



SISTEMUL DE SANATATE DIN ROMANIA

Politica sanitara: definiție, proces, actori.

- Activitatea politică poate fi caracterizată prin preocuparea sa pentru "alocarea autoritară a valorilor" în societate
- toată gama de recompense și sancțiuni pe care cei aflați în poziții de autoritate publică le pot distribui.
- Valorile sunt reprezentate de ceea ce are semnificație pentru membrii societății.
- Acestea pot fi bunuri materiale sau servicii(de sănătate sau educație ca ex.) sau pot fi simbolice ori spirituale(dreptul la liberă exprimare, dreptul de a avea acces la mijloace abortive atunci când o sarcină nu este dorită etc).
- Politica este așadar procesul prin care autoritățile decid ce valori să aloce și cui anume

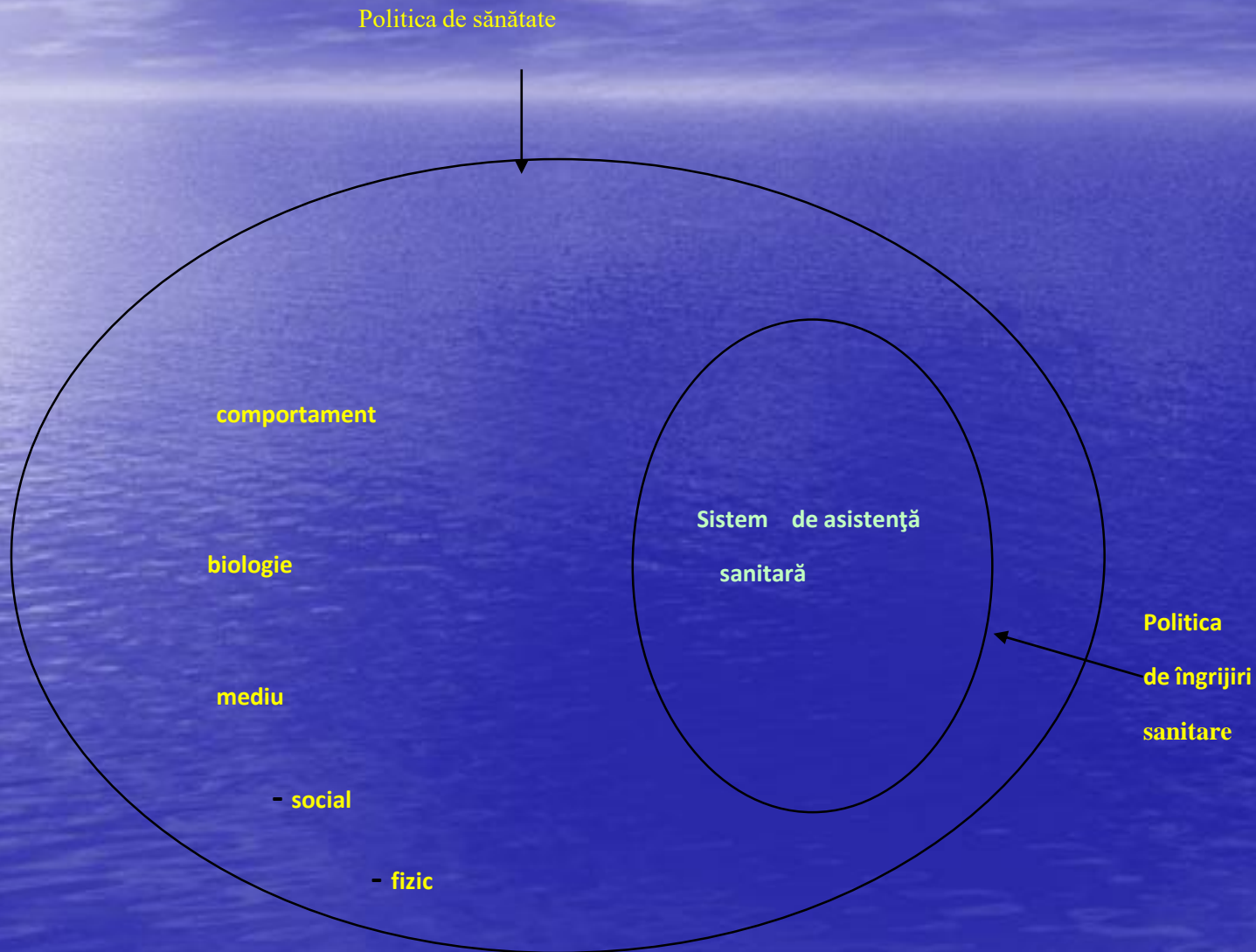
Politici de sănătate - categorii ideologice

- Abordarea **conservatoare** - "**egalitatea în fața legii**" a tuturor cetățenilor; o piață liberă cu doar doi actori importanți: vânzătorii și cumpărătorii de servicii de sănătate
- Abordarea **liberală** – "**egalitate a șanselor**"; guvernul = forță mediatoare. Se acceptă faptul că piața medicală nu este o piață liberă; duce la adoptarea unui sistem de sănătate ghidat de către stat
- Abordarea **radicală** - "**egalitatea rezultatelor**", justificând astfel intervenția statală oricât de masivă și cu indiferență față de costuri pentru realizarea. Atât input-urile cât și output-urile sunt strict controlate, toți profesioniștii medicali având statut de salariat.

PRINCIPII DIRECTOARE IN POLITICILE DE SANATATE

- sănătatea este un drept fundamental al omului
- **echitatea** în sănătate și solidaritatea în acțiuni între state, între grupe populaționale și între sexe
- cooperarea intersectorială pentru abordarea determinantilor sănătății
- susținerea dezvoltării sanatații - bazată pe estimarea nevoilor prezente și viitoare ale populației
- participarea în luarea deciziei și responsabilizarea indivizilor, grupurilor și comunităților, ca și a instituțiilor, organizațiilor și a diferitelor sectoare sociale

Determinații stării de sănătate și politicile corespunzătoare



TEORII ALE PROCESULUI POLITIC

1. Modelul Rațional

Premiza: elaborarea politicii este un proces logic și secvențial care presupune:

Cunoașterea tuturor alternativelor; Cunoașterea consecințelor

Ordonarea după preferințe ; Selectarea variantei optime; Implicare experti

2. Modelul incremental/birocratic

Premiza: luarea rațională a deciziei nu este posibilă, deoarece politicianul nu poate avea cunoștințe perfecte asupra tuturor situațiilor.

Soluția:

Adoptarea schimbărilor "incrementale", politici care diferă puțin de cele existente

Avansarea "pas cu pas" duce în timp la schimbări majore, fără perturbări ale sistemului

Avansarea secvențială permite corectarea/ajustarea erorilor

Este o soluție reacționară la problemele ce apar: se așteaptă ca ceva să se întâmple pentru a decide apoi ce este de făcut

3. Modelul Mixt

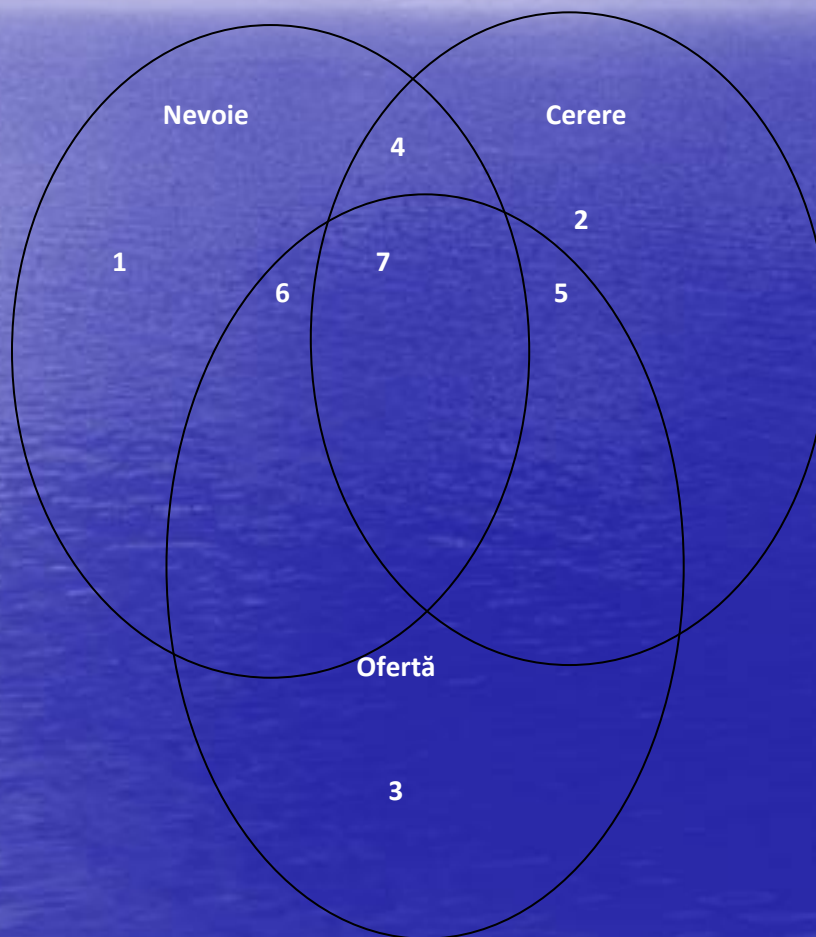
Deciziile/politicile fundamentale sunt abordate prin modelul rațional

Cele rutiniere prin modelul incremental

NEVOILE DE SANATATE

- **A. Nevoia normativă** - o deviație de la « normal » - expert
- **B. Nevoia resimțită** este deseori echivalată **dorinței** - percepția individuală
- **C. Nevoi exprimate (cerere)** - nevoile resimțite puse în acțiune/operationalizate
- **D. Nevoile comparative**
- Nevoi reale de sănătate – A+B+C+D

1. Servicii necesare care nu sunt cerute sau furnizate
2. Cerere nejustificată, nesatisfăcută
3. Servicii neutilizate
4. Servicii necesare, cerute, dar care nu sunt oferite/furnizate
5. Servicii furnizate pentru satisfacerea unei cereri nejustificate (din punct de vedere al nevoilor)
6. Servicii furnizate necesare, dar neutilizate
7. Nevoia și cererea satisfăcute prin ofertă
8. Servicii care nu sunt necesare, nesolicitate și nefurnizate



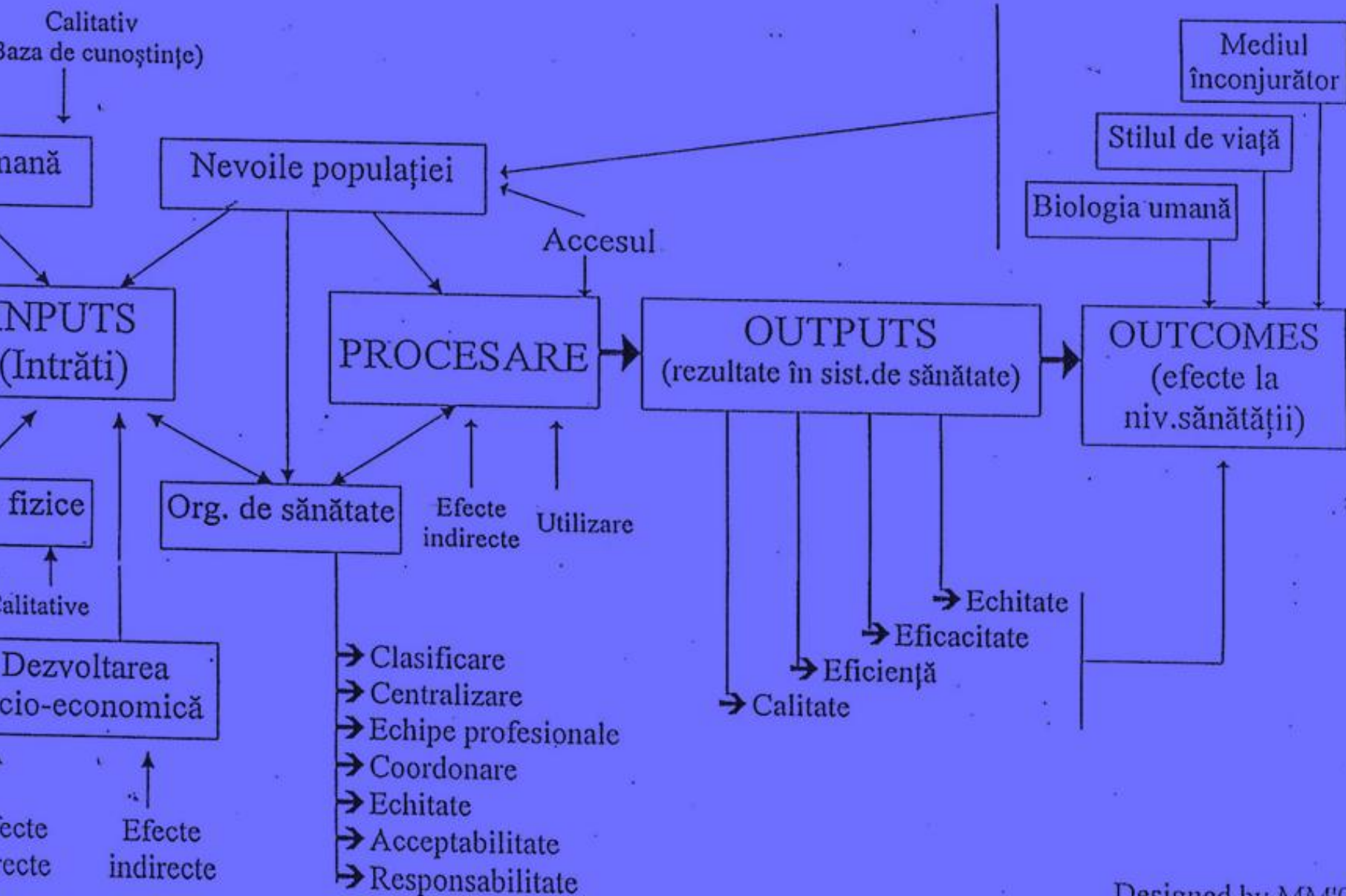
Nevoie - ceea ce aduce beneficii

populației

Cerere - ceea ce populația solicită

Ofertă - ceea ce este oferit

UN MACROMODEL AL SISTEMELOR DE SĂNĂTATE



Ce este un proces?

O activitatea/un ansamblu de activitati care transformă o intrare într-o ieșire



Resurse:

Personal
Facilități/echipament
Materiale
Metode (tehnici)

Rezultate:

Produse
Servicii
Performanță

Monitorizarea și măsurarea proceselor

asigură că intrările sunt corecte,
că activitățile de transformare sunt corecte,
că sunt obținute rezultatele dorite,
după aceea îmbunătățirea procesului, după necesități



Resurse adecvate:

Personal calificat
Facilități/echipament adecvate
Materiale corecte
Metode (tehnici) verificate

Rezultate dorite

Produse de calitate
Servicii de calitate
Satisfacția clienților

Procesul politic

- **Intrări** - cereri și acțiuni de suport
- **Cererile** implică acțiuni ale indivizilor și grupurilor care caută alocarea cu autoritate a valorilor de la autorități
- **Acțiunile de suport** - activități cum ar fi votarea, respectarea legii și plata taxelor.
- **Procesul luării deciziilor**- proces de conversie,
- Produce **ieșiri** - deciziile autorităților
- **Rezultate** – efectele/impactul acestor decizii asupra grupurilor tinta.

SURSE PENTRU INPUT-URI POLITICE ÎN

DOMENIUL SANITAR

- 1. GRUPURI DE PRESIUNE Organizatiile producătorilor de servicii de sănătate vs. organizatiile consumatorilor
Organizații interne vs. organizații internaționale
- 2. PARLAMENT Comisii de specialitate, grupuri parlamentare, partide politice
- 3. MASS-MEDIA surse de informare, agenți de presiune, socializare, mecanisme de propagandă.
- 4. AUTORITĂȚI SANITARE Ministerul Sănătății, Autoritățile Sanitare Locale, Companiile de Asigurări Publice, Funcționarii Publici, Birocrația
- 5. ROLUL IDEILOR- tendințe ideologice: politici conservatoare, liberale, radicale

- Universalitate si Comprehensivitate
- Libertate de Alegere
- Alocarea Eficienta a Resurselor (libertatea preturilor)

**OBIECTIVELE
SISTEMELOR
DE
SANATATE**

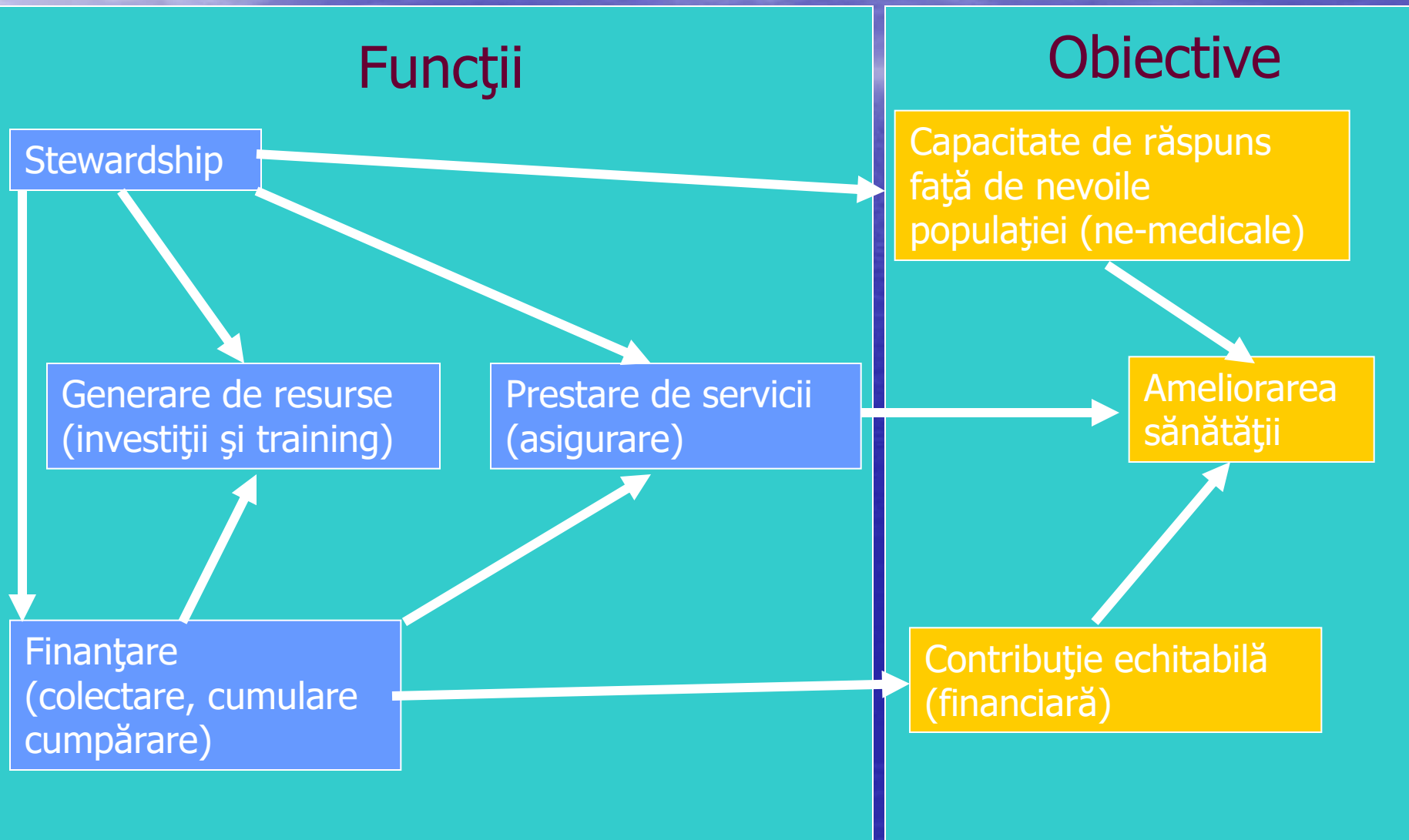


Sistem (e) de sănătate

Definiție OMS 2000:

- Un sistem de sănătate include totalitatea activităților al căror scop primar este să promoveze, să restabilească și să mențină sănătatea.
- Sistemul de sănătate cuprinde ansamblul elementelor și relațiilor care influențează starea de sănătate a indivizilor și populațiilor

Relația dintre funcțiile și obiectivele unui sistem de sănătate



Concepte ale sistemelor de sănătate

	Populație acoperită	
<i>Intervenții/servicii</i>	<i>doar populația săracă</i>	<i>Universal</i>
Simple “de bază”	Asistență medicală “primitivă”	Concept initial
Tot ce este medical util	Asistență primară	Universalism clasic Nevoi percepute vs. obiective
Cost-eficiente “esențiale” eficiente	Asistență medicală primară “selectivă”	Noul universalism: <i>selectare servicii,</i> <i>raspundere individuala</i>

ÎNCEPUT SECOL XX

SFÂRȘIT SECOL XX

SECOL XXI

Politica sanitara si alocarea resurselor in Romania

- Parlamentul
- Guvernul
- Ministerul Sanatatii
- CNAS
- Autoritatile locale
- Administratorii/managerii institutiilor sanitare
- Profesioniștii medicali

Organizarea și finanțarea sistemelor de sănătate

Organizare/ Management	FINANȚARE			
	Prin impozit Sistem fiscal Stat	Prin Cotizații Sistem Parafiscal Asigurari Sociale	Prin prime voluntare de asigurari de boală Sistem privat sau mutual	Taxe de utilizare Plata directă a utilizatorilor
	A	B	C	D
Public	1	2	3	4
Privat non-profit	5	6	7	8
Privat pentru profit	9	10	11	12

Sursa: Rodwin, V. și Vladescu, C., 1991

ALTERNATIVE ÎN FINANȚAREA ASISTENȚEI SANITARE

SURSE

PRINCIPALE METODE DE COLECTARE
A FONDURILOR

PUBLICE

Impozit general

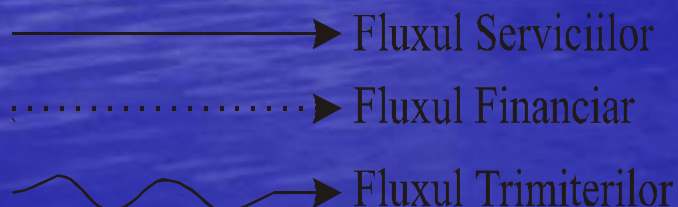
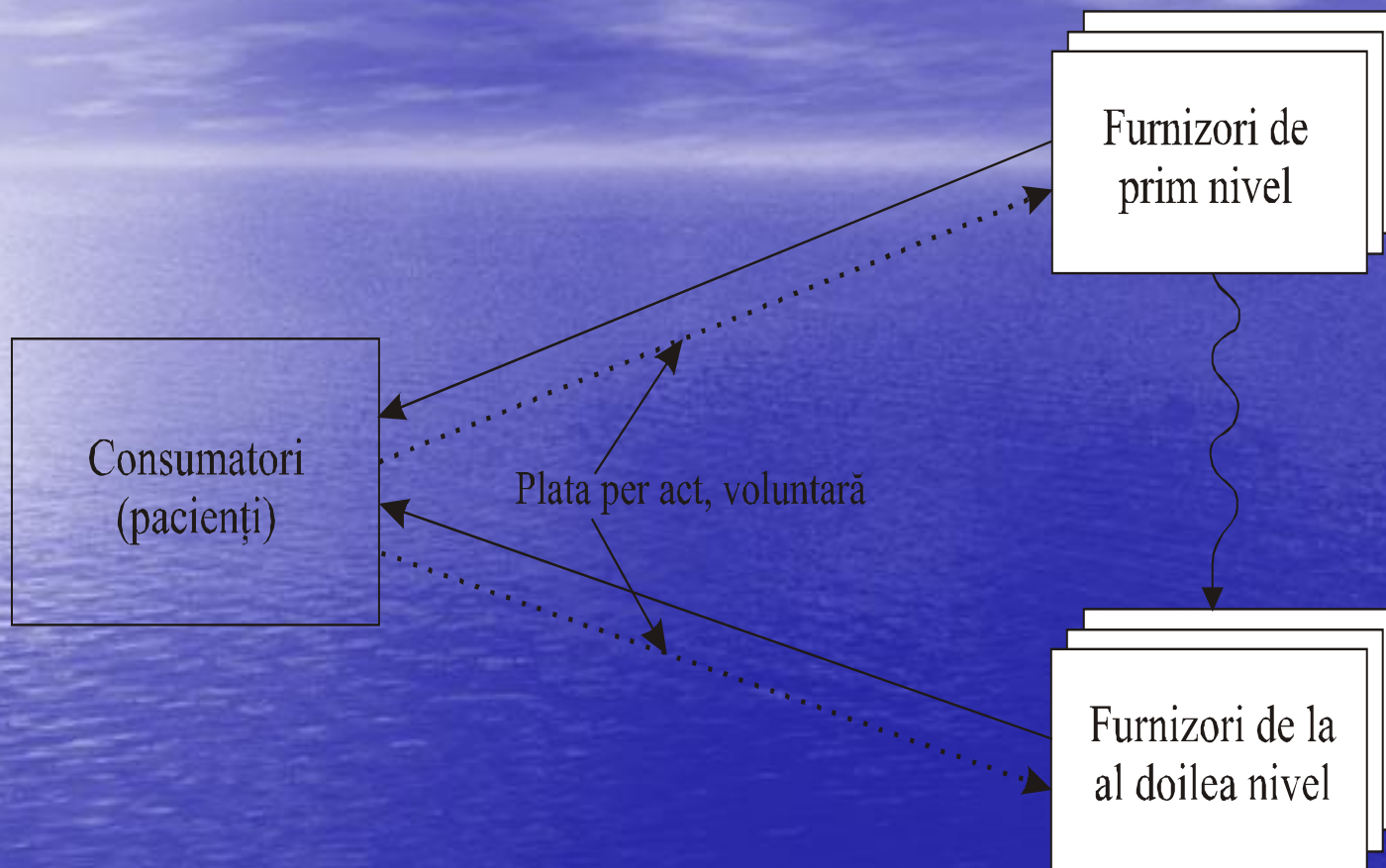
Impozit specific

Asigurare Obligatorie

PRIVATE

Asigurare Opțională

Plata Directă



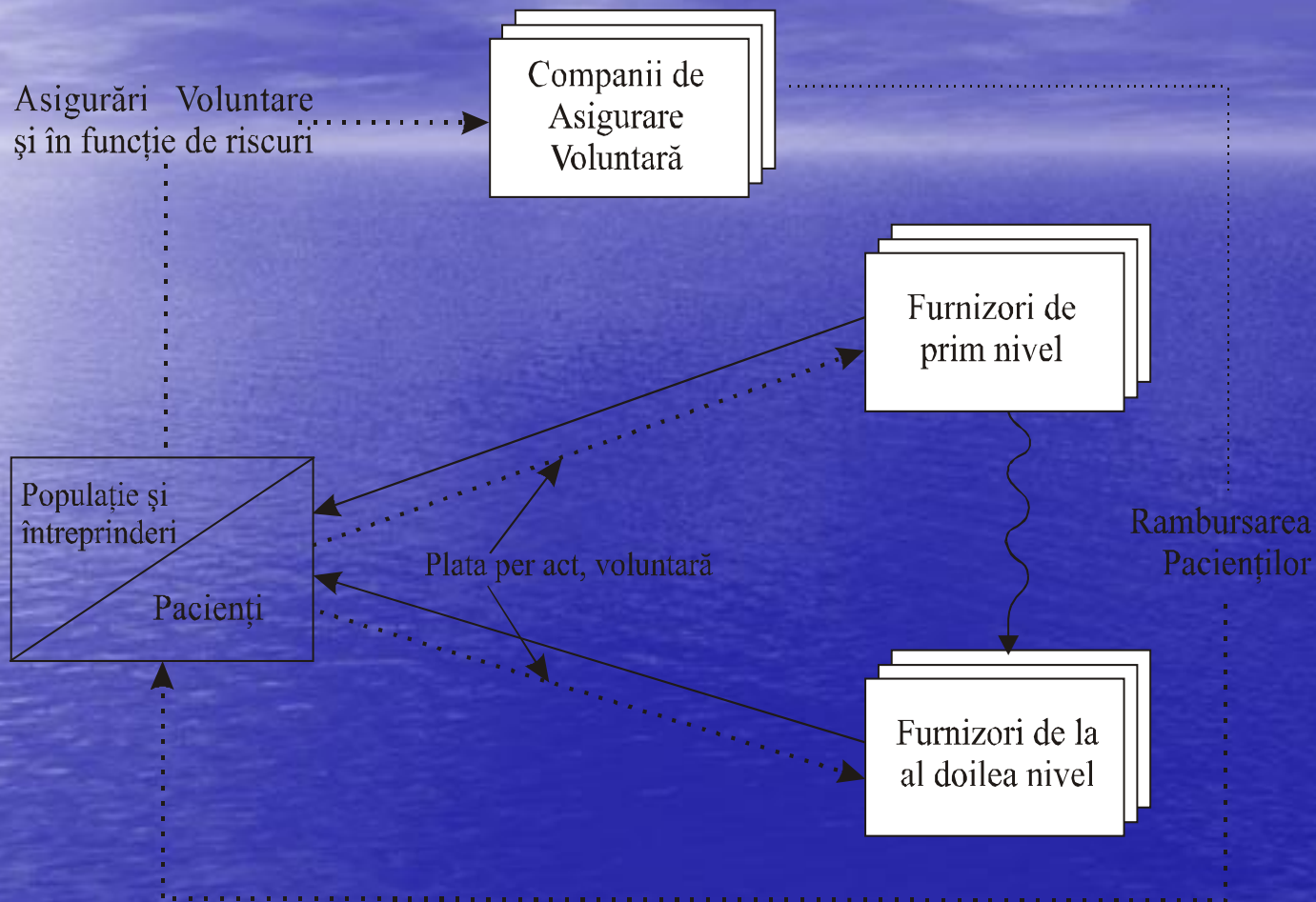


Figura 2.2 ASIGURARE VOLUNTARĂ CU RETURNAREA BANILOR PLĂTIȚI DE PACIENȚI

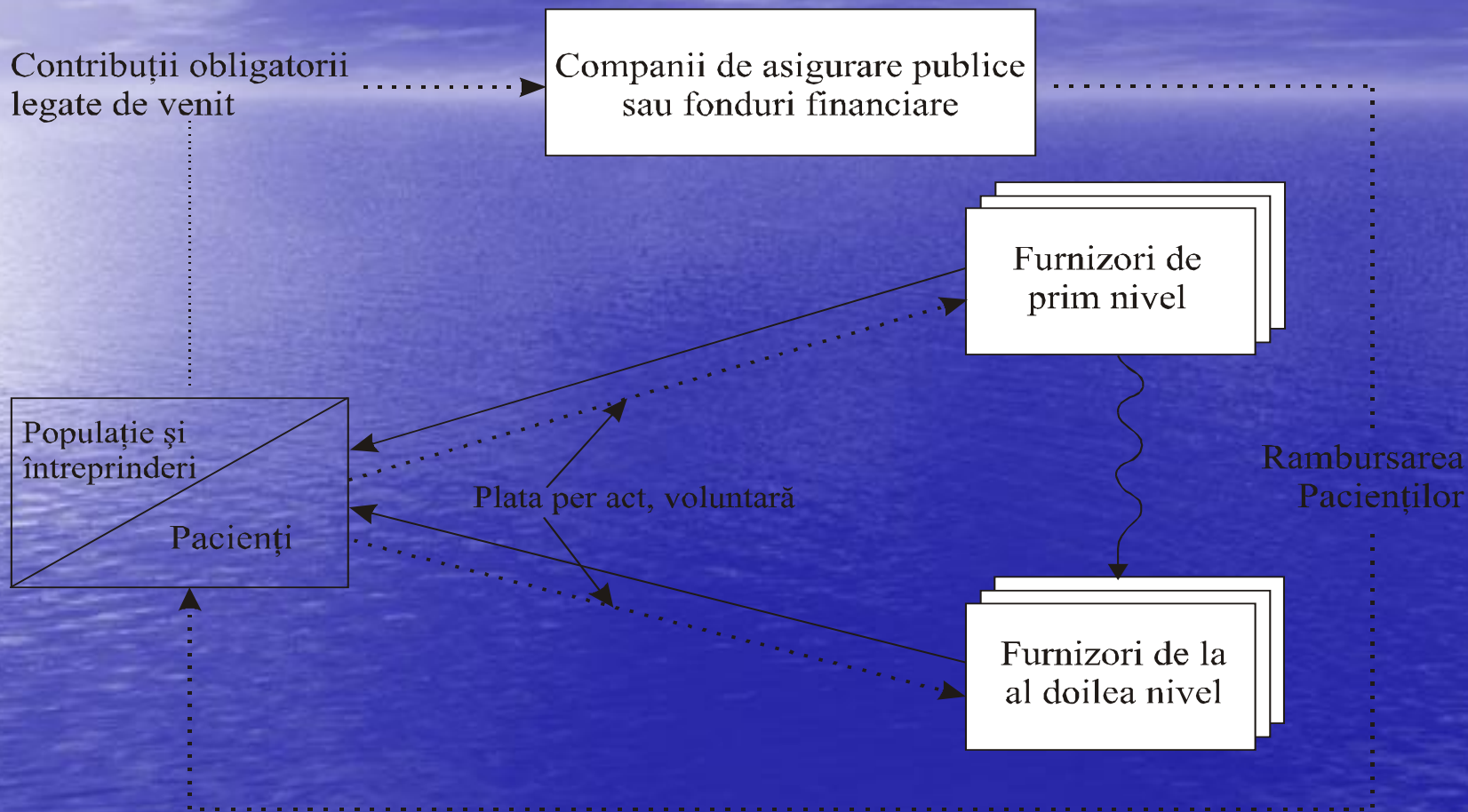


Figura 2.3 ASIGURARE OBLIGATORIE CU RETURNAREA BANILOR PLĂTIȚI DE PACIENȚI

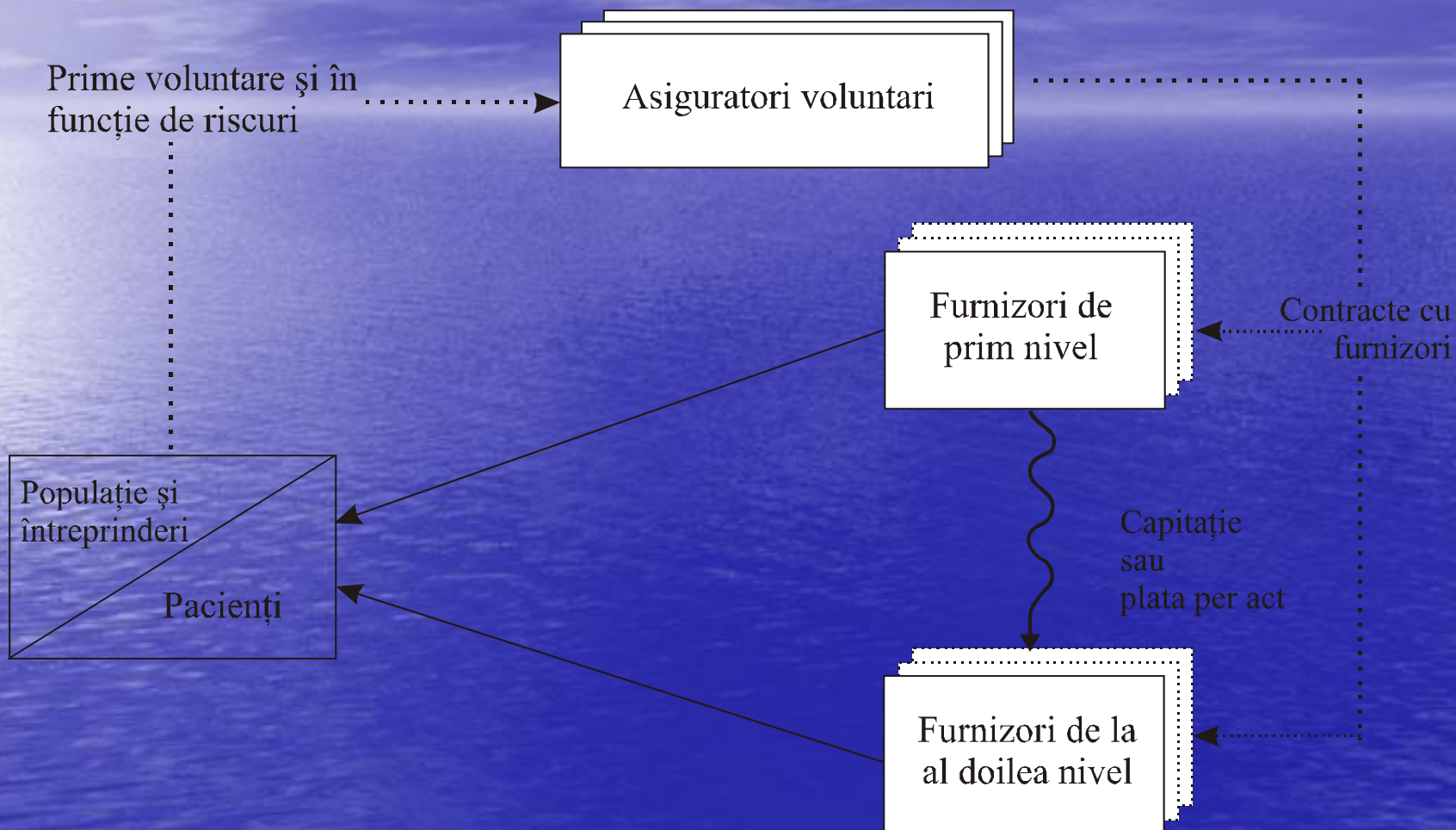


Figura 2.4 ASIGURARE VOLUNTARĂ CU CONTRACTE FURNIZOR / ASIGURATOR

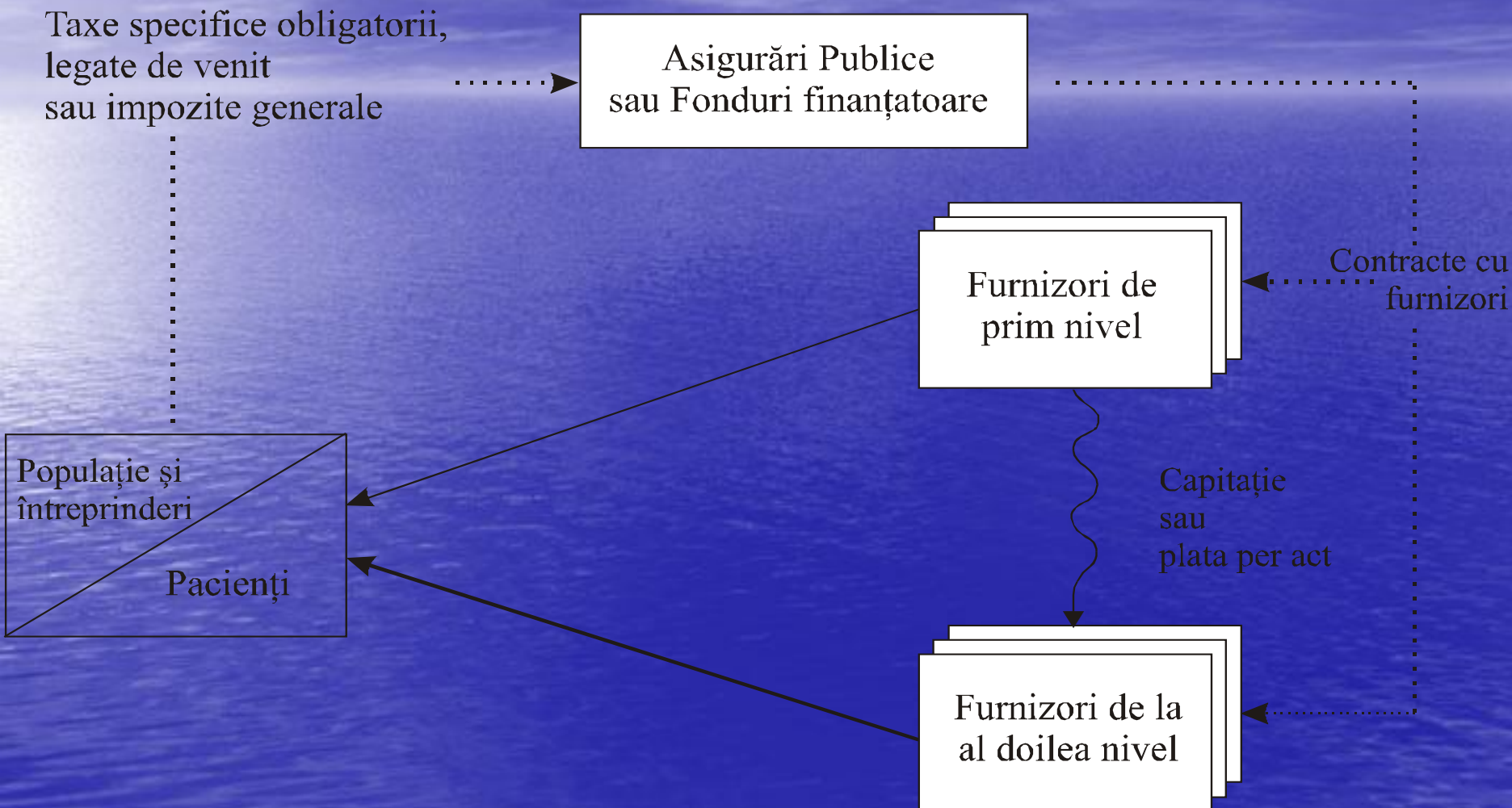


Figura 2.5 ASIGURĂRI OBLIGATORII CU CONTRACTE ÎNTRE ASIGURATOR ȘI FURNIZOR

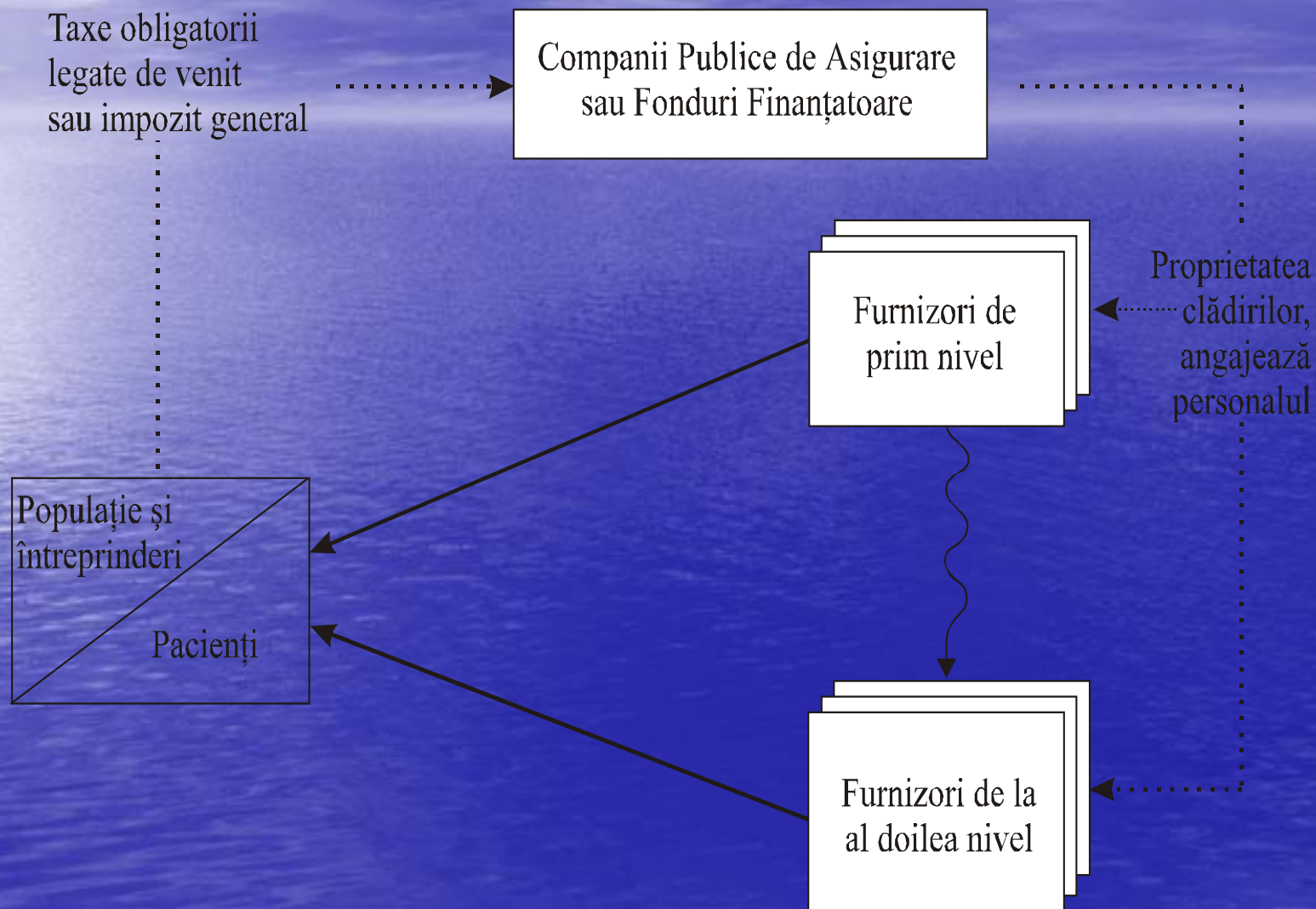
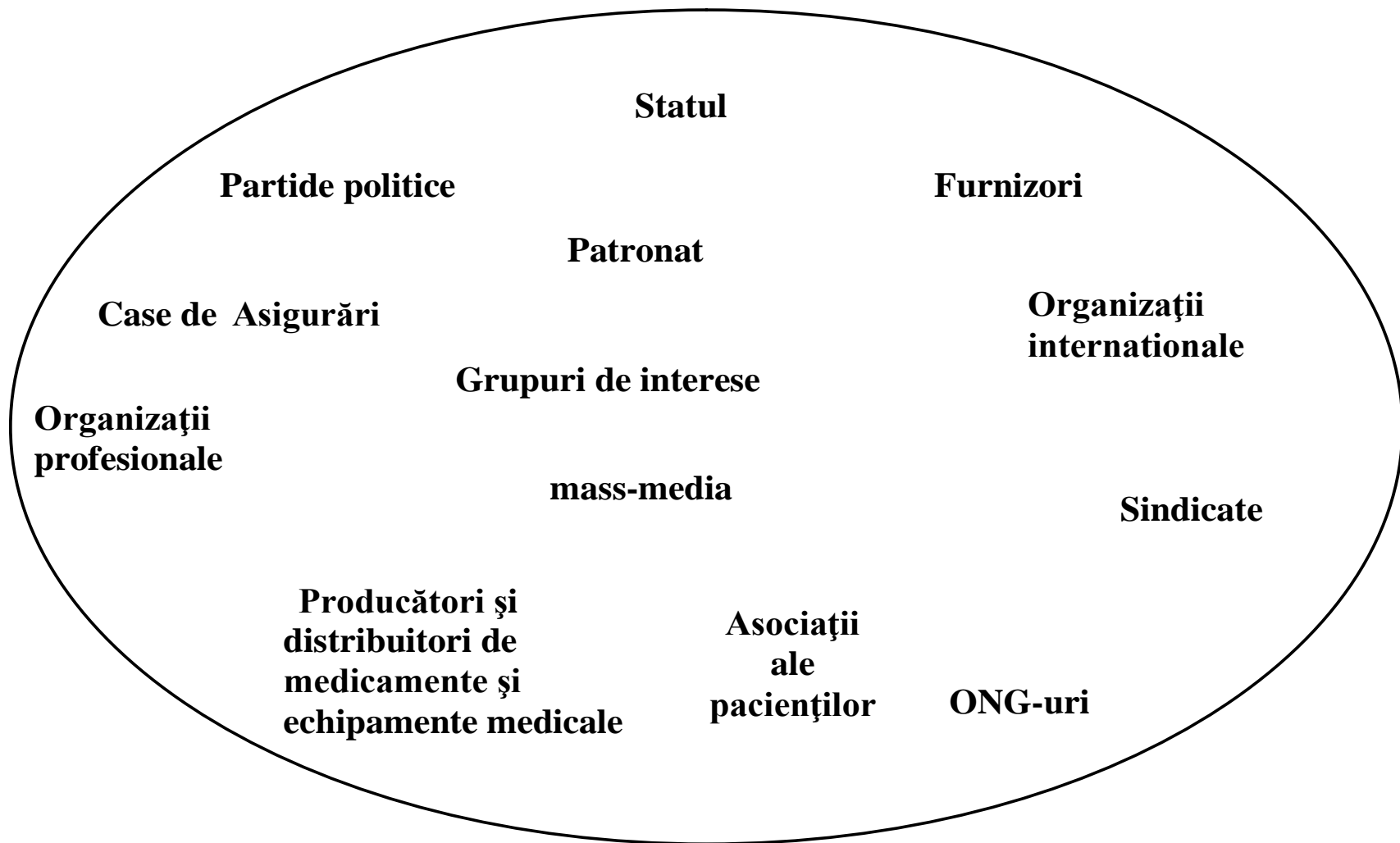


Figura2.7 ASIGURARE OBLIGATORIE CU INTEGRARE ÎNTRE FURNIZARE ȘI ASIGURARE

ORGANIZAREA SPITALELOR PRIN PRISMA RAPORTULUI NUMĂRULUI DE PATURI DIN
SECTORUL PUBLIC ȘI CEL PRIVAT

	Sisteme Publice			Sisteme Intermediare				Sisteme Private	
	Marea Britanie	Suedia	Germania	Canada	Franța	Japonia	Olanda	Elveția	SUA
Public	92,0%	92,4%	51,0%	98,0%	63,0%	33,0%	15,0%	85,0%	33,0%
Privat non-profit		7,6%	35,0%	2,0%	11,0%	67,0%	85,0%	6,0%	56,0%
Privat pentru profit	8%	-	14,0%	-	26,0%	-	-	8%	11%

Actorii din sistemele de sănătate



A. Definirea de standarde referitoare la
a.pachetele de servicii oferite b.grupul țintă c. calitatea serviciilor
B. Monitorizarea actorilor principali (furnizori + terți plătitori)
C. Evaluarea procedeeleor diagnostice și terapeutice admise
D. Colectarea centralizată a informațiilor despre serviciile de sănătate
E. Acreditarea
• profesioniștilor medicali
• furnizorilor
• instituțiilor de sănătate
• terților plătitori
F. Finanțarea serviciilor de sănătate
• pentru anumite grupuri de afecțiuni (pachete de servicii predefinite)
• pentru anumite grupuri populaționale
G. Furnizarea de servicii de sănătate
• proprietarul institutiilor medicale
• organizarea activitatilor sanitare
• plata institutiilor si/sau profesionistilor
H. Managementul direct al sistemului si al serviciilor de sănătate
• selectionarea conducatorilor unitatilor sanitare
• elaborarea si aplicarea normelor de performanta individuale
• monitorizarea procesului si/sau rezultatelor manageriale
I. Planificarea paternului dorit al serviciilor de sănătate
• evaluarea nevoilor
• alocarea resurselor: principii, criterii, mecanisme
• raționalizarea serviciilor
• evaluarea rezultatelor și a impactului acestora

Rolul statului pe piața serviciilor de sănătate

RATIONALIZAREA SERVICIILOR MEDICALE

Grupuri decidente (cine)

- politicienii,
- administratorii sanitari,
- profesioniștii medicali și
- publicul

Mecanismele (cum)

- plățile,
- utilizarea asistenței medicale primare ca "portar",
- listele de așteptare,
- regulile explicite și
- informarea pacienților

Criteriile

- **principiul "salvării"** (*sistemul sanitar trebuie să încerce să-i ajute pe cei aflați la nevoie, acordând prioritate celor aflați în circumstanțe ce le amenință viața*)
- **eficiența, (QUALY)**
- **echitatea.**

Mecanism	Folosit pentru alocarea fondurilor, remunerare sau ambele?	Principalele consecințe
Plata per serviciu	Ambele	↑ numărul de servicii ↓ resurse utilizate pentru un serviciu * exces de tratament: prea multe servicii per persoană și per caz
Bazat pe diagnostic	Ambele	↑ numărul de cazuri ↓ serviciile pentru un caz * luarea caimacului – atragerea de cazuri mai puțin grave * manipularea diagnosticului: clasificarea cazurilor pentru a maximiza rambursarea * tratament insuficient, prea puține servicii furnizate
Capitație	Ambele	↑ numărului de persoane înscrise ↓ serviciile per persoană înscrisă ↑ serviciile preventive * luarea caimacului – atragerea de indivizi mai sănătoși * tratament insuficient, prea puține servicii furnizate per persoană
Salariu	Numai remunerare	↑ activitatea folosită ca bază pentru stabilirea nivelului salariului * eschivare de la efortul de muncă: prea puține servicii sau calitate redusă
Plată pentru timpul lucrat (rar pentru medici)	Numai remunerare	↑ numărul de ore lucrate ↑ activitățile folosite ca bază pentru stabilirea nivelului plății * eschivare de la efortul de muncă: prea puține servicii sau calitate redusă
Buget global	Doar alocarea fondurilor	↑ orice unități folosite pentru a determina și justifica bugetul * eschivare pe orice dimensiune care nu folosește la justificarea bugetului

Metoda DRG (Diagnostic Related Groups, grupuri de diagnostice asociate)

- 1983, SUA, Medicare spitalele cu costuri mai mari decât costul mediu vor reduce costurile, calitatea îngrijirilor rămânând neschimbată
- DRG = încercare de a standardiza și defini din punct de vedere operațional care este producția unui spital.
- 467 grupuri de pacienți, ordonate în funcție de organele anatomice, în 23 de categorii majore de diagnostic. Clasificarea pacienților în DRG se realizează în funcție de: diagnosticul principal, intervențiile chirurgicale, diagnosticul secundar (comorbiditate sau complicații), vîrstă, sex și situația la externare. Grupurile sunt coerente din punct de vedere clinic și presupun un consum similar de resurse.
- Eficiența tehnică* se concentrează asupra problemelor legate de “cât de bine fac spitalele ceea ce fac ?”
- Eficiența în alocare*. “ar trebui spitalele să facă ceea ce fac?” “cât din ceea ce fac ar trebui făcut?”

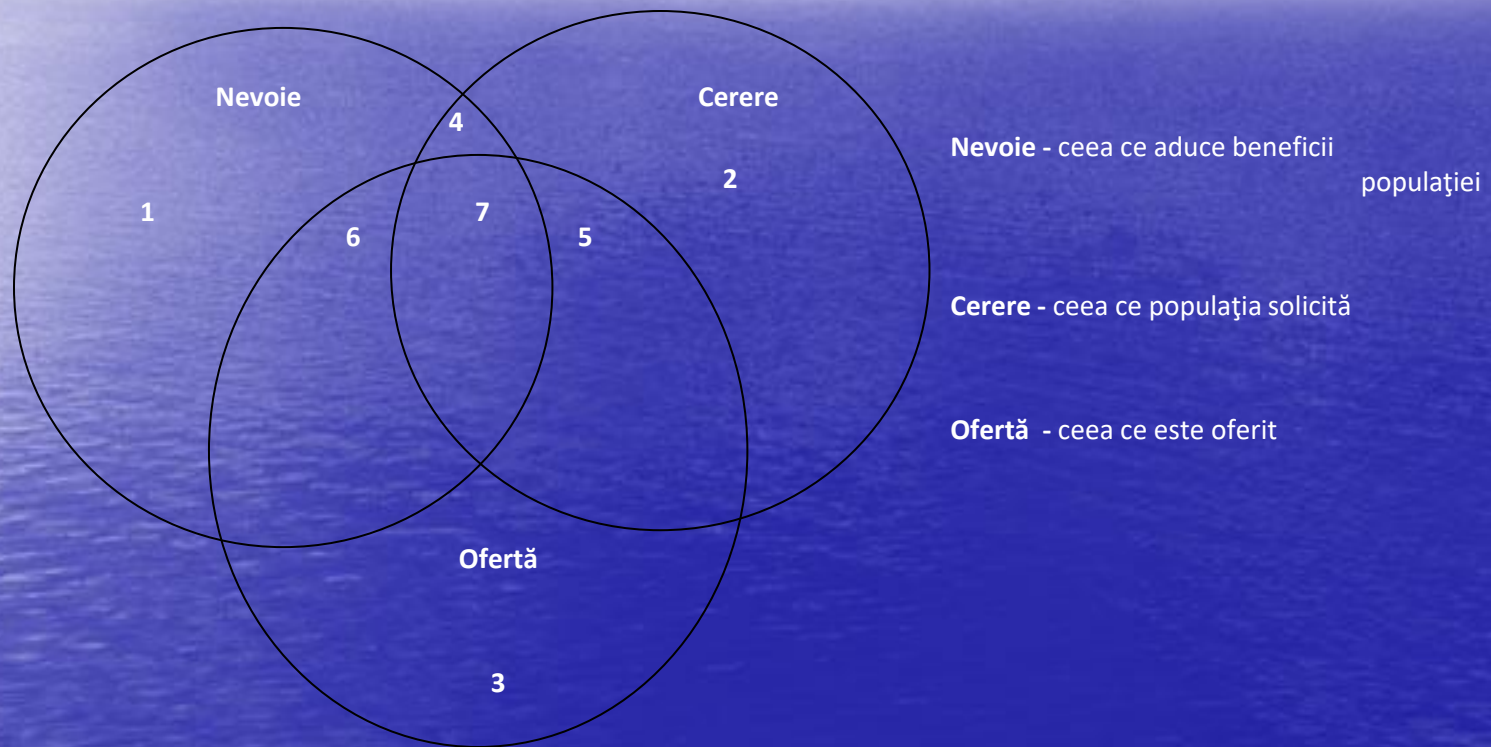
DRG ca un mecanism de finanțare per caz a spitalelor

- sistemul de plată per caz în asociere cu un buget global.

Probleme legate de sistemul DRG

- Manipularea codificării
- Mișcarea pacienților
- Transferul costurilor

Nevoie, Cerere si Ofertă în Sectorul Sanitar



Grupuri de interese (GI)

- Elaborarea politicii de sănătate – influențată/condiționată de rolul și poziția ocupată de așa-numitele **gi** sau de presiune. Principalele caracteristici ale GI :
 - a. sunt organizații independente, autonome, private
 - b. au scopul declarat al realizării sau atingerii anumitor obiective
 - c. în acest proces nu se implică ca parte formală a administrației guvernamentale
- GI nu sunt interesate de obținerea puterii politice formale

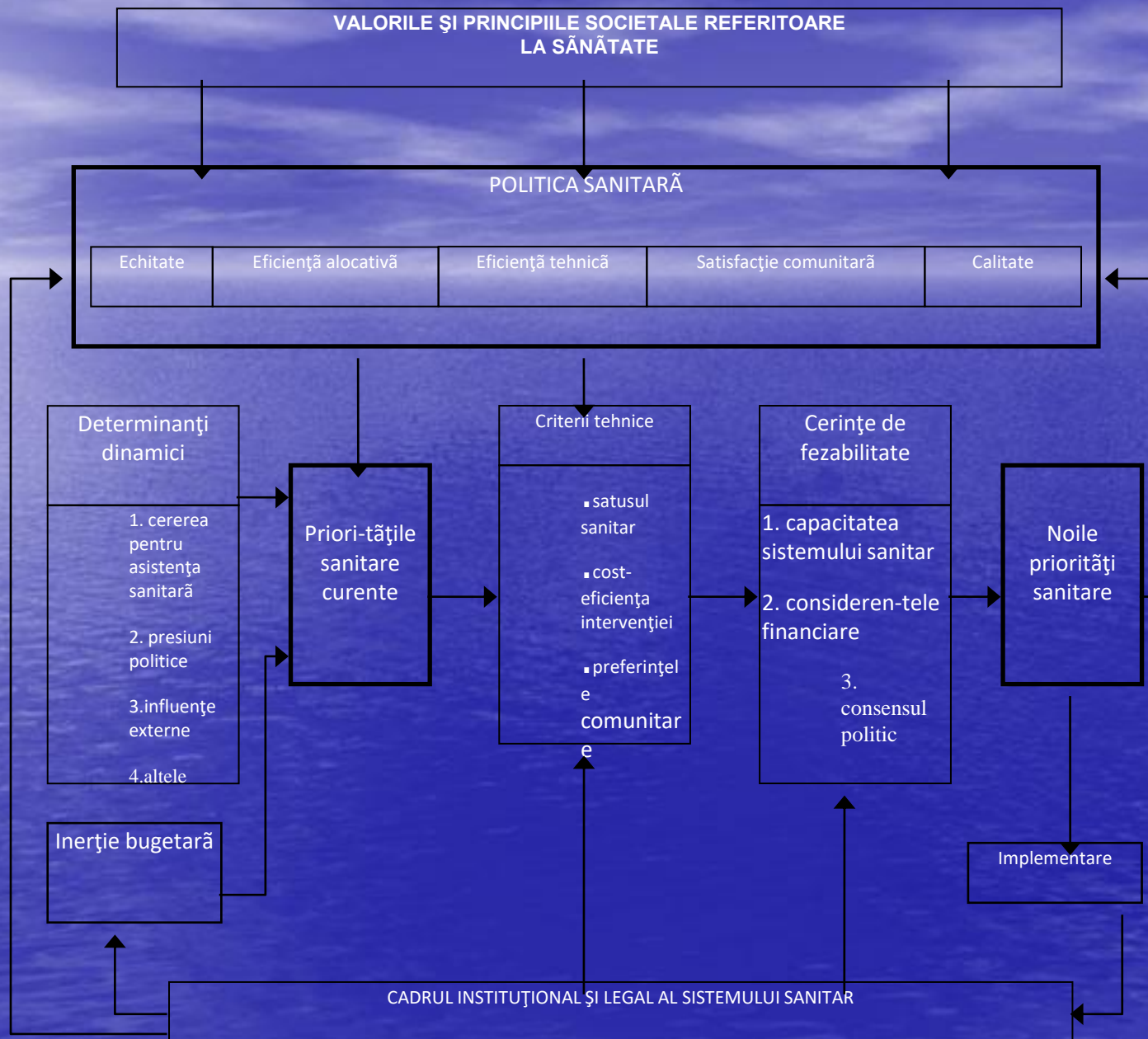
Clasificarea Grupurilor de Interese

1. Obiectivul principal este să protejeze interesele membrilor; exercitarea de presiune politică este secundară și subsecventă; apartenența este restricționată pe anumite criterii (GI producătorilor)
2. Obiectivul principal este de a promova o anumită cauză; apartenența este deschisă pentru toți cei care susțin respectiva cauză (GI consumatorilor)

Ex: intrare restricționată, interese specifice sectoriale, statut neguvernamental

Clasificarea Grupurilor de Interese

<u>Obiectivele grupului</u>	<u>Denumirea grupului</u>
1. Obiectivul principal este să protejeze interesele	<input type="checkbox"/> Parțial
membrilor; exercitarea de presiune politică este	<input type="checkbox"/> Sectorial
secundară și subsecventă; apartenența este	<input type="checkbox"/> Al Producătorilor
restricționată pe anumite criterii	
2. Obiectivul principal este de a promova o anumită	<input type="checkbox"/> Exclusiv
cauză; apartenența este deschisă pentru toți cei	<input type="checkbox"/> Promovând o cauză
care susțin respectiva cauză	<input type="checkbox"/> Al Consumatorilor



PERFORMANȚA SISTEMELOR DE SĂNĂTATE ÎN ȚĂRILE MEMBRE ALE O.M.S. (2000)

POZITIE	ȚARA
1	FRANȚA
2	ITALIA
5	MALTA
9	AUSTRIA
14	GRECIA
17	OLANDA
18	MAREA BRITANIE
25	GERMANIA
30	CANADA
34	DANEMARCA
37	S.U.A.
38	SLOVENIA
43	CROAȚIA
48	CEHIA
50	POLONIA
55	ALBANIA
62	SLOVACIA
66	UNGARIA
70	TURCIA
77	ESTONIA
99	ROMANIA
102	BULGARIA
104	ARMENIA
106	YUGOSLAVIA
130	FEDERAȚIA RUȘĂ
144	CHINA

CRITERII PENTRU ANALIZA PERFORMANȚEI SISTEMELOR DE SĂNĂTATE ÎN ȚĂRILE MEMBRE ALE O.M.S.

- 1. NIVEL GLOBAL AL STĂRII DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI** (S.M.V., CAUZE MORTALITATE ȘI MORBIDITATE PE VÂRSTE, DECESE EVITABILE, DALY)
- 2. DISPARITĂȚI ÎN STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI** (INECHITAȚI)
- 3. NIVEL GLOBAL AL MODULUI DE RESPONSABILITATE A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE** (SATISFAȚIA PACIENȚILOR+ EFICIENȚA SISTEMULUI)
- 4. DISTRIBUȚIA RESPONSABILITĂȚII LA NIVELUL A DIFERITE CATEGORII POPULAȚIONALE** (CUM SUNT SERVITE DIFERITE CATEGORII POPULAȚIONALE)
- 5. DISTRIBUȚIA POVERII FINANCIARE PENTRU SERVICIILE DE SĂNĂTATE LA NIVELUL POPULAȚIEI**