane de beneficiari ai programului Medicaid este negociată cu agențiile federale (Departamentul de Finanțare a Asistenței Medico-sanitare);
4. Legea despre Drepturile Pacientului la Asistență Controlată: 6 milioane de locuitori ai New York-ului sunt înrolați în programe de asistență controlată, această lege cere administrației instituțiilor medico-sanitare de a informa membrii societății despre drepturile lor la asistență controlată;
5. Reforma învățământului medical inițiată de legislativ în anul 1996 a împuternicit Comisia Deontologică Medicală de a stopa practica de neglijare de către doctor a pacientului, revocându-se licențele; din 6000 de cazuri investigate în 1995, în 363 au fost întreprinse acțiuni disciplinare, inclusiv în 15 retrăgându-se imediat licențele;
6. Efectuarea consultațiilor cu conducerea statelor referitor la prioritățile sanitare publice pentru următorul deceniu;

7. Comisia specială pe problemele asistenței medico-sanitare de lungă durată în componența numită de guvernatorul statului a recomandat strategiile reformelor în domeniul asistenței de lungă durată, sistemului de asigurare medicală, de asistență de lungă durată controlată și a programelor de asistență la domiciliu;
8. Screening-ul a cel puțin 90% de noi-născuți pentru depistarea HIV; este deosebit de important de când a devenit accesibilă terapia eficientă antivirală în timpul gravidității care reduce cu 70% riscul transmiterii HIV de la mamă la făt;
9. Bolile infecțioase emergente: controlul infecției cu *E. coli* O157-H7 transmisă prin hamburgerii pregătiți inadecvat, al criptosporidiozei - parazitoză transmisă prin apă, al infecției cu *Streptococcus* grup A, agent cauzal al pneumoniei polirezistente la medicamente, al infecției cu Hantavirus legată de expunerea la excrementele rozătoarelor și al ehrlichiozei transmise de căpușe;
10. Acțiuni de răspuns la criza în asistența medico-sanitară prin majorarea calității asistenței în spitale, instituțiile de asistență paliativă și alte instituții medicale; a fost interzisă comercializarea stimulanzilor vegetali care conțin efedrină, datorită cărora în Statele Unite au decedat 15 persoane.

Alte agenții cu implicații sanitare publice în statul New York includ Departamentul de Educație (sanitația în școală, educația sanitară, licențierea medicilor), Departamentul Muncii (sănătatea și securitatea lucrătorilor, controlul poluării mediului și locului de muncă), Departamentul de Ecologie (controlul pesticidelor, al rabiei, poluării aerului, al utilizării apelor de canalizare și deșeurilor solide), Departamentul de Servicii Sociale (Medicaid), Universitatea de Stat din New York (Facultatea de Sănătate Publică, servicii de asistență medico-sanitară a studenților), Departamentul de Igienă Mentală (instituții și servicii comunitare psihiatrice), Comisia pe Problemele Dependentei de Droguri (instituții de tratament, de cercetări științifice în

domeniu, de educație), Departamentul de Agricultură (licențierea producătorilor de carne, inspectarea restaurantelor, controlul programelor de alimentare școlară), Departamentul de Penitenciare (administrarea spitalelor și clinicelor din penitenciare, depistarea cazurilor de TB), Departamentul Circulației Rutiere (securitatea circulației rutiere). Departamentul Statal de Sănătate din New York împreună cu Universitatea de Stat din New York (SUNY) finanțează facultatea de Sănătate Publică din Albany, personalul căreia și studenții sunt direct implicați în activitatea de zi cu zi a DOH. Deși DOH nu este reprezentativ pentru toate statele acesta este un model de organizare înaltă a sistemului statal de sănătate publică.

AUTORITĂȚILE SANITARE LOCALE

Tradițional autoritățile sanitare locale (LHA) sunt responsabile de sanitație și furnizarea directă a asistenței medico-sanitare săracilor și altor grupuri populaționale de risc. Primele comisii de sănătate care se ocupau de aceste activități au fost înființate în Philadelphia în anul 1794 și în New York în anul 1796.

Departamentul municipal sau districtual de sănătate publică reprezintă o agenție oficială sanitară publică care este cea mai aproape de populația deservită. LHA exercită un șir larg de funcții de supraveghere sanitară directă pentru a asigura complianța cu codurile sanitare locale, statale și federale. Departamentul local de sănătate publică poate furniza de asemenea și servicii directe cum ar fi serviciile preventive personale finanțate de guvernul local, statal sau federal. În Statele Unite departamentul local de sănătate publică reprezintă o agenție care asigură cu asistență medico-sanitară persoanele neasigurate. Programele de o astfel de asistență pot fi finanțate în comun cu

autoritățile statale și federale sau prin intermediul granturilor cu destinație specială oferite de guvernele statale sau cel federal.

Deși în ultimul timp a crescut considerabil gradul de implicare al guvernelor statale și federal în sănătatea publică, departamentele locale de sănătate publică rămân totuși principala forță de asigurare a sănătății publice la nivel comunitar. În Statele Unite și Canada LHA funcționează sub formă de departamente municipale sau districtuale de sănătate publică.

Anexa 10.6. Responsabilitățile sanitare ale autorităților sanitare locale.

Statistica vitală

Epidemiologia bolilor infecțioase

Educația sanitară, promovarea sănătății

Protecția mediului ambiant, sanitația

Controlul bolilor infecțioase, STD, HIV, TB

Asistența preventivă prenatală, infantilă, a copilului de vârstă fragedă

Căutarea și alocarea resurselor de la guvernele federal și statale

Planificarea și managementul serviciilor

Licențierea și supravegherea instituțiilor medicale

Asistența spitalicească și la domiciliu

Asistența persoanelor cu handicap

Reabilitarea și asistența de lungă durată

Coordonarea serviciilor medico-sanitare, parteneriatul dintre sectorul public și privat

Cooperarea intersectorială

Sănătatea mentală

Asistența socială

Nutriția

Participarea comunității

În noile inițiative sanitare cum ar fi „Sănătate pentru Toți”, „Sisteme sanitare districtuale”, „Orașe Sănătoase”, LHA li se atribuie un spectru larg de funcții în programele de menținere și îmbunătățire a sănătății populațiilor deservite. Pentru realizarea obiectivelor acestor programe, sistemele sanitare odată înalt centralizate cum ar fi cele din în Marea Britanie, țările scandinave, țările în curs de dezvoltare și republicile post-sovietice sunt tot mai descentralizate cu delegarea responsabilităților financiare, de planificare și administrare departamentelor locale de sănătate publică.

În anul 1940 Asociația Americană de Sănătate Publică a adoptat standardele recomandate pentru cele șase responsabilități de bază ale LHA:

1. Statistica vitală;
2. Controlul bolilor infecțioase: în domeniul bolilor infecțioase ale copilăriei, TB, STD și bolilor tropicale;
3. Sanitația mediului ambiant: apa, industria și piața de produse alimentare, utilizarea apelor de canalizare, gunoiului, condițiile sanitare la locul de muncă și în locurile publice;
4. Serviciile de laborator;
5. Sănătatea mamei, copilului și școlarilor;
6. Educația sanitară.

Anexa 10.7. Departamentul districtual de Sănătate din Albany.

Districtul Albany, New York, avea în anul 1993 o populație de 298,500, o rată de natalitate de 12,8 la 1000, mortalitate infantilă de 5,7 la 1000 și o rată de nașteri cu deficit de masă corporală de 7,6%, toți acești indici fiind similari cu cei din statul New York (în afara municipiului New York). Rata mortalității de pe urma accidentelor cerebrovasculare și bolilor cardiace era cu 10% mai înaltă decât media pe statul New York; mortalitatea prin accidente rutiere și omucideri era mai joasă. Morbiditatea prin boli infecțioase era mai joasă.

Departamentul districtual de Sănătate din Albany este finanțat prin programe speciale (31%), de guvernul districtual (26%), guvernul statal (22%) și prin intermediul granturilor (21%). Granturile oferite preponderent de guvernul statal sunt cu destinație specială pentru asistența primară a sugariilor și copiilor de vârstă fragedă (1-5 ani), asistența prenatală și prevenția intoxicațiilor cu plumb. Serviciile oferite includ programe pentru copii cu necesități speciale, de intervenție precoce, programe preșcolare pentru copiii de vârstă 3-5 ani și pentru persoanele cu handicap fizic. Aceste programe constituie articolele majore de cheltuieli (12-19 milioane de dolari SUA). Departamentul derulează un număr mare de programe inclusiv de control al rabiei, al sănătății mediului ambiant, al bolilor infecțioase și celor transmise prin alimente, programe de educație sanitară (legate de prevenția HIV și a STD), reducere a fumatului, prevenire a bolilor cardiace și ictusurilor cerebrale, control al TB, imunizare a călătorilor, prevenție a traumatismelor, instruire și perfecționare a medicilor de familie, asistenților sanitari comunitari, programe referitor la boala Lyme, oferă servicii de screening prin metoda frotiurilor Pap și promovează practica obligatorie de fluorizare a apei comunitare.

În anul 1995 Departamentul a inițiat o practică de contractare a serviciilor obstetrice și pediatrie pentru grupurile populaționale dezavantajate, prin intermediul a două rețele de spitale catolice și a Centrului de Sănătate Comunitară finanțat de guvernul federal. Clinicele administrate de autoritățile districtuale au fost transmise acestor spitale care au organizat aceste servicii la nivel de programe federale proprii. Această practică de „Parteneriat sănătos” a permis asistența a 1000 de familii din comunitate de către aceste spitale, în supravegherea persoanelor cu necesități speciale fiind implicați și asistenții sanitari comunitari. Astfel s-a îmbunătățit simțitor accesul și calitatea serviciilor prestate. Acest model de cooperare între sistemul de sănătate publică și serviciile de asistență medico-sanitară reprezintă un exemplu demn de urmat și în alte regiuni ale Statelor Unite.

Sursa: Committee on Medicine and Public Health (Lazker, R.D., ed). 1997. *Medicine and Public Health: The Power of Collaboration*. New York: American Public Health Association and American Medical Association, New York Academy of Medicine, 1997; and Albany County Department of Health, 1998.

În anul 1950 APHA a adoptat un program extins de responsabilități ale departamentelor locale de sănătate care le include pe cele sus-numite plus următoarele:

1. Controlul bolilor cronice;
2. Condițiile de viață și planificarea urbană;
3. Prevenirea accidentelor;
4. Coordonarea activităților cu alte agenții;
5. Supravegherea stării sănătății a populației generale: nașterile, decesele, bolile cronice, datele morbidității, examinărilor în masă, raporturile mortalității, evaluarea necesităților sanitare ale comunității;
6. Educația publicului și comunității profesionale referitor la starea sănătății și necesitățile sanitare;
7. Activități de supraveghere și reglare a asistenței medico-sanitare;
8. Servicii medico-sanitare personale: prestarea directă a diverselor servicii, începând cu programe complexe și terminând cu servicii pentru persoanele cu necesități speciale;
9. Planificarea instituțiilor medicale, planificarea și renovarea urbană;

10. Servicii specifice de diagnostic: inclusiv al STD, TB, cancerului, aprecierea dezvoltării copilului și asistența stomatologică.

Cooperarea între autoritățile guvernamentale de diferite nivele este de o importanță vitală pentru definirea și realizarea obiectivelor sanitare naționale. Fiecare nivel de guvernare deține un rol specific în acest proces. Descentralizarea administrării sănătății publice, fără o finanțare și politică națională, niciodată nu va reuși să dezvăluie întregul potențial al sănătății publice și va duce la apariția inechităților interregionale în cadrul țării respective.

MONITORIZAREA STĂRII SĂNĂTĂȚII

După cum s-a discutat în Capitolul 3 sănătatea publică depinde de informație la fel ca succesele trupelor militare de recunoaștere. Această informație este absolut necesară pentru adaptarea metodologiei și intervențiilor sanitare publice la circumstanțele și necesitățile nou apărute. Colectarea, compararea și analiza acestei informații este de o importanță vitală pentru elaborarea unei strategii politice sanitare adecvate și rezultatele acestei analize trebuie să fie accesibile pentru toate persoanele interesate în promovarea politicii sanitare și asistența medico-sanitară. În monitorizarea stării sănătății populației sunt implicate toate nivelele de guvernare. Sistemul de informație geografică (GIS) este o bază de date complexă a indicilor sanitari ai populației dintr-o regiune geografică specifică, care este utilă în identificarea problemelor sanitare specifice locale și elaborarea măsurilor de intervenție.

Responsabilitatea pentru colectarea datelor statistice vitale ține în cea mai mare parte de guvernele locale, care raportează cazurile de boli infecțioase și alte evenimente sanitare declarabile. Compararea inițială a datelor este

efectuată la nivel local, ulterior informația este prezentată autorităților sanitare statale și apoi celor naționale. Colectarea informației este o tradiție bine dezvoltată în țările industrializate, în Statele Unite există mai multe căi de colectare eficientă a datelor. În SUA Centrele de Epidemiologie și Medicină Preventivă, deținând rolurile cheie în acest proces, sunt și centre naționale de referință nu doar pentru bolile infecțioase, ci și pentru cele cronice cum ar fi afecțiunile cardiovasculare, nutriționale, diabetul, afecțiunile perinatale și multe alte maladii.

Statistica medicală furnizează datele necesare pentru monitorizarea stării sănătății populației. Ea se ocupă de colectarea și prelucrarea datelor monitorizării de rutină a sănătății populației, suplimentate de informații epidemiologice valoroase referitor la afecțiunile congenitale, STD, tuberculoză și infecția HIV. Centrele de excelență din diferite domenii, finanțate de guvernele statal sau federal ori de Institutele Naționale de Sănătate furnizează populației servicii de asistență medico-sanitară terțiară și se ocupă de cercetări științifice epidemiologice și biomedicale, fiind o sursă importantă de informație necesară pentru o analiză calitativă a asistenței medico-sanitare.

Autoritățile sanitare naționale sunt responsabile de compararea și analiza la nivel național a datelor epidemiologice ale infecțiilor și bolilor cronice, statisticii vitale, utilizării serviciilor, precum și de monitorizarea variațiilor naționale și regionale ale stării sănătății. Această informație este prețioasă doar atunci când este colectată, prelucrată și publicată în așa mod încât devine accesibilă pentru administratorii, planificatorii, epidemiologii sanitari, furnizorii de asistență medico-sanitară și publicul general. Recensămintele sunt acelea care furnizează numitorii (numărul general al populațiilor) utilizați pentru calcularea ratelor mortalității, incidenței și prevalenței bolilor.

Tehnologia computerizată relativ ieftină cu utilizarea computerelor personale dotate cu modem-uri, telefoane și fax-uri permite agențiilor sanitare publice prin intermediul Internet-ului de a primi informația curentă referitor la indicii sănătății publice. Sursele de date includ următoarele:

1. Statistica vitală și centrele naționale de statistică medicală;
2. Raporturile epidemiologice referitor la bolile infecțioase și acelea care necesită declarare, inclusiv STD;
3. Centre statale, naționale și internaționale de control al bolilor;
4. Datele recensămintelor;
5. Registre de boli speciale (cancer);
6. Sisteme de informare despre externarea din spital;
7. Laboratoare sanitare publice;
8. Centre de control al intoxicațiilor;
9. Librării medicale centrale inclusiv Medline;
10. Registre specializate de asistență medicală, îngrijire și asistență stomatologică.

Epidemiologia geografică a jucat un rol important în istoricul dezvoltării sănătății publice. Totodată fragmentarea sistemelor de informare a târăgănat aplicarea tehnologiilor informaționale moderne extrem de utile pentru evaluarea complexă și compilarea datelor din mai multe surse.

SCOPURILE SĂNĂTĂȚII NAȚIONALE

Serviciul de Sănătate Publică al Statelor Unite a început a stabili scopuri sanitare naționale din anul 1979. Această practică este tot mai acceptată de toate nivelele sistemului național de sănătate publică. Aceste scopuri elucidează domeniile sanitare de interes care necesită a fi abordate de către toate elementele sistemului de sănătate publică și de asistență medico-sanitară în viitorul apropiat. Totodată aceste scopuri joacă și un rol educativ pentru furnizorii de asistență medico-sanitară și comunitate.

Unele realizări în reducerea morbidității și mortalității de pe urma bolilor epidemiologic importante se datorează majorării informării populației și

răspândirii tot mai largi a conceptului de „autoajutor”. În raportul *Poporul sănătos 2000* publicat de către Centrul Național de Statistică Medicală și CDC, au fost demonstrate succesele obținute în realizarea a mai mult de 300 de obiective sanitare de prevenire a bolilor și traumatismelor și în promovarea sănătății în Statele Unite. Aproximativ 8% din scopurile stabilite au fost obținute, progrese semnificative au fost atinse în realizarea altor 41% din acestea. Pentru 16 % din scopuri s-au înregistrat regresii, iar 7% au rămas neschimbate. Publicația anuală *Health, United States* revizuieste și actualizează în permanență șirul de statistici medicale. Unele exemple de realizare a scopurilor sanitare includ:

1. În anul 1994 mortalitatea infantilă constituia 7,9 la 1000, un declin cu 5% din anul 1993, ulterior acest indice scăzând încă cu 5% către anul 1996;
2. Mortalitatea de pe urma bolilor cardiace și ictusurilor cerebrale continuă să scadă atât în populația albă, cât și în cea de afro-americieni; totodată a crescut mortalitatea și așa excesivă printre afro-americieni în comparație cu populația albă;
3. S-a redus numărul de factori de risc pentru bolile cardiovasculare (nivelul ridicat de colesterol, fumatul și dieta bogată în grăsimi); a crescut considerabil proporția populației obeze, inclusiv și adolescenții;
4. A crescut numărul adulților care practică regulat exercițiile fizice, precum și numărul de locuri de muncă unde aceste exerciții sunt practicate zilnic;
5. S-a redus fumatul printre adulți, s-a majorat numărul de locuri publice unde este interzis fumatul; după o perioadă de 50 de ani de creștere constantă în anii 1991-1993 ratele de cancer pulmonar s-au redus;
6. S-a redus numărul de accidente rutiere legate de conducerea în stare de ebrietate, legea de retragere a licenței a fost primită în 37 de state, legea utilizării obligatorii a centurilor de siguranță – în 48 de state, două-treimi din adulți în prezent utilizează centurile de siguranță;

7. Suicidul, cauză majoră de deces printre adolescenți (de 15-19 ani), rămâne încă frecvent; a crescut rata tentativelor de suicid;
8. S-au redus ratele mortalității de pe urma cancerului (colorectal și mamar); se majorează numărul de femei care trec regulat mamografia și procentul-vârstă de femei de peste 50 de ani care sunt supuse regulat examinării clinice a glandelor mamare a crescut în anii 1986-1993 de la 25% la 30%;
9. Morbiditatea prin boli profesionale și mortalitatea de pe urma traumatismelor s-a redus dramatic;
10. Continuă reducerea morbidității prin carie dentară; s-a micșorat pierderea dinților printre persoanele în vârstă.

Conceptele de prevenție și promovare a sănătății sunt tot mai mult integrate în activitatea instituțiilor medicale și fac parte din scopurile sanitare. În prezent metodologia sanitară publică tinde ca prin intermediul monitorizării sănătății și organizării asistenței medico-sanitare să atingă scopurile și obiectivele statale. Noua Sănătate Publică furnizează baza conceptuală a acestui proces.

ORGANIZAȚIA SĂNĂTĂȚII PUBLICE ȘI NOUA SĂNĂTATE PUBLICĂ

Deoarece în Statele Unite lipsește un program național de asigurare medicală frecvent se spune că Statele Unite au un „nonsistem”. Totuși această noțiune este eronată; în Statele Unite există un sistem foarte complex, dar nedefinitivat de sănătate. Un pesimist va spune că cupa este pe jumătate goală, dar un optimist – că ea este pe jumătate plină. Statele Unite este liderul mondial în domeniul sănătății publice și nu numai în dezvoltarea vaccinurilor noi, ci și în implementarea realizărilor importante ale sănătății publice cum ar fi

fluorizarea apei comunitare. Sistemul sanitar din Statele Unite este cel mai costisitor, totodată SUA întrece multe țări în ceea ce privește unii indici importanți ai sănătății (vezi Capitolul 13). Plus la aceasta, în prezent, Statele Unite rămâne una din puținele țări din lume în care încă funcționează programul de alimentare școlară. În același timp sistemul sanitar al SUA reprezintă o rețea de organizații interactive flexibile, care au adus contribuții inovatorii extrem de importante la dezvoltarea științelor medicale, managementului asistenței medico-sanitare și sănătății publice.

În acest sistem există și accesul universal administrat de organele publice. Clasa socială medie este protejată prin intermediul asigurării medicale achitate de întreprindere sau instituția în care activează, vârstnicii – de programul Medicare, iar cei săraci – de Medicaid. Nereușita în adoptarea programului național de asigurare medicală, care ar permite un acces echitabil la asistența medico-sanitară, continuă să fie piedica majoră în îmbunătățirea stării sănătății persoanelor sărace și marginalizate din societate. Serviciile de sănătate publică de toate nivelele depun eforturi maxime și cheltuiesc resurse enorme în tentativele de a nivela diferențele rezultate din accesul inequitabil la asistența medico-sanitară.

În ultimul timp o tot mai mare parte a populației din SUA este deservită prin intermediul asistenței medico-sanitare controlate, în care un rol major îl joacă stimularea financiară a reducerii asistenței spitalicești și majorării utilizării serviciilor de ambulator și preventive. Colaborarea între organizațiile de sănătate publică și medicina clinică - adversarii tradiționali, la mijlocul anilor 1990 a devenit o realitate însoțită de dezvoltarea „paradigmei noi” de cooperare. Asociația Medicală Americană și Asociația Americană de Sănătate Publică au convenit să lucreze în comun în cadrul programelor de colaborare locală pentru a asigura la maxim necesitățile sanitare ale comunității. Această înțelegere reciprocă reprezintă o recunoaștere a importanței atât a medicinei clinice, cât și a sănătății publice. Dialogul intersectorial permite identificarea

potențialului de cooperare în contextul schimbărilor importante din Statele Unite în organizarea asistenței medico-sanitare din ultimul timp.

În alte țări cum ar fi Marea Britanie și țările scandinave, organizarea serviciilor de asistență medico-sanitară a devenit o responsabilitate mai mult a autorităților districtuale unde sănătatea publică este un partener deplin al serviciilor clinice și unde prevenția este o parte componentă a economiei și o funcție a programelor speciale populațional orientate. Revoluția în asistența medico-sanitară controlată din anii 1990 din Statele Unite poate promova un nou nivel de cooperare între medicina clinică și sănătatea publică. Integrarea serviciilor finanțate de Medicare și Medicaid care elimină eligibilitatea accesului la asistența medico-sanitară pentru vârstnici și săraci permite o nouă abordare a problemelor sanitare în baza regiunii de reședință. Extinderea Medicaid va continua prin implementarea ulterioară a mai multor programe de asistență controlată care vor implica tot mai multe persoane dezavantajate care astăzi încă rămân medical neasigurate.

Micșorarea sectorului spitalicesc, limitarea cheltuielilor sanitare, acoperirea tot mai largă a populației cu asistență controlată, orientarea eforturilor sanitare publice asupra scopurilor și obiectivelor sanitare stabilite vor deveni în viitor părți componente ale programului sanitar național emergent ca o formă specifică a conceptului Noii Sănătăți Publice. Statele Unite sunt o țară cu o experiență bogată în inovații financiare reușite orientate spre majorarea eficienței serviciilor. Această experiență poate fi utilizată și de alte țări în elaborarea propriilor programe naționale de asigurare medicală. SUA vor beneficia și ele de experiența acumulată de Canada și țările europene în reformarea sistemelor de sănătate. Comunitatea sanitară publică americană, inclusiv facultățile de sănătate publică, posedă capacități și experiență suficientă de administrare și apărare a intereselor. Acest fapt poate fi extrem de util pentru adaptarea Noii Sănătăți Publice.

Cheltuielile pentru serviciile sanitare publice comunitare în 50 de state constituie 3% din cheltuielile totale pentru sănătate. Majoritatea resurselor

financiare alocate de departamentele statale de sănătate (66%) sunt cheltuite pentru servicii de asistență personală, în special a persoanelor neasigurate, care nu beneficiază de asistență preventivă. Acest exemplu reflectă prioritatea serviciilor clinice spitalicești și ambulatorii achitate de asigurarea medicală sau din mijloace personale. Deși majoritatea centrelor de asistență ambulatorie au în componența lor servicii preventive, alocările relativ mici în domeniul sanitar public comunitar orientat reflectă subestimarea tradițională a potențialului metodei comunitar orientate de promovare a sănătății.

SPITALELE ÎN NOUA SĂNĂTATE PUBLICĂ

Spitalul reprezintă un element important al Noii Sănătăți Publice. Instituția de asistență instituțională individuală, fie ea centru de reabilitare, instituție de asistență paliativă, de asistență psihiatrică, se numește la general „spital”. Fiecare din aceste instituții deține un rol specific, are o structură administrativă, buget și mod de operare proprii. Pe parcursul istoriei spitalele au fost finanțate de autorități municipale, organizații religioase, de voluntariat, agenții guvernamentale, universități, sector privat și alte organizații. Spitalele tradiționale au constituit unități administrative separate de alte servicii medico-sanitare, totodată frecvent fiind implicate în programe de instruire medicală și paramedicală. Structura organizatorică a spitalului reflectă în mare parte istoricul evoluării instituției, dar trebuie de asemenea să oglindească și misiunile, resursele și rolul instituției în complexitatea sistemului sanitar al comunității.

În prezent în toate țările spitalele rămân unități în care activează un număr mare de angajați care constituie aproximativ trei pătrimi din tot personalul medical și care cheltuiesc, în dependență de tradiții și avansarea reformelor, între 38 și 78% din toate resursele financiare alocate pentru sănătate.

Magnitudinea sectorului spitalicesc și rolul lui cheie în sistemul sanitar al societății fac raționalizarea serviciilor spitalicești, prevenirea dublării lor, a surplusului de paturi, evitarea specializării excesive din contul asistenței primare și a depersonalizării pacientului subiecte de o importanță primordială în planificarea și funcționarea sistemelor sanitare.

Spitalul modern este cel mai costisitor și vizibil element al sistemului sanitar: în el activează un număr mare de personal și se acordă asistență medico-sanitară bolnavilor gravi. Din acest motiv managementul spitalului este un factor important pentru managementul întregului sistem sanitar. Deși sistemul de asistență medico-sanitară este un sistem organizat, unitățile din componența acestuia cum ar fi spitalele reprezintă de asemenea entități organizatorice de sine stătătoare care necesită o structură, management și planificare proprie.

În sistemul de asistență controlată spitalul va tinde să satisfacă la maxim necesitățile sanitare ale pacientului și cerințele sistemului de asistență controlată. Doi clienți pot avea obiective și metode diferite de apreciere a funcționării instituției și personalului care îi deservește. Pacientul asigurat, optând pentru o schimbare a stării sănătății sale, va putea influența puțin asistența pe care o primește. Totodată sistemul de asistență controlată va putea aprecia calitatea serviciilor de asistență medico-sanitară prestate de spital și în caz de insatisfacție să contracteze un alt furnizor de asistență medico-sanitară.

Misiunea principală a spitalului constă în furnizarea unei asistențe medico-sanitare de calitate pacientului în limitele cunoștințelor și resurselor curent accesibile. Totodată spitalul ca organizație mai are o mulțime de obiective. Acestea includ supraviețuirea profesională și economică a instituției, funcțiile didactice, de cercetare științifică și publicație. Spitalul își aduce contribuția importantă la viața socială oferind locuri de muncă, stabilitate financiară și prestigiu, efectuând cercetări științifice și asigurând accesul la asistența medico-sanitară.

Pentru a realiza aceste scopuri și obiective diverse spitale au devenit organizații complexe cu numeroase subdiviziuni (vezi Capitolul 12). Dintre acestea fac parte multiple secții de activitate profesională, precum și subdiviziuni care exercită așa numitele „funcții de hotel” cum ar fi cantinele, spălătoriile, secțiile de menajerie, de aprovizionare financiară și administrative. Ca organizație mare și complexă spitalul trebuie să aibă o structură bine organizată cu o conducere și un personal cu împuterniciri și responsabilități bine delimitate. Datorită acestui fapt spitalul nu poate funcționa fiind condus prin metode tradiționale autoritare. Coordonarea multiplelor activități din cadrul spitalului modern necesită o strânsă colaborare între departamente și personalul de diferite nivele sau în mod contrar mecanismul nu va funcționa. Ca rezultat spitalul a devenit foarte dependent de motivația și integritatea personalului și de capacitatea lui de a funcționa în rețea cu alte departamente de specialitate fără careva bariere birocratice.

Totodată pentru funcționarea normală a spitalului este de o importanță esențială recunoașterea de către personal a autorității conducerii, respectarea disciplinei și a cerințelor rigide pentru menținerea standardelor înalte de asistență medico-sanitară. Noile cerințe față de spital favorizează o intoleranță totală a acestei organizații față de utilizarea irositoare a resurselor, dublarea serviciilor, starea precară și funcționarea inefficientă a echipamentului, corupție, neglijență sau delapidări. Spitalul modern are o structură administrativă oficială bine organizată, dar pe parcursul activității lui apar sute sau chiar mii de exemple de relații și legături neoficiale pentru a asigura asistența de calitate a pacientului, utilizând în mod optimal resursele. În structura spitalului există o mulțime de metode de stimulare și reglare, care frecvent devin motivul unor tensiuni între administrație și personalul medical.

Clasificarea spitalelor

Orice pat instalat și asigurat cu personal medical pentru asistența medico-sanitară a pacientului se consideră drept pat spitalicesc. Recensământul

paturilor se face de obicei la sfârșitul perioadei de dare de seamă. După definiția WHO patul spitalicesc reprezintă un pat, instalat în spital și asigurat cu personal, pentru cazarea și asistența medico-sanitară continuă, de 24 de ore, a pacientului spitalizat. Funcționalitatea patului spitalicesc este determinată de numărul și calificarea personalului și a serviciilor de suport care asigură diagnosticul și tratamentul pacientului din acest pat.

Spitalele reprezintă instituții funcția primară a cărora constă în furnizarea serviciilor de diagnostic, tratament, de îngrijire și a altor servicii profesionale pentru pacientul cu necesități sanitare. Spitalele au cel puțin șase paturi, o echipă organizată de medici și asistente medicale. WHO consideră instituția drept spital dacă în aceasta permanent activează cel puțin un medic, în ea sunt create condiții pentru cazarea pacientului și ea este capabilă să furnizeze pacientului o asistență medico-sanitară și de îngrijire activă.

Anexa 10.8. Tipurile de spitale.

Spitalele de asistență de scurtă durată sunt spitalele în care mai mult de jumătate din pacienți sunt internați în secții cu o durată medie de spitalizare mai mică de 30 de zile. Astfel de spitale sunt spitalele clinice, generale, comunitare și districtuale care oferă un spectru larg de servicii, precum și spitalele specializate care își orientează eforturile asupra categoriilor de pacienți specifice după vârstă, sex sau diagnosticul clinic.

Spitalele de asistență de lungă durată sunt acelea în care mai mult de jumătate din pacienți sunt internați în secții cu o durată medie de spitalizare mai mare de 30 de zile. Acestea pot fi spitale speciale la administrarea cărora participă spitalele de asistență de scurtă durată.

Instituțiile de îngrijire reprezintă unități sanitare cu cel puțin trei paturi care furnizează o asistență de îngrijire a vârstnicilor, persoanelor cu handicap sau bolnavilor cronici. În cadrul acestor instituții activează una sau mai multe asistente medicale licențiate care îngrijesc de cel puțin jumătate din persoanele rezidente. Instituțiile de îngrijire calificată oferă o îngrijire medicală mai intensivă, care se măsoară în ore de asistență de îngrijire pentru un pacient pe zi.

Hotelurile medicale sunt instituții rezidențiale din componența centrelor medicale pentru cazarea pe noapte a pacienților care sunt investigați sau tratați la momentul actual.

Spitalele de asistență paliativă reprezintă instituții de pe lângă centrele medicale, organizate pentru a acorda o asistență umană, individualizată și familial orientată pacienților muribunzi.

Spitalele non-profit sunt administrate de către organizații guvernamentale, de voluntariat, religioase și universități, obiectivele cărora nu includ obținerea profitului financiar.

Spitalele private sunt instituții gestionate pentru profit de către persoane individuale, companii sau corporații.

Spitalele generale oferă servicii de diagnostic și tratament pentru pacienții cu diferite afecțiuni medicale sau activează în mai multe domenii ale medicinei (spre exemplu, medicina internă, medicina specializată, chirurgia generală, chirurgia specializată și obstetrică). Spitalele care oferă o asistență medico-sanitară mai limitată nu se consideră drept spitale generale.

Spitalele comunitare deserveșc un oraș sau municipiu și sunt de obicei spitale generale de asistență de scurtă durată (durata medie de spitalizare mai mică de 30 de zile).

Spitalele districtuale sunt spitale generale care deserveșc populația unui district și care oferă cel puțin patru servicii de bază: medicină internă, chirurgie, obstetrică-ginecologie și pediatrie.

Spitalele clinice sunt instituții gestionate de sau afiliate la o facultate de medicină a unei universități sau unui institut.

Spitalele speciale reprezintă instituții care oferă servicii medico-sanitare speciale (pediatrice, psihiatrice, ftziatrice, geriatrie, de reabilitare, de tratament a dependenței de alcool și droguri) majorității pacienților internați.

Spitalele de asistență terțiară sunt spitale clinice de referință; spitalul de asistență secundară reprezintă un spital comunitar sau districtual care furnizează o varietate largă de servicii medico-sanitare; spitalul de asistență primară reprezintă un spital comunitar limitat dintr-o regiune rurală.

Sursa: *Health, United States, 1996/1997*, and American Hospital Association website <http://www.aha.org/>

Spitalele pot fi non-profit și cu profit. Majoritatea spitalelor sunt gestionate în baze non-profit de către organizații guvernamentale, municipalități, organizații religioase sau de voluntariat. În Marea Britanie spitalele antecedent gestionate de NHS sunt trecute sub jurisdicția trusturilor publice, care le administrează în bază de non-profit. În țările scandinave, spitalele districtuale și alte servicii medico-sanitare locale sunt gestionate de către departamentele districtuale de sănătate. Spitalele generale private, deși numărul lor este în creștere, sunt încă mai puține decât spitalele generale care activează în baze non-profit. Totodată sunt foarte răspândite instituțiile private de asistență a bolnavilor cronici.

În Statele Unite, Canada și Israel asistența de lungă durată a vârstnicilor și persoanelor cu handicap este dominată de instituțiile private cu profit. În aceste țări, instituțiile private în acest domeniu au apărut datorită insuficienței resurselor publice pentru furnizarea directă a acestor servicii. Odată cu evoluția istorică a sistemului de achitări pentru asistența medico-sanitară au apărut și interese de profit în domeniul medicinei. Prin măsuri de supraveghere și reglare statale au fost reduse cazurile de abuz și exploatare apărute în 1960 în instituțiile sanitare private. Totodată în astfel de instituții standardele asistenței medico-sanitare pot fi compromise de interese financiare. Există totuși exemple demne de urmat de gestionare pe scară largă și eficientă a instituțiilor de asistență de lungă durată de către organizații private, în aceste instituții fiind acordată o asistență medico-sanitară de calitate în conformitate cu standardele în vigoare. Spitalele de asemenea se împart după tipurile de servicii furnizate, populația deservită și durata medie de spitalizare (vezi Anexa 10.8).

Asigurarea cu paturi spitalicești

Asigurarea cu paturi spitalicești se măsoară în paturi spitalicești la 1000 de populație. Acest indice variază în limite largi în dependență de țară. Inițial spitalele erau înființate de autorități bisericești sau religioase, municipalități sau societăți de voluntariat sau de guverne locale, statale și naționale fără a respecta careva criterii de planificare. În prezent în toate sistemele sanitare indiferent de metodele de administrare și finanțare, asigurarea cu paturi spitalicești și utilizarea acestora sunt de o importanță fundamentală pentru economia și planificarea sanitară.

Asigurarea cu paturi spitalicești frecvent este un instrument de influență politică. În unele țări spitalele tradițional reprezentau centre de refugiere de la condițiile precare de viață, climă și condițiile sociale. Această situație este caracteristică în special pentru regiunile rurale cu un acces dificil la asistența medico-sanitară. Cererea majorării numărului de paturi spitalicești poate veni de la un medic sau de la publicul general. Liderii politici optează frecvent

pentru majorarea numărului de paturi din interese de a asigura noi locuri de muncă, a înlesni accesul la asistența medico-sanitară și de a crea o senzație publică de prosperitate. Majorarea sau reducerea numărului de paturi spitalicești reprezintă una din cele mai controversate și dificile probleme ale planificării și politicii sanitare. În cazul în care politicienii sunt responsabili de achitarea costurilor serviciilor spitalicești, ei reușesc să reziste presiunilor permanente de majorare a numărului de paturi. Este necesară o rezolvare rațională a acestei probleme pentru ca deschizând noi paturi spitalicești a nu se ajunge la un deficit de resurse și posibilități pentru gestionarea acestora. Este mult mai greu să închizi paturile spitalicești excesive deoarece aceasta înseamnă pierderea locurilor de muncă în comunitate, dacă această reducere a numărului de paturi nu este însoțită de transferarea personalului eliberat în alte servicii, ceea ce de asemenea este o procedură dureroasă.

Patul spitalicesc are importante implicații economice pentru întregul sistem sanitar. Costul unui pat este apreciat prin împărțirea cheltuielilor totale ale spitalului la numărul total de paturi. Cheltuielile de construcție și instalare a unui pat spitalicesc în mediu sunt echivalente cu costul gestionării unui pat în timp de 2-3 ani. Decizia de a deschide un pat obligă sistemul sanitar la cheltuieli suplimentare nedefinite chiar dacă acest pat nu este utilizat din interese profesionale sau economice. Planificarea spitalului nu mai este în prezent lăsată pe seama instituției chiar dacă această instituție face parte din cel mai competitiv sistem sanitar din lume.

Majorarea numărului de paturi spitalicești și dificultățile ulterior apărute în gestionarea acestora este o situație caracteristică pentru țările dezvoltate și cele în curs de dezvoltare. Asigurarea excesivă cu paturi spitalicești este argumentată prin rata înaltă de utilizare a patului și durata îndelungată de spitalizare. În țările în care nu există metode de stimulare a eficienței spitalelor pacienții tind să stea o perioadă îndelungată în staționar. Acest fapt rezultă în costuri sanitare totale enorme ale asistenței medico-sanitare, precum și în erori medicale și infecții nozocomiale frecvente. Capacitatea excesivă de paturi

spitalicești poate fi redusă prin mai multe căi. Este esențial de a micșora numărul de paturi, reduce personalul sau chiar a închide instituțiile medico-sanitare inutile.

Începând cu anii 1980 în multe țări excesul de utilizare a patului spitalicesc a fost înlăturat prin micșorarea duratei de spitalizare, majorarea eficienței procedurilor diagnostice, micșorarea incidenței intervențiilor chirurgicale inutile și adoptarea metodelor miniinvazive (spre exemplu, chirurgia conservativă a cancerului mamar, chirurgia endoscopică). Serviciile de ambulator au înlocuit asistența spitalicească în multe domenii ale chirurgiei, inclusiv chirurgia ochiului, urechii, nasului, gâtului, precum și în asistența oncologică, hematologică, psihiatrică și de medicină internă (Capitolul 11).

Dezvoltarea alternativelor asistenței spitalicești, cum ar fi asistența la domiciliu permite externarea precoce a pacienților acuți, oferindu-le servicii la domiciliu (îngrijire, fizioterapie, perfuzii intravenoase, schimbarea pansamentelor, înlăturarea suturilor). Instituțiile de reabilitare reprezintă o alternativă mai puțin costisitoare de recuperare a funcției după astfel de intervenții chirurgicale cum ar fi implantarea capului artificial femural sau a articulației artificiale a genunchiului. Instituțiile de asistență de lungă durată a pacienților geriatrici care necesită o îngrijire extinsă în timp sunt de asemenea o alternativă reușită a asistenței spitalicești. Închiderea sau reducerea paturilor spitalicești este importantă și pentru ca veniturile profitate de la această închidere să fie utilizate pentru dezvoltarea și gestionarea serviciilor de alternativă. Totodată pentru lărgirea serviciilor de alternativă pot fi necesare investiții până la acumularea mijloacelor financiare provenite din reducerea utilizării spitalului.

Sistemul de achitare a costurilor sanitare după metoda capitației stimulează sistemele sanitare districtuale sau cele de asistență controlată să limiteze internările și durata de spitalizare. În Suedia în anii 1980 cheltuielile sanitare totale au fost reduse semnificativ pe seama reducerii numărului de paturi spitalicești, aceasta nereflectându-se asupra indicilor sănătății populației.

Implementarea în Statele Unite a sistemelor de asistență controlată și a grupurilor cu diagnosticuri înrudite (DRG) are un efect similar. Capitația la nivel de sistem sanitar districtual duce la micșorarea tot mai vădită a numărului de paturi spitalicești în Marea Britanie. Asigurarea cu paturi spitalicești este un domeniu complex și controversat. Totodată managementul adecvat al paturilor spitalicești este de o importanță esențială pentru funcționalitatea sistemului sanitar, în special, în condițiile îmbătrânirii populației și majorării numărului de persoane cu afecțiuni cronice care necesită o asistență medico-sanitară costisitoare de lungă durată (Capitolul 11).

Schimbarea rolului spitalului

Spitalele contemporane sunt tot mai modern echipate, iar gestionarea lor este tot mai costisitoare. Sub influența costurilor crescânde, stimularea formelor alternative de asistență a dus la dezvoltarea asistenței la domiciliu, a serviciilor ambulatorii și a instituțiilor de asistență de lungă durată. Condițiile organizatorice și economice contemporane au plasat spitalul într-un context cu asistența comunitară care reprezintă o alternativă esențială a asistenței spitalicești; totodată în aceste circumstanțe noi devine importantă integrarea acestor două alternative.

Fiind un element cheie al oricărui sistem sanitar, odată cu avansarea realizărilor tehnologice și a managementului sanitar, spitalul suferă modificări în structura sa organizatorică. Răspândirea practicii de asistență medico-sanitară controlată însoțită de reducerea numărului de zile-pat impune necesitatea reorganizării asistenței spitalicești cu dezvoltarea serviciilor ambulatorii de diagnostic și tratament, precum și a asistenței la domiciliu. Integrarea serviciilor medico-sanitare spitalicești și comunitare necesită modificarea culturii manageriale și a metodologiei comunitar orientate. Interesarea vădită a personalului medical în calitatea serviciilor prestate a devenit o parte componentă a acestei culturi manageriale sanitare.

În țările unde spitalele sunt gestionate de Ministerul Sănătății sau Serviciul Național de Sănătate în ultimul timp se observă o tendință de transmitere a acestora în proprietatea agențiilor sau trusturilor non-profit ori de integrare a lor în programele autorităților districtuale de sănătate. Competiția pentru pacienți și modul de achitare al serviciilor prin metoda grupurilor de diagnosticuri înrudite va majora necesitatea în asistență spitalicească de excelență și a unui management adecvat al spitalelor pentru supraviețuirea financiară a acestora. Aceste tendințe sunt observate în Marea Britanie, Israel și multe alte țări care se află în perioada de tranziție de la sistemul sanitar sovietic la un sistem sanitar mai puțin centralizat cu o mai mare competitivitate în asistența medico-sanitară. O altă tendință a reformei sanitare este transmiterea spitalelor autorităților sanitare districtuale, după exemplul țărilor scandinave.

În Statele Unite rețeaua de spitale se dezvoltă atât în sectorul cu profit, cât și în cel non-profit. Contractarea spitalelor de către organizațiile de asistență controlată a eliminat sistemul vechi când spitalizarea pacientului asigurat depindea de faptul unde doctorul care-l deservește are privilegii sau în care spital acest doctor lucrează. Corporațiile spitalicești cu profit, de rând cu organizațiile de asistență controlată, au transformat asistența medico-sanitară într-un produs de vânzare-cumpărare mult mai profitabil decât alte produse din alte sectoare ale economiei private. În prezent poate fi observată tendința de contopire a spitalelor după exemplul contopirii companiilor pentru a realiza o politica economică și financiară mai eficientă.

Anexa 10.9. Contopirea spitalelor în districtul Los Angeles – Universitatea din California, Los Angeles (UCLA), Centrul de Științe Medicale și Programul de asistență a persoanelor dezavantajate din comunitate.

Los Angeles reprezintă un centru urban polietnic din California de Sud cu o populație în creștere de peste 9 milioane de oameni. În acest oraș au fost construite un număr mare de spitale gestionate de organizații non-profit religioase, etnice, departamentul districtual de sănătate din Los Angeles, universități, precum și de organizații cu profit. Rata pat spitalicesc – populație în anii 1980 și 1990 constituia 3,4 la 1000 de locuitori. Implementarea în anii 1980 a sistemului de achitare a serviciilor spitalicești după metoda

diagnosticurilor înrudite, precum și implicarea tot mai mare a spitalelor în asistența controlată a dus la reducerea cu 45% a numărului de paturi spitalicești până în anul 1996. În rezultat multe spitale sunt vândute sectorului privat, unele sunt amenințate de închidere, iar altele sunt convertite în instituții de asistență ambulatorie.

Centrul de Științe Medicale al UCLA, fiind un spital clinic, aparținea și era gestionat de universitate. La mijlocul anilor 1990 acest centru a încheiat contracte de furnizare a asistenței medico-sanitare cu mai multe organizații de asistență controlată, deservind un număr mare de oameni din districtul Los Angeles. Cu scop de lărgire a bazei comunitare acest centru a procurat mai multe spitale comunitare și a încheiat acorduri de afiliere cu instituțiile medicale din vecinătatea orașului. Aceasta a dus la stabilirea unor condiții înalt competitive de asistență medico-sanitară a populației deservite. În acest sistem accentul este pus pe stabilirea contractelor individuale cu serviciile de asistență medico-sanitară primară. Centrul de Științe Medicale se ocupă cu reconstruirea spitalului care a fost afectat de cutremurul de pământ din 1994 și cu renovarea puținelor paturilor spitalicești. Această strategie de supraviețuire a fost adoptată pentru a asigura rolul didactic și de spital comunitar al Centrului în noile condiții economice apărute în secolul XXI.

Sursa: UCLA Medical Center, *Health Sciences*. 1998.

Reglarea spitalelor

Statul are responsabilitatea și autoritatea de a asigura standardele sanitare ale populației. Licențierea instituțiilor medicale este una din metodele tradiționale utilizate pentru apărarea intereselor publice și prevenirea practicilor medicale dăunătoare în instituțiile de asistență medico-sanitară. Procedura de licențiere oferă baza legislativă de reglare a standardelor și conținutului serviciului, precum și o metodă de control a cheltuielilor (Capitolul 11).

Statul deține un arsenal întreg de măsuri de reglare a activității spitalelor dintre care una este reprezentată de mecanismul de control al achitărilor, care oferă autorităților statale posibilitatea negocierii standardelor și conținutului asistenței medico-sanitare. O altă metodă este reglarea numărului de paturi spitalicești de către autoritatea sanitară respectivă. A treia modalitate de reglare o reprezintă controlul cheltuielilor capitale, a patra – acreditarea spitalelor. Numărul responsabilităților reglatorii ale statului variază de la o țară la alta și de obicei depinde de împărțirea responsabilităților între diferite nivele de

guvernare și dimensiunile țării. La general autoritățile statale și locale au cea mai mare influență asupra spitalelor deoarece sunt mai aproape de acestea. În țările unde spitalele sunt gestionate direct de către agențiile guvernamentale naționale, se dezvoltă un conflict de interese referitor la dreptul de autogestionare.

Într-un sistem sanitar înalt centralizat exercitarea de către organele guvernamentale a rolurilor complexe de finanțare, gestionare și reglare a spitalelor poate avea unele avantaje, totodată eliminarea situațiilor de conflict dintre autoritățile locale și guvernamentale joacă un rol decisiv în furnizarea serviciilor medico-sanitare de calitate. În ultimul timp tot mai răspândită în sistemele naționale de sănătate este practica de separare a funcțiilor de finanțare și reglare de cea de gestionare.

Reglarea activității spitalului din partea organizațiilor guvernamentale face absolut necesară și obligatorie practica de acreditare a spitalelor de către agențiile non-guvernamentale, standardele de acreditare fiind acceptate în mod obligator de către guvern. Acreditarea obligatorie a spitalelor și instituțiilor de asistență de lungă durată în Statele Unite și existența unui sistem de inspectare de către NGO a calității serviciilor prestate eliberează guvernul de necesitatea creării unui sistem masiv de reglare și inspecție a sistemului sanitar.

PERSONELE NEASIGURATE CA PROBLEMĂ A SĂNĂTĂȚII PUBLICE

În prezent 40 milioane de americani neasigurați medical și un număr mare de persoane cu acces redus la asistența medico-sanitară constituie o problemă majoră a sănătății publice a Statelor Unite. Numeroase eforturi și activități ale departamentelor municipale de sănătate sunt focusate asupra acestei populații sărace cu necesități sanitare majore. Acoperirea vârstnicilor și săracilor cu

asistență medico-sanitară prin intermediul programelor Medicare și Medicaid a oferit baza pentru protecția sănătății acestor grupuri dezavantajate ale populației, totodată au rămas vulnerabile persoanele de vârstă prepensionară și cele cu un venit mediu mic. În timp ce problema devine tot mai acută odată cu creșterea numărului de neasigurați după tentativa nereușită de aprobare a programului național de asigurare din 1994, tot mai insistent răsună inițiativele federale și statale de lărgire a programului Medicaid pentru orientarea lui în special asupra a 20% din copiii neasigurați. Statele Unite, deși fiind unica țară industrializată fără un sistem național de asigurare, a stabilit alte mecanisme cu efecte sanitare pozitive cum ar fi programul alimentar școlar și o mulțime de programe speciale de promovare a asistenței prenatale, imunizării, screening-ului pentru depistarea intoxicațiilor cu plumb, a mamografiei, frotiului Pap și a altor servicii preventive. Nu poate fi prezis timpul și probabilitatea aprobării în Statele Unite a asigurării medicale naționale. Rezultatul târăgănării continue a acestui proces va fi dezvăluirea incompletă a potențialului sanitar național american, atât pentru cetățeanul individual, cât și pentru întreaga națiune.

REZUMAT

Organizațiile sanitare publice de nivel local, statal și național se ocupă de definirea scopurilor sanitare și a căilor de atingere ale acestora. Într-un sistem echilibrat de asistență medico-sanitară resursele trebuie împărțite rațional între diferite servicii preventive, curative și ecologice. Resursele trebuie alocate pentru satisfacerea necesităților sanitare ale tuturor grupurilor vulnerabile ale populației, recunoscând în același timp faptul că unele grupuri populaționale au necesități sanitare mai mari decât altele. Problemele sanitare importante ale nutriției, sanitației, condițiile precare de viață și socio-economice afectează disproporțional săracii și vârstnicii. Strategia politică publică trebuie să ia în

considerație necesitatea asigurării calității asistenței medico-sanitare furnizate de către instituțiile medicale, această calitate fiind menținută de dezvoltarea și respectarea standardelor de asistență, de procedura de licențiere și prin mecanisme de management al calității.

După înființarea Serviciului Spitalicesc Marin pe parcursul a două secole în sănătatea publică a Statelor Unite au fost obținute progrese impresionante. În pofida lipsei sistemului național de asigurare medicală SUA este liderul mondial în elaborarea mecanismelor administrative de îmbunătățire a eficienței asistenței medico-sanitare.

Revoluția în asistența medico-sanitară din Statele Unite din anii 1990 caracterizată prin emergența asistenței controlate a dus la o reorganizare pe scară largă a spitalelor cu o integrare verticală și orizontală, ceea ce s-a soldat cu apariția rețelei de servicii spitalicești și integrarea spitalelor cu asistența primară. Tentativele de creare a sistemului secolului XXI de asistență medico-sanitară necesită schimbarea organizării spitalelor. Aceste schimbări includ micșorarea dimensiunilor și numărului, dezvoltarea serviciilor ambulatorii și de asistență la domiciliu și integrarea cu serviciile de asistență primară pentru a asigura afluxul de pacienți. Rolul determinant al furnizorilor de asistență medico-sanitară primară și comunitară în utilizarea spitalului, care determină la rândul său posibilitatea de supraviețuire a acestuia va duce la o orientare comunitară a întregului sistem sanitar.

În Statele Unite sănătatea publică a fost separată și inegală în drepturi cu serviciile medicale. Avansarea asistenței controlate și includerea în acest program a unei părți majore a populației s-a soldat cu apariția problemelor profesionale și economice în ambele lagăre. Sănătatea publică organizată a Statelor Unite este în căutarea unor legături mai apropiate cu sistemul de asistență controlată pentru a promova conceptul complex al Noii Sănătăți Publice. Organizațiile de asistență controlată de rând cu apărarea intereselor pacientului și a propriilor interese economice, trebuie să se ocupe și de promovarea sănătății. Dacă în condițiile de astăzi sănătatea publică va rămâne

în afara organizării și finanțării serviciilor de asistență personală, izolarea sănătății publice în Statele Unite va crește considerabil.

Noua Sănătate Publică reprezintă o abordare complexă a asistenței medico-sanitare, în cadrul căreia o atenție deosebită este acordată interdependenței serviciilor medicale și spitalicești, prevenției și promovării sănătății. Medicina clinică, managementul serviciilor medico-sanitare și sănătatea comunitară sunt domenii interactive atât în Statele Unite, cât și în alte țări. În Europa de Nord și Marea Britanie sistemele districtuale de sănătate sunt responsabile de sănătatea comunitară și asistența personală de toate nivelele, finanțând aceste domenii sanitare prin metoda capitației. În Statele Unite lipsa sistemului național de asigurare medicală și a sistemului central de achitare a avut un efect paradoxal, ducând la evoluarea sistemului de asistență controlată care îmbină toate nivelele de asistență medico-sanitară. Totodată sănătatea publică rămâne detașată de acest proces, fiind organizată și finanțată separat.

Noua Sănătate Publică caută să stabilească legături strânse între acele activități ale autorităților locale, statale și naționale care promovează sănătatea populației, inclusiv asigurarea asistenței personale în spitale, comunitate și în instituțiile de asistență de lungă durată. Noua Sănătate Publică caută să stabilească legături strânse între agențiile guvernamentale locale, statale și naționale și serviciile nonguvernamentale care promovează sănătatea populației, inclusiv furnizarea controlată sau individuală a asistenței personale în spitale, comunitate și în instituțiile de asistență de lungă durată.

SURSE ELECTRONICE

Agenția pentru Cercetări Științifice în domeniul Politicii Sanitare:

<http://www.ahcpr.gov/>

Asociația Americană a Spitalelor: <http://www.aha.org/>

Asociația Americană de Sănătate Publică: <http://www.apha.org/>

Biroul de Asistență Medico-sanitară Primară, DHHS:

<http://www.bphc.hrsa.gov/>

Centrele de Epidemiologie și Medicină Preventivă, DHHS:

<http://www.cdc.gov/>

Departamentul de Sănătate și Servicii Umane (DHHS): <http://www.hhs.gov/>

Departamentul de Finanțare a Asistenței Medico-sanitare, DHHS:

<http://www.hcfa.gov/>

Indicii Asistenței Medico-sanitare, Statele Unite:

<http://www.hcfa.gov/stats/indicatr/indicatr.htm> și DNHS@hcfa (Indicii Sanitari Naționali)

Sănătatea, Statele Unite, 1998:

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

Instituții, Resurse Sanitare și Administrarea Serviciilor Obligatorii prin Legea Hill-Burton: <http://www.hrsa.dhhs.gov/osp/dfer/obtain/hbstates.htm>

Servicii Sanitare Indiene, DHHS: <http://www.ihs.gov/>

Institutul de Medicină, Academia Națională de Științe:

<http://www.nas.edu/IOM/IOMHome.nsf>

Comisia Unită de acreditare a Instituțiilor Medicale:

<http://www.jcaho.org/index.htm>

Centrul Național de Statistică Medicală: <http://www.cdc.gov/nchswww/>

Institutul Național de Sănătate: <http://www.nih.gov/>

LECTURĂ RECOMANDATĂ

- Afifi, A., Breslow, L. 1994. The maturing paradigm of public health. *Annual Review of Public Health*, 15:223-235.
- Alpert, J. J. 1998. Editorial: Serving the medically underserved. *American Journal of Public Health*, 88:347-348.
- Centers for Disease Control. 1996. Historical perspectives of CDC. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45:526-530.

- Centers for Disease Control. 1997. Estimated expenditures for essential public health services - selected states, fiscal year 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46:150-152.
- Centers for Disease Control. 1999. Ten great public health achievements - United States, 1900-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48:241-243.
- Centers for Disease Control. 1999. Achievements in public health, 1900-1999: changes in the public health system. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48:1141-1147.
- Citrin, T. 1998. Topics of our time: Public health - Community or commodity: Reflections on healthy communities. *American Journal of Public Health*, 88:351-352.
- Oberle, M. W., Baker, E. L., Magenheimer, M. J. 1994. Healthy people 2000 and community health planning. *Annual Review of Public Health*, 15:223-235.
- Rosenbaum, S., Hawkins, D. R., Rosenbaum, E., Blake, S. 1998. State funding of medical care service programs for medically underserved populations. *American Journal of Public Health*, 88:357-363.

BIBLIOGRAFIE

- American Public Health Association. 1991. *Healthy Communities 2000: Model Standards*, Third Edition. Washington, DC: APHA.
- Buttery, C. M. G. 1991. *Handbook for Health Directors*. New York: Oxford University Press.
- Centers for Disease Control. 1991. *Profile of State and Territorial Public Health Systems: United States, 1990*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.
- Centers for Disease Control. 1997. Estimated expenditures for essential public health services - Selected states, fiscal year 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46:150-152.
- Green, L. W., Ottoson, J. M. 1994. *Community Health*, Seventh Edition. St. Louis: Mosby.
- Institute of Medicine. 1988. *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press.
- Lasker, R. D. (ed.) and Committee on Medicine and Public Health. 1997. *Medicine and Public Health: The Power of Collaboration*. American Public Health Association and American Medical Association. New York: New York Academy of Medicine.
- Mill, J. S. 1869. *On Liberty*. London: Bartleby Co. (www.bartleby.com/130).
- Miller, C. A., Moos, M.-K. 1981. *Local Health Departments: Fifteen Case Studies*. Washington DC: American Public Health Association.

- Patrick, D. L., Erickson, P. 1993. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press.
- Pickett, G., Hanlon, J. J. 1990. *Public Health Administration and Practice*, Ninth Edition. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing.
- Rohrer, J. E. 1996. *Planning for Community-Oriented Health Systems*. Washington, DC: American Public Health Association.
- Turnock, B. J. 1997. *Public Health: What It Is and How it Works*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- United States Department of Health and Human Services. 1992. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. DHHS Publication PHS 91-50212. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- United States Department of Health and Human Services. 1994. *Healthy People 2000 Review, 1994*. DHHS Publication No. (PHS) 94-1256-1. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- United States Department of Health and Human Services. 1998. *Health, United States, 1998: with Socioeconomic Status and Health Chartbook*. DHHS Publication No. (PHS) 98-1232.
- Williams, S. J., Torens, P. R. (eds). 1998. *Introduction to Health Services*, Fifth Edition.