

# **IMPACTUL STĂRII ECONOMIEI ASUPRA REFORMEI SANITARE ÎN ROMÂNIA**

**Dr. Marcela IRIMIE**

Reforma sistemului de sănătate constituie una din componentele procesului de reașezare a structurilor economice și sociale pe principiile noului tip de economie, numit economia de piață.

Sistemul actual de sănătate, nu poate fi decât reflectarea fidelă a stării economiei

românești, impactul acestea asupra sănătății fiind deosebit de complex.

De altfel studiile de specialitate au demonstrat că o stare de sănătate bună este datorată în proporție de 90% calității mediului economico - social în care trăiesc oamenii și doar în proporție de 10% îngrijirilor de sănătate.

## **1. REFORMA SANITARĂ: CONTEXT ȘI FACTORI DE INFLUENȚĂ**

Tranziția spre noul tip de economie a condus la apariția unor disfuncționalități în marea majoritate a structurilor economico-sociale.

Impactul asupra sistemului sanitar este de regulă, asociat cu degradarea stării de sănătate a populației. Însănătosirea sistemului este sperată prin procesul de reformă.

Însă realismul unei strategii de reformă, apte să permită însănătosirea sperată depinde de luciditatea cu care este analizat contextul - intern și internațional - în care s-a lansat și urmează a fi concretizat programul de reformă și de identificarea factorilor care pot facilita și/sau frâna programul stabilit.

## **2. CONTEXTUL NAȚIONAL ȘI EUROPEAN AL REFORMEI**

România se confruntă în prezent cu un dublu proces de tranziție.

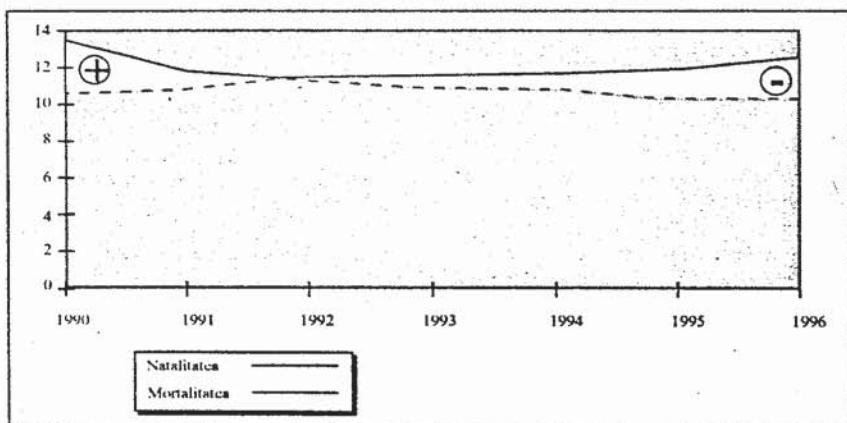
I. Pe plan intern țara noastră parcurge tranziția spre noul tip de economic - numit economia de piață. Reașezarea structurilor economice și sociale pe principii noi se dovedește a fi un proces dificil de realizat și cu consecințe diverse. În mod firesc sectorul sanitar nu a rămas "imun" la convulsiile acestui proces, fiind unul din cele mai afectate domenii.

O analiză, fie și sumară a contextului economico-social actual pune în evidență o multitudine de aspecte- unele "inedite" - cu impact direct asupra stării de sănătate a populației și implicit asupra potențialului creator al segmentului activ. Între acestea

insecuritatea socială, tinde să devină trăsătura definitorie a procesului de tranziție. Este unul din aspectele "inedite" care contribuie la diversificarea și sporirea riscului îmbolnăvirilor. Insatisfațiile profesionale, stresul, suprafatul sporesc incidența deceselor prin afecțiuni cardiovasculare. O serie de riscuri mai puțin cunoscute înregistrează o frecvență îngrijătoare. Suicidul cu motive economice, decesele datorate supradozelor de droguri, accidentele și traumatismele datorate indisciplinei (la locurile de muncă și în rețelele de transport) și intensificările traficului au contribuit substanțial la creșterea ratei mortalității în ultimii ani (graficul nr. 1).

Graficul nr.1

Natalitatea, mortalitatea și sporul natural ale populației



Sursa: MS, Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală, Anuar de statistică sanitară, 1996, p.15.

În ultimii ani rata mortalității a crescut de la 10,6 decese/1000 locuitori în 1990 la 12,6 decese/1000 locuitori în 1996. O rată de peste 10‰ (considerată, de regulă, înaltă) este consecință înrăutățirii condițiilor de viață dar și tendinței de imbolnăvire a populației.

România nu este singura țară europeană cu mortalitate generală de peste 10‰.<sup>1</sup> Nivelul înregistrat în țara noastră se

situază sub cel înregistrat în Ucraina (14,2%), Ungaria (14,4%) sau Federația Rusă (14,5%) și destul de apropiat de cel al Danemarcei (12,1%) și al Marii Britanii (11,3%).

Analiza nivelului mortalității generale pe grupe de vîrstă este mult mai sugestivă pentru a argumenta impactul negativ al tranzitiei asupra stării de sănătate a populației.

Tabelul nr.1

Structura decedaților pe grupe de vîrstă<sup>a</sup>

| Crestere de vîrstă | 1990  | 1991  | 1992  | 1993  | 1994  | 1995  |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| TOTAL: din care:   | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 0-19 ani           | 5,9   | 4,7   | 4,1   | 4,1   | 4,1   | 3,8   |
| 20-39 ani          | 4,7   | 4,4   | 4,4   | 4,3   | 4,3   | 4,2   |
| 40-59 ani          | 17,3  | 17,0  | 17,3  | 17,7  | 18,1  | 18,4  |
| 60-79 ani          | 45,5  | 45,9  | 45,7  | 45,4  | 45,3  | 45,3  |
| 80 ani și peste    | 26,6  | 28,0  | 28,5  | 28,5  | 28,2  | 28,3  |

<sup>a</sup>) Comasarea grupelor statistice de vîrstă ale populației aparține autoarei.

Sursa: Anuar de statistică sanitară, MS, CCSSDM, 1996, p.35.

<sup>1</sup> Rata medie a mortalității generale în EUROPA 15 este de 10 decese/1000 locuitori. O rată de peste 10‰ au și Germania (11‰), Suedia (10,5‰), Belgia (10,4‰), Austria și Portugalia (10‰). În celelalte țări nivelul ratei se situează între 8,6‰ și 9,4‰.

Datele de mai sus ilustrează afirmația. Peste 70% din decese se înregistrează la grupele de vîrstă de peste 60 de ani, cu o ușoară tendință de reducere a mortalității pentru segmentul 60-79 de ani și o creștere pentru grupa de peste 80 de ani. Motivația principală ar putea fi vîrstă, dar nu trebuie ignorat faptul că segmentele menționate sunt între cele mai afectate de tranziție. Insuficiența mijloacelor de subzistență prin erodarea veniturilor acumulate în perioada activă constituie o cauză de loc de neglijat a frecvenței deceselor în acest segment de populație menționat.

Efectul concret al acestei realități este speranța medie de viață net inferioară celei înregistrată de țările Regiunii Europene OMS. Speranța medie de viață în România (65,7 ani bărbații și 73,3 ani femeile) este cu aproksimativ 7-8 ani mai mică decât media Uniunii Europene (73,5 ani bărbații și 80,8 ani femeile), influențând negativ și nivelul indicelui dezvoltării umane.

O evoluție deosebită față de perioada anterioară o înregistrează nivelul mortalității în segmentul de populație cuprins între 40 și 59 ani.<sup>2</sup> Din 1991 mortalitatea la persoanele incluse în grupa de vîrstă menționată a crescut de la 17 decese la 1000 locuitori la 18,4 decese la 1000 locuitori (1995). Această realitate infirmă regula generală (caracteristică țărilor europene dezvoltate), demonstrând cifrică că este segmentul cel mai vulnerabil, mai puțin adaptabil la efectele dure ale tranziției. Fenomenul are semnificație demografică (influențând piramida pe vîrste a populației), dar mai ales economică. Împreună cu grupa 20-39 de ani formează segmentul activ al populației disponind de calificarea și experiența necesare unei activități performante. Or, reducerea ponderii acestei grupe de vîrstă în structura populației afectează resursele de muncă cu efecte directe asupra volumului și calității

activității economice și în același timp erodează principiile fundamentale ale protecției sociale (solidaritatea între generații, între sănătoși și bolnavi etc.).

O consecință alarmantă a tranziției este și scăderea semnificativă a natalității în țara noastră (graficul nr. 1). Insecuritatea materială a segmentului fertil, a tinerelor cupluri (buget de familie insuficient, lipsa condițiilor normale de locuit, "prioritatea" în structura somajului), reticența față de familie ca instituție dar și liberalizarea avorturilor (una din "cuceririle" democratice post-decembристice) au determinat o scădere a numărului născuților vîi de la 13,6 născuți vîi la 1000 locuitori în 1990 (16% în 1989) la 10,4 născuți vîi la 1000 locuitori în 1996.

Cu o natalitate de peste 10 născuți vîi la 1000 locuitori, România devansează țări ca Italia (9,3%), Germania (9,4%), Grecia (9,8%), Spania (9,9%). Exceptând țările nordice, unde rata natalității este de peste 13%, celelalte țări vest-europene înregistrează rate între 10 și 12% născuți vîi la 1000 locuitori.

Din 1992 sporul natural al populației devine însă negativ<sup>3</sup>, cu consecințele de rigoare - demografice și economice. Îmbătrânirea populației modifică piramida de vîrstă contribuind la reducerea segmentului activ și la creșterea ponderii populației apreciate ca mare consumatoare de servicii de sănătate. În planul protecției sociale, fenomenul periclităază principiul solidarității între generații.

Datele statistice demonstrează că pentru sănătate tranziția înseamnă mai mult deteriorare decât ameliorare. Ea generează riscuri noi pentru îmbolnăvirea populației și în același timp, îngustează posibilitățile financiare de refacere a stării de sănătate. Procesul de tranziție obligă sistemul de sănătate să funcționeze mai bine în condițiile "diversificării" activității și a unor bugete deusteritate.

<sup>2</sup> Datele statistice atestă că segmentul menționat este considerat ca fiind unul din cele mai sănătoase, incidența îmbolnăvirilor fiind mult mai redusă comparativ cu restul populației.

<sup>3</sup> Fenomenul nu este singular. În același situație se află și alte țări europene. De exemplu, Ucraina înregistra în 1995 un spor negativ de -3,5%, Ungaria dc -3,1%, iar Germania dc -1,4%.

Dacă admitem adevarul că "sănătatea nu are preț", este inuman și chiar imoral să pretinzi mai bine cu resurse mici.

II. Pe plan european România face eforturi susținute în procesul de tranziție spre structurile comunitare.

În domeniul sănătății, contextul actual oferă României unele atuuri:

- România este membră a OMS încă de la crearea acesteia, fiind inclusă, firesc, în Regiunea Europeană OMS. Cel puțin din acest punct de vedere nu se pune problema "întrării în Europa", țara noastră, în decursul, timpului, manifestându-se ca participantă activă la activitatea Organizației. OMS nu se înscrie în categoria, organizațiilor internaționale "agresive", activitatea sa subordându-se rațiunii pentru care a fost creată și anume apărarea sănătății oamenilor.
- În timp, România a beneficiat de asistență calificată și dezinteresată, ceea ce i-a permis alinierea sistemului sanitar la standardele europene (structura organizatorică a rețelei, structura și raportul dintre categoriile de îngrijiri de sănătate și de personal medical similar, adoptarea clasificării internaționale a diagnosticelor și a nomenclatorului de medicamente și material sanitari etc.). Prin urmare, programul de reformă se poate concentra mai mult asupra "finisării" structurilor organizatorice, evitându-se, astfel, costuri suplimentare;
- Uniunea Europeană manifestă suficientă prudență în recomandările

privind convergența sistemelor de sănătate din țările membre și din viitoarele partenere. De regulă, se rezumă la a recomanda o anumită "sincronizare" a cadrului legislativ în perspectiva liberei circulații a cetățenilor în spațiul european. Altfel spus, ar dori libertatea de circulație doar pentru cei sănătoși, nefiind dispusă la eforturi comunitare pentru alinierea nivelului asistenței medicale în țările membre. Țările avansate sunt destul de "indulgente" când este vorba de "starea" sistemelor de sănătate din țările membre mai puțin dezvoltate sau din cele în "așteptare", insistând asupra priorității eforturilor naționale în acest domeniu. În plus, măsurile existente limitează drastic posibilitățile de deplasare a segmentelor de populație cu probleme de sănătate prin așa-numitele "pașapoarte medicale", formalitățile ce urmează a fi îndeplinite fiind descurajante și, adesea, prohibitive;

- în ultimii ani, sistemele de sănătate din țările europene se află în plin proces de reformă: structurală și/sau evolutivă.

O analiză atentă (și interesată) a mersului reformelor în țările cu sisteme avansate i-ar permite României evitarea greșelilor (unele inerente) în elaborarea și concretizarea strategiei de reformă și, implicit, a unor costuri suplimentare (inutile).

Factorii de decizie în domeniul sănătății nu au voie să ignore avantajul de a învăța din experiența unor țări cu sisteme de sănătate performante.

### 3. FACTORII CONTEXTUALI

În acest context - conturat în linii generale - a demarat reforma sistemului de sănătate în România. Încă din start procesul s-a dovedit mult mai dificil decât s-a anticipat, fiind influențat de o serie de factori contextuali cu rol

diferit: stimulator sau de frână. Dintre aceștia merită să reținuți: a) voința politică; b) viabilitatea financiară și c) capacitatea tehnică.

a) Voința politică este decisivă pentru demararea procesului de reformă. Însă nu

este suficient să fie enunțată; ea trebuie susținută cu un cadru legislativ coerent.

Cadrul legislativ actual oscilează între menținerea vechilor prevederi (care convin) și noi prevederi legislative - unele insuficient fundamentate. De aici confuzia, deruită în aplicarea și respectarea legislației privind sănătatea cu consecințe negative asupra mersului reformei. Nu s-a creat încă o opinie de masă în susținerea măsurilor de reformă de către "beneficiari" (pacienți), mulți manifestând reticență și chiar spaimă față de măsurile preconizate. Se fac afirmații nefundamentate privind unele măsuri (de exemplu, rolul privatizării, al asigurărilor de sănătate), prezентate în opinia unor "actori" ai reformei ca antidot general valabil pentru toate disfuncționalitățile actuale ale sistemului. Se confundă, frecvent, descentralizarea cu privatizarea, considerându-se privatizarea ca o soluție sigură pentru o ofertă corespunzătoare.

S-au făcut și pași semnificativi în acest domeniu. În 1993 s-a lansat proiectul de reformă a sistemului de sănătate. De la 1 ianuarie 1994, 8 județe (Bistrița-Năsăud, Brașov, Buzău, Neamț, Sibiu, Suceava, Vâlcea și Vrancea) au fost incluse într-un experiment-pilot pentru reforma îngrijirilor primare. Cele 8 județe însumau cca 18% din populația țării și antrenau în procesul de reformă 14% din numărul medicilor, peste 17% din dispensare și aproximativ 16% din numărul paturilor de spital. În 1995 s-a hotărât extinderea experimentului încă în 4 județe și în Municipiul București.

De la 1 ianuarie 1996, aproximativ 40% din populație erau cuprinse în reformă cu participarea a peste 40% din numărul medicilor care și desfășurau activitatea în spitale (însumând 40% din numărul paturilor existente) și în peste 33% din dispensarele din rețea. Evaluarea parțială a experimentului a evidențiat clar doar un efort finanțier suplimentar (cu circa 40-45% mai mare comparativ cu celelalte județe), în condițiile în care principali indicatori de sănătate au rămas neschimbați. Experimentul constituie un

test pentru un alt mod de organizare și furnizare a serviciilor primare, iar concluziile - pozitive și/sau negative - un capital de fructificat în generalizarea reformei.

Concomitent s-au instituționalizat structurile necesare derulării reformei implicând toți factorii responsabili. Astfel s-au constituit Consiliul Național de Coordonare a Reformei, Comitetul Național consultativ, grupuri de lucru pluridisciplinare și pe probleme specializate.

Din păcate, voința de reformă a sistemului sanitar este mai mult în sprijinul politicienilor și mai puțin a pacienților. Strategia actuală este dominată de negări și reproșuri și mai puțin de continuitate. Ea este intens "colorată" politic, făcându-se abstracție de faptul că starea de sănătate a populației necesită diagnostice și nu orientare politică. Se exagerază rolul reformei în îmbunătățirea indicatorilor stării de sănătate, deși contribuția sistemului sanitar este modestă comparativ cu "starea condițiilor economico-sociale".

b) **Viabilitatea finanțieră** reprezintă factorul crucial în derularea reformei. O stare economică precară este un obstacol în realizarea reformei. Sănătatea se confruntă cu două diagnostice sigure: 1) **insuficiența resurselor disponibile** în raport cu ritmul rapid de creștere a costurilor îngrijirilor, care presupun surse tot mai mari pentru susținerea finanțieră și 2) **costurile ridicate ale reformelor structurale** în condițiile recesiunii economice.

În marea majoritate a cazurilor orice referire la resursele repartizate sănătății trimite, în principal, la comparații internaționale (de regulă cu țări dezvoltate) și mai puțin la comparații în dinamică sau cu alte destinații concurente.

Potrivit datelor statistice, România alocă un procent mai mult decât modest din produsul intern brut, comparativ cu celelalte țări europene (tabelul nr. 2).

Ponderarea cheltuielilor destinate sănătății n-a depășit 3% în medie, fiind de 2 ori mai mică decât media țărilor est-europene și de 3 ori mai mică decât cea a țărilor europene dezvoltate.

Tabelul nr. 2

## Evoluția ponderii cheltuielilor pentru sănătate în PIB

|                                  | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | % |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|---|
| TOTAL, din care:                 | 2,7  | 2,8  | 3,1  | 3,0  | 3,1  | 3,2  | 3,1  |   |
| - bugetul de stat                | 2,7  | 2,8  | 2,5  | 1,9  | 2,0  | 2,0  | 1,9  |   |
| - bugetul local                  | -    | -    | -    | 0,5  | 0,5  | 0,6  | 0,6  |   |
| - fondul special pentru sănătate | -    | -    | 0,6  | 0,6  | 0,6  | 0,6  | 0,6  |   |

Sursa: *Health Care Systems in Transition Romania, WHO, ROE, 1996, p.11.*

Sumele alocate sănătății au crescut an de an, diversificându-se și sursele de constituire a acestora (tabelul nr. 3).

Spre exemplu, numai sumele alocate sănătății de la bugetul de stat au crescut de peste 180 de ori în 1997 față de 1990. În același timp au crescut cheltuielile pe o persoană destinate îngrijirii sănătății. Este însă riscant să considerăm că sumele alocate au fost sau nu suficiente. Cert este că nu se poate afirma că sănătatea a fost neglijată prin politica bugetară.

Un volum mai "consistent" de resurse ar fi posibil prin sporirea sumelor alocate

din PIB (ponderea mai mare sau pondere "modestă", dar raportată la un volumul crescut) concomitent cu extinderea surselor de finanțare.

Soluția sigură și viabilă, pentru un asemenea deziderat, este o economie sănătoasă, caracterizată printr-o creștere economică susținută și o stabilitate a prețurilor. În aceste condiții, există garanția sporirii volumului produsului intern brut și totodată garanția participării tuturor surSELOR la constituirea unui buget al sănătății; apt să răspundă, într-o măsură mai mare, cheltuielilor reale pentru sănătate.<sup>4</sup>

Tabelul nr. 3

## Evoluția cheltuielilor publice pentru sănătate

|                                       | 1990 | 1991 | 1992  | 1993  | 1994   | 1995   | 1996   | 1997** |
|---------------------------------------|------|------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|
| -Chelt. totale<br>mild. lei           | 23,5 | 71,1 | 152,9 | 532,9 | 1424,9 | 1983,0 | 2824,6 | 5215,4 |
| -Chelt.pe.loc.<br>(lei)               | 1013 | 3070 | 6725  | 23419 | 62688  | 87434  | 124542 | 229950 |
| -Crescerea<br>cheltuielilor<br>totale | -    | 3,0  | 6,5   | 22,7  | 60,6   | 84,4   | 120,2  | 221,9  |
| pe loc(față de 1990)                  | -    | 3,0  | 6,6   | 23,1  | 61,8   | 86,3   | 122,9  | 226,9  |

\* Cheltuieli din bugetul de stat, bugetele locale și din fondul special pentru sănătate.

\*\*) Cheltuieli din bugetul de stat și din fondul special pentru sănătate.

Sursa: *Anuar de statistică sanitată, MS, CCSSDM, 1996, p.227; Ordonanța cu privire la rectificarea bugetului de stat pe anul 1997, în: Monitorul oficial, Partea I, nr.193/13 august 1997, p.12, 40.*

<sup>4</sup> Nu întotdeauna cauzele care determină insuficiența resurselor alocate au o motivare reală. Spre exemplu, evoluția prețurilor medicamentelor și a materialelor sanitare nu justifică în totalitate volumul sporit al cheltuielilor. Sunt frecvente situațiile în care creșterile sunt artificiale și sunt datorate producătorilor dar și distribuitorilor de produse farmaceutice.

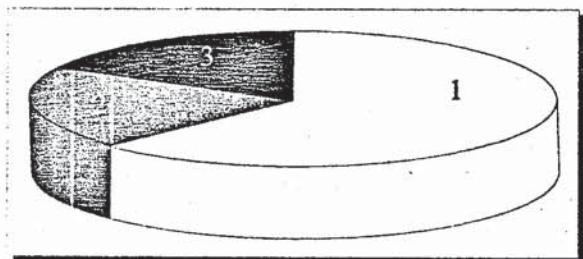
Fără discuție că problema acută a sănătății o reprezintă **resursele disponibile**: câți bani are, dar și ce face cu ei?

Bugetul pentru sănătate s-a constituit și se constituie încă pe seama sumelor alocate de la **bugetul de stat**, care până în 1992 reprezentau unica sursă. Din 1992 s-a constituit **fondul**

**special pentru sănătate**, iar din 1993 bugetul sănătății a beneficiat și de sume alocate de la bugetele locale. În 1996 peste 60% din cheltuielile totale ale sănătății au fost finanțate de la bugetul de stat, o cincime prin fondul special iar bugetele locale au contribuit cu peste 17% (graficul nr. 2).

Graficul nr. 2

Structura surselor de finanțare a sănătății



|                                   |        |
|-----------------------------------|--------|
| 1. Bugetul de stat                | 62,30% |
| 2. Fondul special pentru sănătate | 20,30% |
| 3. Bugetele locale                | 17,40% |

Sursa: după *Health Care Systems in Transition, WHO, ROE, 1996, p.11, tabelul nr. 3.*

Sănătatea a beneficiat și beneficiază și de finanțare externă. În baza unui acord semnat în 1991 cu Banca Mondială (ratificat prin Legea nr. 79/1991) sistemul sanitar beneficiază de un împrumut de 150 mil. \$, destinat reabilitării asistenței medicale primare și sprijinirii restructurării financiare și manageriale a sistemului. Până în prezent, s-au cheltuit 91,4 mil. \$, diferență de 58,6 mil. \$ urmând a fi utilizată în 1997 și 1998 pentru reforma structurală a sistemului.<sup>5</sup>

Programul PHARE al Uniunii Europene vizcază, între altele, și restructurarea sistemului de sănătate. În 1991 România a beneficiat de circa 25 mil. ECU, destinați dotării dispensarelor cu echipamente de

laborator și medicamente. În 1992 Ministerul Sănătății a primit 1,5 mil. ECU pentru reabilitarea Programului național de vaccinare și pentru finanțarea programelor locale pentru bătrâni, iar în 1994 aproximativ 30 mil. ECU pentru susținerea obiectivelor reformei sistemului sanitar.

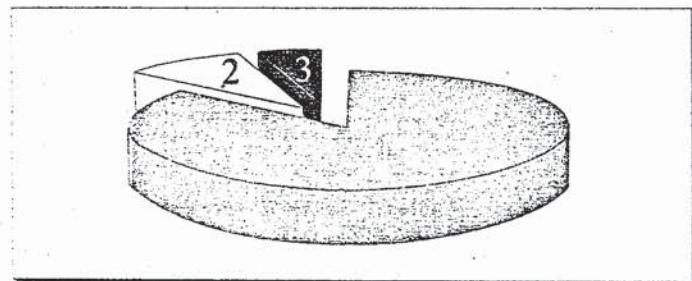
La acestea se adaugă diversele donații - medicamente, materiale sanitare și în special, aparatură (în majoritatea cazurilor neînregistrată în evidențele instituțiilor sanitare) care au contribuit la dotarea multor unități sanitare.

Sumele cumulate la nivelul bugetului sănătății au avut destinații precise, stabilite prin lege (graficul nr. 3).

<sup>5</sup> Principalii beneficiari au fost: Institutul Cantacuzino, Institutul de Endocrinologie și Institutul de Control al Medicamentului.

Graficul nr. 3

Destinația cheltuielilor pentru sănătate din bugetul de stat pe anul 1997



|  |        |
|--|--------|
| 1. Cheltuieli curente                      | 85,80% |
| 2. Rambursări de credite și alte obligații | 9,40%  |
| 3. Cheltuieli de capital                   | 4,80%  |

Sursa: *Ordonanța cu privire la rectificarea bugetului de stat pe anul 1997*, în: *Monitorul oficial, Partea I, nr. 193/13 august 1997*.

Spre deosebire de alte ministeriale bugetare, sănătatea consumă peste 85% din resursele disponibile pentru finanțarea cheltuielilor curente (din care salariile reprezintă mai mult de 70%) și doar circa 5% pentru investiții.

Mai mult de jumătate din cheltuieli aparțin spitalelor (peste 55%), urmate de dispansare cu o cincime, celelalte unități din rețea consumând circa o pătrime din bugetul sănătății.

Realitatea demonstrează că sumele disponibile nu sunt cheltuite întotdeauna cu eficiență maximă. O caracteristică definitorie pentru starea sistemului nostru de sănătate este persistența unei "mixturi" de penuria și risipă de fonduri. Cronica insuficienței bugetelor convietuiește cu risipa și uneori cu deturarea de fonduri, indiferent de proveniența lor.<sup>6</sup> Paradoxul se explică (par-

țial) prin persistența speranței în salvarea bugetară dar și prin existența deficiențelor (unele deosebit de grave) în gestionarea fondurilor repartizate.

c) Capacitatea tehnică a sectorului, factor de influență deosebit de important pentru concretizarea programului de reformă, presupune existența structurilor organizatorice corespunzătoare unui sistem modern de sănătate și a personalului calificat și motivat pentru gestionarea corectă a resurselor disponibile.

Structura organizatorică a sistemului sanitar din țara noastră corespunde normelor OMS, fiind similară cu structura sistemelor din celelalte țări europene.

România dispune de o rețea de unități sanitare, aptă să furnizeze principalele îngrijiri medicale (tabelul nr. 4).

<sup>6</sup> Programul PHARE, realizat în colaborare cu Ministerul Sănătății, a fost întrerupt (caz unic în activitatea PHARE) din cauza nerespectării înțelegerilor convenite cu privire la destinația fondurilor date. La rândul ei Băncă Mondială a formulat obicejii serioase cu privire la modul de utilizare a fondurilor acordate (propunând elaborarea unui studiu de finanțare a sistemului sanitar, cu ajutorul experților străini (contra-cost), menit să reprezinte fundamentalul reformei finanțării sistemului sanitar în țara noastră.

Tabelul nr. 4

## Principalele unități sanitare (publice)

|                                  | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|
| Spitale:                         | 423  | 427  | 430  | 433  | 415  | 412  |
| -teritoriale                     | 402  | 405  | 408  | 411  | 394  | 391  |
| -de întreprinderi                | 21   | 22   | 22   | 22   | 21   | 21   |
| Dispensare policlinici           | 540  | 536  | 531  | 527  | 524  | 521  |
| Dispensare medicale              | 5883 | 5948 | 5935 | 5956 | 6007 | 6016 |
| - teritoriale                    | 3929 | 3931 | 3963 | 3973 | 3950 | 3955 |
| - de întreprinderi               | 1565 | 1581 | 1536 | 1556 | 1554 | 1499 |
| Paturi de spitale/1000 locuitori | 8,9  | 8,9  | 7,9  | 7,9  | 7,7  | 7,6  |

Sursa: Anuarul statistic al României, CNS, 1996, p.234-235.

Rețea de spitale existentă asigură 7,6 paturi/1000 locuitori, situând România peste media ţărilor est-europene (6,8 paturi/1000 locuitori) și foarte aproape de media ţărilor vest-europene (7,8 paturi/1000 locuitori), depășind ţări ca Italia și Suedia.

Principalele probleme cu care se confruntă rețea sanității vizează calitatea structurii organizatorice: nivelul dotărilor, utilizarea eficientă a capacitațiilor existente, raportul dintre categoriile de îngrijiri etc.

În marea lor majoritate unitățile sanitare dispun de dotări sub nivelul minim al cerințelor actuale. Spitalele sunt cele mai afectate, în multe dintre ele aparatura uzată și depășită denaturază acuratețea diagnosticelor, iar în unele cazuri agravează starea de sănătate a pacienților (de exemplu, aparatura radiologică și de radioterapie). Înzestrarea lor cu aparatură performantă necesită eforturi financiare substanțiale și nu poate fi realizată decât în timp și respectând prioritățile impuse de starea de sănătate a populației.

În aceste condiții continuă utilizarea neficientă a capacitațiilor de spitalizare, prin "returnarea" funcțiilor reale ale unităților spitalicești. Tot mai frecvent spitalele acordă asistență socială și nu îngrijiri medicale specializate celor care au nevoie acută de ele. Așa se explică, în-

mare măsură, volumul mare de cheltuieli și datoriile acumulate de acestea.

O altă problemă ce urmează a fi solutionată se referă la regăndirea raportului dintre categoriile principale de îngrijire. Accentul pus pe îngrijiri primare constituie o condiție pentru aplicarea legii asigurărilor de sănătate și o modalitate eficientă de control al costurilor îngrijirilor medicale. Se creează astfel posibilitatea extinderii numărului unităților ambulatorii și a reducerii capacitații de spitalizare fără a afecta oferta de îngrijiri.

În plus îngrijirile primare antrenează costuri mai mici și se pretează la un grad mai mare de descentralizare a activității. Se crează astfel premisele reale pentru orientarea resurselor disponibile spre modernizarea dotărilor și pentru responsabilizarea structurilor administrative în asigurarea sănătății populației.

- Capacitatea tehnică de însăptuire a reformei presupune și existența unui personal calificat și motivat ca principal "actor" al procesului de reformă. Sectorul sanitar din țară noastră dispune de personal calificat corespunzător exigențelor internaționale și cerințelor naționale. Personalul medical (cu pregătire superioară și medie a cunoscut o evoluție aparte după 1990 (tabelul nr. 5).

Tabelul nr. 5

## Evoluția personalului medical

|                                    | 1990   | 1991   | 1992   | 1993   | 1994   | 1995   |
|------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Medici*                            | 41813  | 42102  | 42522  | 40265  | 41114  | 40173  |
| -număr.locitorii/l medic           | 555    | 551    | 536    | 565    | 567    | 565    |
| -număr medici/10000 loc.           | 18,0   | 18,2   | 18,7   | 17,7   | 17,6   | 17,7   |
| Stomatologi                        | 6717   | 6460   | 6491   | 6326   | 5914   | 6046   |
| -număr locitorii/l stomatolog      | 3456   | 3589   | 3511   | 3597   | 3844   | 3751   |
| -număr stomatologi/10000 locitorii | 2,9    | 2,8    | 2,8    | 2,8    | 2,6    | 2,7    |
| Personal mediu                     | 131949 | 125947 | 124234 | 122166 | 130093 | 128549 |
| -număr locitorii/l pers.medu       | 176    | 184    | 183    | 186    | 175    | 176    |
| -număr personal mediu/10000 loc.   | 56,9   | 54,3   | 54,5   | 53,7   | 57,2   | 56,7   |
| -personal mediu/l medic            | 3,2    | 3,0    | 2,9    | 3,0    | 3,2    | 3,2    |

\*) exclusiv stomatologi

*Sursa: Anuarul statistic al României, CNS, 1996, p.236-237.*

Cu 18 medici/10000 locitorii și 32 persoane cu calificare medie/10000 loc., țara noastră se plasează în grupa țărilor europene cu deficit de personal medical sub media țărilor dezvoltate (27 medici la 10000 locitorii și a țărilor est-europene (24 medici la 10000 locitorii).

România are un raport mai bun decât Italia (11 medici la 10000 locitorii) și Irlanda (14 medici la 10000 locitorii) și apropiat de Luxemburg (21 medici la 10000 locitorii) și Marea Britanie (22 medici la 10000 locitorii), însă în țările menționate numărul personalului mediu raportat la 10000 locitorii este dublu, ceea ce le permite o ofertă de îngrijiri net superioare.

Personalul medical este direct implicat și în realizarea obiectivelor reformei. Or, reducerea numerică concomitent cu tendința de modificare a structurii pe vîrstă a personalului pun sub semnul incertitudinii finalizarea acestora. O restructurare pe alte principii a sistemului de sănătate necesită personal receptiv la nou și participant activ în asigurarea ofertei de îngrijiri și gestionarea resurselor disponibile. Prioritară pentru sectorul sănătății este lipsa motivației personalului pentru o implicare activă în procesul reformei. Salariile mici

comparativ cu alte categorii profesionale explică, în mare măsură, tendința de "reprofilare" a medicilor după 6 ani de studii. Indemnizațiile de conducere sunt derizorii și departe de a compensa "tributul" plătit profesiei prin asumarea unor obligații administrative. Deficiențele în gestionarea instituțiilor sanitare sunt datorate, în mare parte, dezinteresului medicilor pentru funcții administrative (frecvența demisiilor este mai mare la această categorie de personal).

Specialiștii recunoscuți preferă alte modalități de completare a veniturilor (cabinete particulare, îngrijiri contra cost în instituții private etc.), lăsând funcțiile vacante pentru persoane mai puțin interesate de calitatea gestionării.

Sunt frecvente cazurile când cei numiți în funcții administrative nu cunosc (sau nu înțeleg) mecanismele de funcționare în condițiile noului tip de economic. În opiniiile exprimate, mulți invocă trecutul pentru finanțarea integrală de la buget și prezentul pentru privatizare (ale cărei efecte le supralicitează). Unele din deficiențele în gestionarea instituțiilor sunt datorate și exagerării "monopolului profesional". Se invocă faptul că instituțiile sanitare presupun conducere de specia-

litate, dar se ignoră realitatea că nu toți medicii sunt specialiști în conducere.

La acestea se adaugă și tendința de politizare a funcțiilor de schimbare a conducerilor de instituții sanitare (ade-

sea competente) pe criteriul apartenenței politice ignorându-se faptul că efectele pozitive și/sau negative apar în timp și nu imediat ca în alte structuri organizatorice.

x

x

Problemele majore cu care se confruntă sănătatea în România nu țin, în principal, de sistem. Ele sunt datorate stării economiei și încep cu condițiile generale de asistență economico-socială și se încheie cu volumul resurselor disponibile. Este ilogic să se pretindă o stare de sănătate mai bună în condițiile în care evoluția economiei periclitează însă existența cotidiană. Insecuritatea materială tinde să afecteze noi categorii de populație, pentru care o alimentație corespunzătoare menținerii sănătății în parametri normali devine din ce în ce mai greu de asigurat.

O economie debusolată, cu tot cortegiul de consecințe, constituie o sursă permanentă de riscuri (unele deosebit de "agresive") pentru sănătatea oamenilor. În acest context, funcția "reparatorie" a sistemului de sănătate se amplifică, iar îndeplinirea ei antrenază resurse financiare sporite. Erodarea activității economice îngustează însă capacitatea economică de a susține finanțari domeniile sociale, austерitatea devenind trăsătura dominantă.<sup>7</sup> Sănătatea este cea mai afectată pentru că restabilirea ei nu suportă amânare. Cronicizarea insuficienței resurselor necesare duce, în mod inevitabil, la chronicizarea stării de boală. Este inuman să știi că poți recupera un om și să nu ai cu ce!

În contextul actual marea majoritate a reproșurilor formulate la adresa activității medicale nu-și au justificare. O populație

sănătoasă presupune o economie sănătoasă și la rândul ei asigură resurse umane apte să contribuie la însănătoșirea economiei. Starea economiei condiționează deci, viabilitatea financiară a programului de reformă. Fără o creștere economică susținută, concretizată într-o sporire a volumului produsului intern brut, este puțin probabil că vor putea fi făcuți pașii decisivi în restructurarea sistemului de sănătate.

Se poate afirma că sistemul sanitar se confruntă cu o criză de inventivitate managerială și nu de sistem. Obiectivele fixate în strategia de reformă pot fi realizate fară să afecteze în profunzime sistemul. Este nevoie, însă, de o "educare" a personalului sanitar, în spiritul exigențelor unei reforme. Orice schimbare afectează interese sau grupuri de interese. Rațuna unui program de reformă este motivată de schimbările calitative preconizate, menite să conducă la acel câștig (spor) pentru sănătate urmărit de sistemele avansate de sănătate.

Credibilitatea strategiei de reformă sanitară este condiționată însă de credibilitatea reformei economice în general.

Sistemul de sănătate dispune de capacitatea tehnică de a susține programul de reformă. Însă obiectivul central îl constituie restructurarea modului de finanțare a sistemului. În noul context, specialiștii implicați în realizarea programului ar trebui să accepte reconsiderarea

<sup>7</sup> Potrivit aprecierii factorilor responsabili, fondul special pentru sănătate (constituit în baza Ordonanței nr. 22/1992 și destinat acoperirii cheltuielilor pentru medicamente, compensate și gratuite, și pentru programele naționale de sănătate) n-a depășit 50-60% din nivelul preconizat, ceea ce justifică incapacitatea Ministerului de a deconta integral rețetele eliberate.

rolului asumat (decisiv) și să opteze pentru un "triumvirat" (cel puțin în prima fază) în conducerea unităților sanitare, format din medici, economisti și juriști cu responsabilități egale. Fondurile destinate sănătății continuă să fie în majoritate publice, gestionarea lor rațională interesând întreaga societate iar autonomia funcțională să fie circumscrisă acestei realități.

O problemă a cărei rezolvare se impune cu prioritate privește **motivarea materială** a personalului medical. Există un contrast izbitor între recunoașterea socială a profesiunii medicale și recompensarea ei materială. Se admite că profesiunea medicală "repară" omul, dar se ignoră faptul că satisfacția profesională este consolidată de cea materială.

Din păcate revendicările sindicale din ultimii ani sunt departe de a susține soluții viabile. Sporurile salariale nu constituie o rezolvare de fond. Cel mult mențin raportul de venituri față de alte categorii

de salariați al căror nivel de salarizare este datorat mai mult "agresivității" liderilor sindicali și mai puțin performanțelor economice). Ar trebui să se opteze pentru garantarea concordanței între utilitatea socială a profesiunii (recunoscută) și nivelul de salarizare. Astfel s-ar evita afirmațiile jignitoare sau cinico-penibile cu privire la sursele de venituri ale personalului medical. Regândirea unei grile normale, realiste de salarizare permite plasarea profesiunii medicale pe locul meritat.

Este un punct de vedere (realist) cu privire la rolul și locul profesiunii medicale într-o societate normală. Dacă menținerea stării de sănătate în parametri normali este datorată unei diversități de activități umane, refacerea acesteia este datorată exclusiv profesiunii medicale. În plus, este singura profesiune de care ființa umană are nevoie și beneficiază de ea pe tot parcursul evoluției biologice.

## REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. *Health Care Systems in Transition Romania*, WHO, Regional Office for Europe, 1996.
2. *Reform of the PHC System in Romania* (în vol.: *Primary Health care Reforms*, WHO, 1996).
3. *Proiect de reformă a sistemului serviciilor de sănătate din România*, M.S.
4. *Rapport annuel PHARE 1994*, C.E. Bruxelles, 1996.
5. *Decline in births halted in 1996. Principal demographic trends in the EU in 1996*, în: *Statistics in Focus nr. 10/1997*.
6. *Anuarul statistic al României*, CNS, 1996.
7. *Anuar de statistică sanitară*, MS, CCSSDM, 1996.
8. *Facts through Figures. A statistical portrait of the European Union*, 1996.
9. *Legislația referitoare la reforma sistemului de sănătate*.