
POLITICILE SOCIALE DE SĂNĂTATE ÎN UNIUNEA EUROPEANĂ

IUSTINIAN ZEGREANU, DANA COSTIN

Rezumat

Principalele scopuri ale politicilor de sănătate sunt realizarea unui nivel ridicat de sănătate cu realizarea distribuirii echitabile a serviciilor de asistență medicală. În Uniunea Europeană există o mare diversitate de modele de sisteme sanitare, fiecare cu modul său particular de organizare și finanțare. Ceea ce face dificil să se urmeze un anumit model, adică un sistem sanitar unitar.

Asigurările de sănătate obligatorii precum și asigurările voluntare sunt administrate de Case de Asigurări de Sănătate, organisme autonome ce colectează contribuțiile în funcție de venituri, pentru a le redistribui sub formă de beneficii în momentul utilizării serviciilor medicale, ori de rambursare a cheltuielilor angajate.

În concluzie, în aproape toate țările membre ale UE există o insatisfacție legată de modalitățile de finanțare și de furnizare a serviciilor medicale. Principalele probleme comune – care ocupă diverse locuri în ordinea preocupărilor naționale - le reprezintă carențele lor în materie de echitate și egalitate la accesul la serviciile medicale, de control asupra cheltuielilor, de utilizare eficientă a resurselor și de control al calității serviciilor medicale. Asupra planului de stabilitate socială, prioritatea constă în garantarea îngrijirilor medicale pentru persoanele în vârstă, mai bine adaptate la nevoile lor, preferată fiind crearea unui echilibru între îngrijirile la domiciliu, îngrijirile comunitare și serviciile spitalicești. Îngrijirile preventive constituind o potențială alternativă economică a îngrijirilor medicale bazate pe tehnologii costisitoare.

La ora actuală se pune accent mai mult pe reorientarea sistemelor de sănătate către obiective măsurabile atât în ceea ce privește calitatea îngrijirilor medicale cât și în ceea ce privește satisfacția utilizatorilor.

HEALTH POLICIES IN THE EUROPEAN UNION

Abstract

This article is a theoretical analysis regarding different financing mechanisms of European health systems. The purpose of the article is to draw conclusions upon the advantages and disadvantages of these mechanisms, as well as to provide an answer to the question of whether a supplementary insurance would be a valid choice for Romania and whether it would reduce the informal copayment. The EU supplementary insurance market (which would cover the copayments) is not very well developed, with the exception of France. In spite of this, a large part of the population benefits from these insurances in covering ambulatory costs, in countries such as Austria, Belgium, France, Ireland, Spain, etc.

The main purposes of medical policies are the achievement of a high level of health and the accomplishment of an equitable distribution of health assistance services. Within the European Union there is great diversity in terms of health system models,

each with its particular organization and financing pattern. This makes it difficult to reach consensus on a single model, i.e. a unitary health system.

In almost all the EU member states, there is general dissatisfaction with the means of financing and furnishing medical services. The main common problems - which are placed on different scales with regard to national priorities, are represented by deficiencies in terms of equity and equality of access to medical services, control over the expenses in sanitary systems, effective use of resources and ensuring quality medical services. When it comes to the social stability plan, the priority consists of guaranteeing medical care to the elderly - better suited to their needs, with preference for the creation of a balance between home assistance, community care and hospital services. Preventive care constitutes a potential and economical alternative to the medical care that relies on costly technologies.

At present, the emphasis is more on the reorientation of health systems towards quantifiable objectives, in terms of both the quality of medical care and the satisfaction of its beneficiaries.

Asigurarea sănătății este considerată obiectivul principal al sistemului sanitar. Principalele scopuri fiind realizarea unui nivel ridicat de sănătate și distribuirea echitabilă a serviciilor de asistență medicală. Sistemul sanitar trebuie să corespundă așteptărilor populației, implicând astfel respectul față de cetățean (autonomie și confidențialitate) și orientarea beneficiarului (servicii prompte și calitate a dotărilor). Un alt obiectiv îl reprezintă finanțarea echitabilă, în care cheltuielile să reflecte capacitatea de plată, și nu neapărat riscul de îmbolnăvire.

Conform opiniei unor specialiști care a fost publicată într-o prestigioasă revistă engleză de specialitate, sistemele sanitare ale lumii se clasifică potrivit eficienței cu care transformă cheltuielile în sănătate. Se au în vedere aici, în corelație, cheltuielile pentru îngrijirea sănătății, ajustate conform prețurilor locale, cu asigurarea stării de sănătate. Ca factor esențial pentru sănătate, în calcul a fost cuprins și nivelul de educație a populației. Dar acești specialiști nu a reușit să ofere răspunsul la întrebarea în ce măsură un sistem sanitar este mai bun decât altul.

De altfel, în Uniunea Europeană există o mare diversitate de modele de sisteme sanitare, fiecare cu modul său particular de organizare și finanțare. Ceea ce face încă și mai dificil să se urmeze un anumit model, adică un sistem sanitar unitar.

Ca și structură generală, la ora actuală există trei sisteme de finanțare performante predominante în Uniunea Europeană. Primul (cunoscut sub numele de modelul Beveridge) se caracterizează prin finanțare publică pe baza impozitelor culese de la contribuabili. Al doilea sistem (cunoscut sub numele de modelul Bismarck) în care finanțarea se realizează prin intermediul asigurării obligatorii ale populației. Al treilea sistem constă în finanțarea privată prin asigurări voluntare.

În anul 1997, România a introdus un nou sistem de asigurări de sănătate prin Legea nr. 145/1997, bazat pe o versiune modificată a modelului Bismarck. În mod practic în prezent, în afară de modelul Bismarck, mai coexistă și elemente din alte modele. Diferența dintre aceste modele constă în modalitatea prin care sistemul sanitar este finanțat):

- **modelul Semashko** – bugetul asigurărilor sociale de stat;
- **modelul Beveridge** – principiul rolului de „filtru” (avut de medicii de familie – aleși, în

mod liber, de către pacienți și finanțat prin impozite);

- **modelul Bismarck** – sistemul de asigurări sociale de sănătate (bazat pe prime obligatorii de asigurare, dependente de venituri).

În majoritatea acestor modele pacienții contribuie, într-o proporție variată la finanțarea îngrijirilor medicale în toate țările membre ale Uniunii Europene

Majoritatea statelor membre aplică dispoziții de exonerare de la participare la toate costurile a categoriilor cu venituri mici cât și al persoanelor din alte grupuri defavorizate.

Asigurările obligatorii precum și asigurările voluntare sunt administrate de Case de Asigurări de Sănătate, organisme autonome ce colectează contribuțiile în funcție de venituri, pentru a le redistribui sub formă de beneficii în momentul utilizării serviciilor medicale, ori de rambursare a cheltuielilor angajate.

Modul de finanțare al spitalelor variază în general de la un stat la altul. Principalele forme fiind: tariful pe zi de spitalizare, și tariful pe grupe de diagnostic clinic.

Modele de finanțare ale sistemelor de sănătate ale statelor membre ale U.E.

Țări	Sistemul de finanțare dominant	Principalele surse de finanțare complementare
Finlanda, Grecia, Irlanda, Italia, Suedia, Spania, Marea Britanie	Public : fiscalitate	Asigurare voluntară privată, plăți directe
Danemarca, Portugalia	Public : fiscalitate	Plăți directe
Austria, Belgia, Franța, Germania, Luxemburg	Public : asigurări sociale obligatorii	Asigurare voluntară privată, plăți directe, fiscalitate
Olanda	O combinație între asigurări sociale obligatorii și asigurări voluntare private	Fiscalitate și plăți directe

SISTEMELE DE SĂNĂTATE ÎN STATELE MEMBRE UE :

1. AUSTRIA

Legea generală a asigurărilor sociale conferă dreptul la protecție socială și la îngrijiri medicale din anul 1956. Legea a fost fondată pe principiul asigurărilor publice obligatorii. Astfel sistemul de

protecție socială austriac acoperă 99% din populație. În această țară asigurările sociale se împart în patru mari categorii în funcție de riscurile acoperite: asigurarea de boală, asigurarea de accident, asigurarea de bătrânețe și asigurarea de somaj.

Sistemul de sănătate austriac este foarte apropiat, în multe privințe de sistemul german, dar principalele diferențe sunt legate de plățile directe pentru serviciile din sistemul ambulatoriu și negocierea retribuțiilor prin camerele regionale ale medicilor.

Sistemul austriac de sănătate este unul dintre cele mai bune din UE. Asigurarea de boală cuprinde o gama de servicii foarte variată și complexă, și majoritatea populației - 63.3% - se arată foarte satisfăcută.

Populația și starea de sănătate

Până în anul 1997 populația austriacă a fost de 8.1 milioane de locuitori. Procentul tinerilor până în 20 de ani este de 23.7%. Proporția persoanelor în vârstă este inferioară mediei europene: populația peste 65 ani reprezintă 14.6%, iar populația de peste 75 ani reprezintă 6%. Vârsta medie a populației conform datelor statistice, ar trebui să crească până în anul 2010 cu un procent semnificativ la persoanelor cu vârsta de peste 75 ani.

Rata somajului este de circa 1.7% calculată în 1997, fiind printre cele mai scăzute din Uniunea Europeană (4.7%).

- *Speranța de viață* este de circa 80.2 ani pentru femei și 73.9 ani pentru bărbați.
- *Rata mortalității* este de 7.8 la 1 000 locuitori, media UE fiind de 8.2 la 1.000 locuitori.
- *Mortalitatea infantilă* este de 5.1 pentru 1000 născuți vii, și este inferioară mediei UE (5.4).
- *Mortalitatea prenatală* este de 6,9 în 1997 și este inferioară mediei UE (7.5).
- *Principalele cauze de deces* sunt reprezentate de bolile cardio-vasculare (50%) și cancerul (23%).
- *Rata de sinucidere* este destul de ridicată în Austria în special la bărbați; fiind de 651 la 100.000 pentru bărbați și la 196 la 100.000 pentru femei.

- *Incidența SIDA* este de 16 cazuri noi diagnosticate la un million de locuitori.
- *Consumul de alcool* este de 12.6 litri pe persoană în comparație cu media UE de 11.6 litri. Cu toate acestea s-a observat o scădere în 1997 la 11.9 litri pe persoană.
- *Consumul de tutun* a fost inferior mediei UE pentru ambele sexe: 35.5% la bărbați și 20.3% la femei fumători de mai mult de 15 ani, (media UE fiind de 37%- bărbați, 30%- femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate.

Austria este un stat federal alcătuit din nouă landuri. Sistemul de sănătate se împarte în jurul diviziunii constituționale a responsabilităților între autoritățile federale și autoritățile locale provinciale. Ministerul Sănătății formulează doar cadrul politicii globale cu privire la oferta de îngrijiri medicale și eliberarea autorizațiilor de scoatere pe piață a noilor medicamente. Gestionarea și administrarea serviciilor de sănătate cade în responsabilitatea autorităților sanitare din provincii. Ministerul Muncii și Afacerilor sociale efectuează controlul asupra caselor de asigurări de sănătate.

Există trei tipuri de asigurări sociale de sănătate: pentru serviciile medicale de urgență, asigurări de sănătate și asigurări sociale, acestea din urma fiind concretizate în principal prin beneficii în bani. Asigurările sunt obligatorii 99% din populație fiind afiliată la una din cele 24 de case de asigurări de sănătate. Acestea sunt organisme autonome. Finanțarea acestor case de asigurări se realizează în mod esențial prin contribuții financiare. În jur de 40% din austrieci dețin și o asigurare medicală privată suplimentară.

Finanțarea sistemului de sănătate este bazată pe: contribuțiile la asigurările de sănătate obligatorii (59%); pe fiscalitate (24%); pe asigurări private (7.5%), coplata reprezintă în jur de 14% din resursele financiare. Cotizațiile care casele de asigurări de sănătate sunt plătite atât de salariați cât și de angajatorii lor, ele variând în funcție de salarii, suma fiind cuprinsă între 6 și 8.5% din venitul brut. Coplata este utilizată pentru tratament, pentru serviciile stomatologice, cazare în spital.

Medicii care lucrează în spitale sunt salariați. Pentru bolile acoperite de asigurări de sănătate private

se aplică tarife distincte. Onorariile medicilor de familie sunt reglate de casele de asigurări de sănătate sau de casele private după caz. Plata se realizează pe baza convențiilor cadru negociate între Uniunea Caselor de Asigurări Sociale și Camerele Regionale ale Medicilor. Există în continuare probleme de coordonare între serviciile spitalicești și serviciile de asistență medicală primară. Din acest motiv există în perspectiva statului austriac o reformă a modalității de finanțare în medicina ambulatorie.

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor titulari este de 26.6 pentru 10.000 de locuitori – inferior mediei europene (28.1), cu o proporție de 12.1 pentru medicii de familie (media UE- 8.2) și de 13.4 pentru medicii specialiști (media UE -11.3).

2. BELGIA

Sistemul de sănătate din Belgia se bazează pe asigurarea obligatorie, care acoperă populația în totalitate. Pacienții sunt liberi să își aleagă medicul, care poate fi un medic specialist sau medicul de familie. Accesul la spitalizare este direct. Libertatea de alegere și accesul la o largă gamă de servicii medicale se traduce printr-un înalt nivel de satisfacere a utilizatorilor în comparație cu alte țări europene. Administrarea sistemului de sănătate este împărțită între o casă de asigurări de sănătate publică și alte cinci organisme nonprofit.

Sistemul belgian de sănătate favorizează o inflație sigură a ofertei de servicii medicale de sănătate. Pe de altă parte sistemul de sănătate belgian este unul dintre cele mai complicate din Europa și de aici dificultatea de a realiza o reglementare efectivă.

Populația și starea de sănătate

În anul 1997 populația Belgiei număra 10 milioane de locuitori, din care 24% sunt tineri sub 20 de ani (media UE-24.6%), și 16% persoane în vârstă de peste 65 ani, procent mai ridicat decât media UE-15%. Proporția persoanelor de peste 75 de ani este estimată la 6.3% și se situează puțin deasupra mediei UE-6.1%. Vârsta medie a populației conform datelor statistice, ar trebui să crească în cursul viitoarelor decenii cu procent semnificativ la persoanele cu vârsta de peste 75 ani.

- *Speranța de viață* este de 81 ani pentru femei (UE-80.2) și de 74.3 ani pentru bărbați (UE-73.9).
- *Mortalitatea infantilă* este de 6 decese la 1.000 de născuți vii, fiind superioară mediei UE (5.4).
- *Rata deceselor* cauzate de bolile cardiovasculare este relativ scăzută. Principala cauză fiind reprezentată de cancere
- *Incidenta SIDA* este de 18.8 cazuri noi diagnosticate la un milion de locuitori.
- *Consumul de alcool* este de 11.2 litri pe persoană în comparație cu media UE de 11.6 litri.
- *Consumul de tutun* este inferior mediei UE pentru ambele sexe: 31% la bărbați și de 21% la femei toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-bărbați, 35.8%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

Guvernul se limitează la reglementarea juridică și finanțarea parțială a sistemului sanitar. Prestatorii de servicii medicale beneficiază de o largă autonomie atât în planul gestiunii cât și în cel al activității. La nivel național șapte portofolii ministeriale sunt responsabile de problemele de politică de sănătate, de reglementare și control a sistemului. Guvernul fixează cotele de cotizație și definesc nivelul minim de acoperire cu prestații medicale.

Sistemul național de asigurare medicală obligatorie acoperă 88% din populație. Liber profesioniști reprezintă în jur de 12% din populație. Programul național de asigurări de sănătate este coordonat de către o casă publică de asigurări de sănătate și cinci Uniuni de Mutualitate. Administrarea este centralizată la nivel național de două organisme dominante și anume Alianța Națională de Mutualitate a Creștinilor, care acoperă 45% din populație și Alianța Națională de Mutualitate a Socialiștilor, care acoperă 27% din populație. Consumatorul este liber să aleagă la ce casă de asigurări să se afilieze. Deoarece fixarea nivelului de cotizație și definirea pachetului de servicii medicale sunt realizate prin decret ministerial, concurența se limitează la asigurările complementare.

Finanțarea sistemului de sănătate se bazează pe cotizațiile la asigurările de sănătate (36%),

fiscalitate (38%), plăți directe (17%). Procentul de 9% rămas este acoperit prin asigurările suplimentare de sănătate și de fiscalitatea indirectă. Sistemul de coplată este unul dintre cele mai ridicate din UE.

Serviciile medicale ambulatorii sunt reglate direct de către pacienți, care sunt rambursate în termen scurt de către casele de asigurări în procent de 75% în medie. 25% din cheltuieli revine pacienților. Tarifele medicale sunt negociate între casele de asigurări de sănătate și asociațiile medicilor cu aprobarea ministerului. Contractele încheiate între medici și casele de asigurări sunt valabile doi ani.

Medicamentele sunt rambursate pe baza unei liste. În funcție de categoria de produse medicamentoase compensația variază de la 0 la 100%. În medie 30% din preț reprezintă compensația.

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor titulari este de 37.4 pentru 10.000 de locuitori – fiind cel mai ridicat în raport cu media europeană (28.1), numărul medicilor de familie este egal cu cel al medicilor specialiști.

3. FRANȚA

Sistemul de sănătate francez rezultă dintr-o combinație complexă între sectorul privat și cel public și se bazează pe asigurările de sănătate obligatorii, completat de asigurări voluntare private.

Acoperirea este aproape completă, atingând 98% din populație. Atât sectorul spitalicesc cât și în medicina ambulatorie se oferă o gamă vastă de servicii medicale și un volum aproape nelimitat de servicii de sănătate iar pacienții se bucură de o libertate totală de consultare. În ceea ce privește speranța de viață și mortalitatea, Franța este pe primele locuri în cadrul UE. Sănătatea publică în schimb are puncte slabe, reprezentate de incidența mare a SIDA de consumul de alcool și de tutun. Sistemul medical francez este unul dintre cele mai răspândite în UE.

Populația și starea de sănătate

În anul 1997 populația Franței era de 58.5 milioane de locuitori din care 26% tineri sub 20 de ani (media UE-24.6%), și 15.4% persoane în vârstă de peste 65 ani, procent comparativ apropiat cu media UE-15%. Proportia persoanelor de peste 75 de ani a fost estimată la 6.6% mai ridicată față de media UE de

6.1% și se așteaptă o rată de 8.2% în anul 2020. În jur de 75% din populația franceză se află concentrată într-un număr mic de zone urbane. Doar în capitală sunt circa 9 milioane de locuitori, iar alte orașe cum ar fi Lille, Lyon sau Marseille au peste un milion de locuitori.

- *Speranța de viață* este de 82 ani pentru femei (UE-80.2) și de 74.1 ani pentru bărbați (UE-73.9) fiind superioară mediei UE.
- *Mortalitatea* este cea mai scăzută din cadrul UE și anume 6.7 decese la 1.000 locuitori (UE-8.2).
- *Mortalitatea infantilă* este de 4.9 decese la 1.000 de născuți vii și este inferioară mediei UE (5.4).
- *Principalele cauze de deces* sunt bolile cardiovasculare și de cancerul. Rata mortalității cauzate de cancer este foarte ridicată pentru sexul masculin. Pentru femei principala cauză de deces o reprezintă bolile cardiovasculare.
- *Incidența SIDA* este estimat la 72 cazuri noi diagnosticate la un milion de locuitori.
- *Consumul de alcool* este ridicat în Franța fiind estimat la 16.7 litri pe persoană, mult ridicat în comparație cu media UE de 11.2 litri. În prezent 63% din bărbați și 30% din femei consumă cel puțin un pahar de alcool pe zi.
- *Consumul de tutun* a fost superior mediei UE pentru bărbați și inferior pentru femei :38% la bărbați și 20% la femei toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-bărbați, 25.1%-femei).

Riscul unei morți premature este mai ridicat pentru categoriile defavorizate și pentru muncitorii necalificați.

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

În Franța statul joacă un rol important în cadrul sistemului de sănătate. Acesta își asumă responsabilitatea pentru protecția tuturor cetățenilor. Guvernul se ocupă de sănătatea populației și de sistemul de protecție socială, controlând relațiile între diferite organisme financiare, și sectorul spitalicesc

public. Ministerul Muncii și Solidarității și Secretarul de Stat pentru sănătate, elaborează politica de sănătate la nivel național. Înalțul Comitet de Sănătate Publică prezidat de Ministrul Sănătății fixează obiectivele principale de sănătate publică iar Agenția Națională de Acreditare și Evaluare în Sănătate (ANAES) are rolul de evaluare a practicilor medicale, a calității și a performanțelor în sectorul de sănătate public și privat.

La nivel regional, cele 22 de Direcții Regionale ale Problemelor de Sănătate și Sociale (DRASS) implementează politicile de sănătate prin elaborarea de "carduri sanitare" care fixează numărul de paturi pe specialități și pe zone și stabilește reguli pentru cumpărarea și instalarea echipamentelor medicale costisitoare.

Finanțarea sistemului de sănătate se realizează prin strângerea de cotizații din partea angajatorilor și din partea salariaților, ce reprezintă 12.8% din venitul brut (firme) și 6.8% din salariu (angajații). Pensionarii contribuie cu un procent inferior. Sistemul de asigurări de sănătate acoperă în proporție de 75% din cheltuielile totale din domeniul sanitar. O cotă de 6.8% din cheltuieli este acoperită de mutualitate și 5% de asigurările private. Fiscalitatea contribuie cu mai puțin de 3%, în timp ce participarea directă a pacienților prin coplată se ridică la mai mult de 13%.

În cadrul sectorului ambulatoriu medicii sunt renumerați pe baza documentelor conform unor tarife convenționale stabilit de către stat.

Personalul medical în sistem.

Densitatea medicilor titulari este de 29 pentru 10.000 locuitori număr superior față de media UE de 28.1. Numărul specialiștilor este egal cu cel al medicilor generaliști.

4. GERMANIA

Între 1945 și 1990, Germania a fost divizată în două state, unul de vest și unul de est, în cadrul cărora sistemul de sănătate se baza pe concepții practice opuse. În Germania de Vest a existat un sistem democrat liberal, în timp ce în Germania de Est a existat un model de planificare controlat, centralizat.

După reunificare, sistemul de sănătate a fost reformat în vederea adaptării la structura financiară și organizațională vest-germană.

Modelul german este bazat pe asigurare socială obligatorie, care a rămas relativ neschimbat de

la fondarea sa de către Bismark în anul 1883. Acesta garantează egalitate la acces și un volum important de servicii medicale avansate. În proporție de 89% din cetățenii germani se declară foarte satisfăcuți sau satisfăcuți de sistemul lor de sănătate. Cu toate acestea sistemul de sănătate se confruntă cu importante probleme, deoarece îmbătrânirea populației duce la descentralizarea principiului de distribuție pe care este bazată securitatea socială.

Populația și starea de sănătate

În anul 1997 populația Germaniei număra 82 milioane de locuitori. Procentul tinerilor este de 21.6% tineri sub 20 de ani (media UE-24.6%), în schimb proporția persoanelor în vârstă de peste 65 ani este de 15.3%, procent apropiat cu media UE-15%. Proporția persoanelor de peste 75 de ani a fost estimată la 6.2% și relativ ridicată față de media UE-6.1%, dar se așteaptă la o rată de 10.6% în anul 2020 care este superioară mediei europene prevăzute de 8.9%.

- *Speranța de viață* este de 73.4 ani în vest țării, și doar de 70.3 ani în est țării. Pentru femei ea este de 79.7 ani în vest și de 77.7 ani în est. Aceasta diferență se explică în general prin incidența bolilor cardiovasculare datorate modului diferit de alimentație, a culturii oarecum diferite și a condițiilor de viață dintre est și vest, precum și de nivelul diferit de difuzare a tehnologiilor medicale de vârf.
- *Rata mortalității infantile* este de 5%, relativ scăzută față de media UE de 5.4% la 1.000 de născuți.
- *Rata deceselor* datorate bolilor aparatului cardio - circulator și sinuciderilor este superioară mediei europene.
- *Incidența SIDA* este de 18.4 cazuri noi diagnosticate la un milion de locuitori.
- *Consumul de alcool* a fost estimat de 14.2 litri pe persoană, mult mai mare în comparație cu media UE de 11.2 litri.
- *Consumul de tutun* a fost apropiat mediei UE pentru bărbați -36.8% și mult inferior pentru femei-21.5% totuși fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-barbați, 25.1%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

Organizarea și finanțarea serviciilor de sănătate se bazează pe descentralizare și autoreglare. Rolul guvernului se limitează doar la un cadru legislativ al sistemului de sănătate, în timp ce responsabilitățile executive sunt în mare parte rezervate administrațiilor Landurilor.

Sistemul obligatoriu de sănătate acoperă aproape 88% din populație, existând 600 de case de asigurări de sănătate. Pentru un procent de 10% din populație asigurările sunt acoperite de către angajatori în timp ce populația cu venituri mai ridicate se asigură la una din cele 45 de companii private de asigurare. Mai puțin de 0.5% din populație nu beneficiază de nici un fel de protecție. Casele de asigurări de sănătate sunt organizate pe districte, pe profesii sau pe grupe de firme. Salariații își pot alege casa de asigurări.

În jur de 60% finanțarea este acoperită din asigurării obligatorii și voluntare de stat, 21% din fiscalitate, 7% din asigurările private și 11% prin participarea directă la costuri (coplată). Cotizațiile către casele de asigurări sunt plătite în părți egale atât de salariați cât și de angajatori. Valoarea medie a cotizației se ridică la 13.5%. Există o strictă separare între casele de asigurări de sănătate și furnizorii de îngrijiri de sănătate. Onorariile medicilor de familie sunt fixate printr-un proces de negociere descentralizat între principalii intermediari din sectorul de sănătate.

Principalul mod de renumerare a medicilor de familie, specialiștilor și a stomatologilor de către casele de asigurări de sănătate este pe baza documentelor. Există un barem general denumit "norma de evaluare uniformă", în care valoarea monetară efectivă este negociată la nivel regional, după care este ajustată la venitul global al medicilor.

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor este de 32.8 la 10.000 locuitori, destul de ridicat față de media europeană.(28.1).

5. GRECIA

Sistemul de sănătate grec este fondat pe principiul asigurărilor sociale obligatorii. Este finanțat prin impozit și într-o mai mică măsură prin cotizații din venituri. Este un sistem nu se încadrează în nici o categorie omogenă, deoarece participarea sectorului

privat, atât la finanțare cât și la oferta de îngrijiri medicale este foarte importantă. Sistemul național de sănătate grec (ESY) a fost creat în anul 1983, în același timp în care alte țări din sudul Europei își implementau propriile servicii naționale de sănătate. Totuși, sistemul de sănătate grec nu a fost decât parțial implementat iar vechile structuri există în continuare practic fără modificări. De aceea există o inegalitate a accesului la îngrijiri, o distribuție inegală a ofertei medicale (concentrată mai mult în mediul urban) și creșterea cheltuielilor. Nivelul de satisfacție al utilizatorilor este foarte scăzut: doar 18.4% din beneficiari se declară foarte mulțumiți sau mulțumiți de sistemul lor de sănătate.

Populația și starea de sănătate

Populația Greciei se ridică în anul 1997 la 10.5 milioane de locuitori. Proporția tinerilor sub 20 de ani reprezintă 24% și este inferioară mediei europene de 24.6%. Persoanele cu vârsta de peste 65 ani reprezintă 16.4%, cifra ridicată față de media UE de 15%. Proporția celor de peste 75 ani a fost estimată la 6.2% (media UE-6.1%). Se aștepta în anul 2020 o creștere de până la 9.2%.

- *Speranța de viață* este de 75.1 ani pentru bărbați (73.9ani- UE) și de 80.4 ani pentru femei (80.2 ani-UE) ceea ce plasează Grecia pe primul loc în cadrul UE.
- *Rata mortalității* este relativ mică: 7.2 la 1.000 locuitori (8.2-UE).
- Rata mortalității infantile are o valoare ridicată de 8.1 decese la 1 000 de născuți vii, față de media UE (5.7).
- *Principalele cauze de deces* sunt bolile cardiovasculare și cancerul în Grecia, dar incidența cancerului rămâne inferioară celei din UE.
- *Incidența SIDA* este de 24.8 cazuri noi diagnosticate la un milion de locuitori și este relativ mică față de media UE (42.7).
- *Consumul de alcool* este de 2.3 litri pe persoană și este net inferior în comparație cu media UE de 11.2 litri.
- *Consumul de tutun* a fost relativ ridicat față de media UE în special la bărbați -57% și la femei-24% totuși fumatori de mai mult de 15 ani, (media UE 37.4%-bărbați, 25.1%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

Ministerul Sănătății și al Prevederii Grec definește politica de sănătate la nivel național, reglementând oferta și finanțarea serviciului național de sănătate. Consiliul Central de Sănătate (KESY), este alcătuit din reprezentanții profesioniștilor din sănătate (medici) și ai utilizatorilor care se află în slujba ministerului și oferă recomandări și opinii asupra politicii de sănătate și a cercetării medicale.

Sistemul național de sănătate este împărțit în 13 regiuni și 52 districte, în care fiecare district cuprinde cel puțin un spital. Centrele medicale universitare sunt amplasate în șapte regiuni. O mare parte din populație este acoperită de către 300 case de asigurări de sănătate autonome administrate ca organisme publice. Institutul de Asigurări Sociale (IKA) acoperă peste 50% din populație, în principal orășeni, muncitori, funcționari și cadre. Organizația Asigurărilor din Agricultură (OGA) cuprinde 25% din populație (din mediu rural), și Casa Comercianților, a Industriașilor și a Micilor Intreprinzători (TEVE-TAE) acoperă 13% din populație. Statul acopera 9% din populație în timp ce restul sunt asigurați de numeroase mici case de asigurări.

Sistemul este alimentat parțial prin fiscalitate și parțial prin cotizații sociale. IKA, principala casă de asigurări de sănătate este finanțat prin cotizații asupra veniturilor, plătite în parte de salariați și în parte de către angajatori. Proporția este fixată de către guvern iar cotizațiile sunt completate din bugetul central. OGA este finanțată în totalitate de către stat. Nu există o graniță financiară neta între casele de securitate socială și de stat.

Regimul național nu prevede participarea la costuri în caz de spitalizare, dar slăbiciunile serviciului public crează o veritabilă piață paralelă de îngrijiri de sănătate.

Cazurile de îmbolnăviri joacă un rol semnificativ în finanțarea serviciilor de îngrijiri de sănătate ambulatorii în Grecia. Medicii din spitalele IKA, primesc un salariu pentru serviciile primare și cele stomatologice pe care acestia le ofera. Pe de alta parte medicii de familie care au contracte cu casele de asigurări pentru îngrijiri primare sunt plătiți pe baza documentelor. Un anumit număr de servicii furnizate de către medici clienților privați sau de către centrele de diagnostic sunt achitate direct de către pacienți .

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor titulari este de 38.8 la 10.000 locuitori, număr foarte de ridicat față de media europeană.(28.1). Numărul mare de medici în ansamblul personalului de sănătate mai mult decat dublul mediei europene este rezultatul unei proaste planificări a resurselor umane.

6. ITALIA

Serviciul național de sănătate italian (Servizio Sanitario Nazionale-SSN) a fost înființat în anul 1978, și asigură accesul universal și gratuit la îngrijirile de sănătate. Finanțarea sistemului este publică, combinând fiscalitatea cu asigurările sociale. Oferta de îngrijiri este mixtă (publică și privată). Guvernul fixează nivelul minim de servicii care trebuie să fie garantat pe tot ansamblul țării, și precizează condițiile în care utilizatorii pot recurge la sectorul privat. Serviciile de sănătate italiene sunt considerate inferioare nivelului mediu al UE. Inegalitățile de repartizare a resurselor sanitare sunt foarte pronunțate între regiunea de Nord și cea de Sud.

Italianii par nemulțumiți de sistemul lor de sănătate atât public cât și privat.

Populația și starea de sănătate

Populația în Italia se ridică în anul 1997 la 57 milioane de locuitori. Proporția tinerilor sub 20 de ani este sub 21% mult inferioară mediei europene-24.6%. Persoanele cu vârstă de peste 65 ani reprezintă 16.4%, cifră comparativ ridicată față de media UE-15%. Proporția celor de peste 75 ani a fost estimată la 6.2% (media UE-6.1%). Se așteaptă ca în anul 2020 să existe o creștere până la 10.7%.

- *Speranța de viață* este de 74.9 ani pentru bărbați (73.9ani-UE) și de 81.3 ani pentru femei (80.2 ani- UE)
- *Rata mortalității* este la: 7.1 la 1.000 locuitori (8.2-UE).
- *Rata mortalității infantile* este de 5.8 decese la 1.000 de născuți vii (media UE- 5.4).
- *Principalele cauze de deces* sunt bolile cardiovasculare și cancerul. Rata deceselor cauzate de traumatisme sau otrăviri este ridicată de 16.7 pentru 100 000 de locuitori ..

- *Incidența SIDA* este de 91.8 cazuri noi diagnosticate la un million de locuitori (este cea mai ridicată după Spania (media UE-42.7)).
- *Consumul de alcool* este de 10.9 litri pe persoană - (media UE de 11.2 litri).
- *Consumul de tutun* este relativ ridicat față de media UE pentru ambele sexe la femei -26% și la bărbați -38% toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-bărbați, 25.1%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

Serviciul de Sănătate Italian (SSN) asigură o protecție universală a populației. Administrarea sa națională, regională și locală, este criticată pentru marea sa birocrație. Consiliile regionale și unitățile sanitare locale (USL) formează structura de bază a Serviciului de Sănătate Italian.

Italia este divizată în 21 de regiuni, în care există 320 unități sanitare locale, din care 148 spitale publice dar administrate autonom. Rolul guvernului este limitat, deoarece regiunile se ocupă de planificarea, finanțarea și controlul serviciilor de sănătate în teritoriile respective. Guvernul se ocupă de determinarea nivelului financiar și alocarea lor pe diferite regiuni în funcție de numărul de locuitori cu definirea nivelului minimal de servicii care trebuie asigurat de către regiuni.

Finanțarea sistemului de sănătate este în proporție de 40.8% publică și se bazează pe asigurările sociale și 37.5% pe impozit. Diferența este finanțată prin cheltuieli private care rezulta din coplata serviciilor SSN. Partea cotizațiilor de sănătate în finanțarea sistemului rămâne importantă, în care angajatorii plătesc în medie 9.6% din venitul brut și salariații 0.9% dar taxele efective sunt variabile pe regiuni.

Medicii de familie care își exercită profesiunea în mod liber sunt remunerați în funcție de numărul de pacienți aflați pentru îngrijirile primare.

Personalul medical în sistem.

Densitatea medicilor titulari la 10.000 locuitori, este net superioară față de media UE.

Sistemul de sănătate olandez (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten- AWBZ) suprapune asigurarea socială cu cea privată. Asigurarea socială acoperă 62% din populație asigurarea privată 31%. Un regim național de asigurare pentru cheltuieli medicale speciale acoperă riscurile catastrofice, bolile cronice, invaliditate, îngrijirile psihiatrice. Sectorul privat joacă un rol semnificativ în furnizarea îngrijirilor de sănătate.

Sistemul de sănătate beneficiază de un larg consens din partea populației, astfel 72.8% din olandezi se declară foarte satisfăcuți sau satisfăcuți de sistemul lor de sănătate, față de media europeană de 50.3%. Una dintre atu-urile sistemului de sănătate olandez constă în implementarea unei rețele complexe de îngrijiri ambulatorii și îngrijiri de lungă durată pentru persoanele în vârstă.

Populația și starea de sănătate

Populația Olandei se ridică în anul 1997 la 15.5 milioane de locuitori, cu o proporție a tinerilor sub 20 de ani asemănătoare mediei UE.

- *Speranța de viață* este de 74.7 ani pentru bărbați (73.9ani-UE) și de 80.4 ani pentru femei (80.2ani-UE)
- *Rata mortalității* este de 9.0 la 1.000 locuitori (8.2-UE).
- *Rata mortalității infantile* este de 5.2 decese la 1.000 de născuți vii în 1996 (media UE-5.4).
- *Rata deceselor* cauzate de bolile cardiovasculare pentru ambele sexe este mult scăzută fata de media UE în timp ce mortalitatea datorată cancerului este mult superioară mediei UE.
- *Incidența SIDA* este de 25.1 cazuri noi diagnosticate la un million de locuitori - net inferioară mediei europene (media UE-42.7).
- *Consumul de alcool* este de 9.9 litri pe persoană – nivel net inferior mediei UE - 11.2 litri.
- *Consumul de tutun* este relativ ridicat față de media UE pentru ambele sexe la femei - 30.5% și la bărbați - 42.9% toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-bărbați, 25.1%-femei).

7. OLANDA

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

Asigurarea generală pentru cheltuielile medicale speciale (AWBZ) este obligatorie pentru populație și privește toate bolile cronice și îngrijirile de lungă durată. Cu toate acestea majoritatea îngrijirilor spitalicești au rămas excluse, ele fiind suportate prin coplată.

Asigurarea de sănătate obligatorie (Verplichte Ziekenfondsverzekering-ZFW) este administrată de 40 de case de asigurări de sănătate care acoperă circa 60% din populație. În jur de 37%, din populație este alcatuită în principal din liberi profesioniști care nu consideră avantajos regimul obligatoriu și subscriu la o asigurare privată (Particular Verzekering) în vederea acoperirii îngrijirilor acute, exceptate ca regulă de la plata directă.

Funcționarii din administrația publică (în jur de 6% din populație) au propriul lor regim obligatoriu, care folosește beneficiile în natură pentru o paleta de servicii mai mare decât cea din ZWF.

Asigurații pot subscrie și la o asigurare de sănătate suplimentară (Aanvullende Ziekenfondsverzekering) pentru acoperirea riscurilor necuprinse de către regimul legal. De fapt 90% din asigurați au contractat de asigurări suplimentare pentru îngrijiri medicale.

Finanțarea sistemului de sănătate este realizat de către asigurările sociale, care au preluat 68% din cheltuielile de sănătate, în timp ce asigurările private reprezintă 13.7% din cheltuieli. Diferența este completată din subvenții acordate de către stat și plăți directe ale pacienților. Cotizațiile către casele de asigurări de sănătate sunt în funcție de venituri. O parte este plătită de către angajator (5.15% din venitul brut) și o parte de către salariați (1.15%). Suplimentar asigurații mai plătesc o taxă mică stabilită de către fiecare casă de asigurări.

Onorariile medicilor de familie sunt negociate între casele de asigurări publice sau private și furnizorii de îngrijiri pe bază de contract. Plafoanele tarifare sunt fixate de către guvern dar se negociază tarife inferioare. Olanda are o îndelungată tradiție în domeniul finanțării publice în domeniul îngrijirilor de lungă durată și a îngrijirilor paliative.

Medicii de familie își exercită profesia în mod liber. Pentru clienții privați, medicii de familie sunt remunerați pe client și pe servicii asigurate.

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor titulari este ridicat de circa 29.3 pentru 10.000 locuitori - media europeană fiind de 28.1. Densitatea specialiștilor este de 8.7 pentru 10.000 locuitori (media UE-11). În principal Olanda se confruntă cu o lipsă de personal specializat în diferite domenii ca: ortopedie, oftalmologie, reumatologie, neurologie și psihiatrie.

8. ROMÂNIA

Sistemul de sănătate românesc, a fost instituit în anul 1997, când s-a introdus un nou sistem de asigurări de sănătate prin Legea nr. 145/1997, bazat pe o versiune modificată a modelului Bismarck. Sistemul serviciilor de sănătate din România de până în 1989, nu a suferit modificări substanțiale, nici după 1989. El a fost inspirat la apariția sa (la sfârșitul anilor '40 și în anii '50) din modelul sovietic (Semașko), însă a avut similitudini și cu sistemele existente în unele țări din Europa de Vest - Marea Britanie, țările nordice. Creditarea serviciilor sanitare cu foarte multă responsabilitate și puține efecte asupra stării de sănătate a populației a dus la o culpabilizare a medicilor și a sectorului sanitar pentru toate insatisfacțiile generate de deteriorarea stării de sănătate care de fapt a fost rezultatul acțiunii conjugate a mai multor factori (social - economici, comportamentali, biologici, ambientali).

Populația și starea de sănătate

În anul 1997 România 21,53 de milioane de locuitori, cu o proporție a tinerilor sub 20 de ani de 23% (media UE-24.6%) și o proporție de 19.3% pentru persoanele în vârstă de peste 65 ani. Proporția celor de peste 75 de ani este mai mare decât media UE și este de 9.1% și se așteaptă în 2020 o creștere la 11.9%.

- Speranța de viață este de 66.1 ani pentru bărbați (73.9 ani-UE) și de 73,99 ani pentru femei (80.2 ani-UE) .
- Rata mortalității este de 12,29 la 1.000 locuitori (8.2-UE).
- Rata a mortalității infantile este de 12,09 decese la 1.000 de nașcuți vii (media UE- 5.4).

- Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare, cancerul cu o medie crescută peste media UE
- Incidența SIDA 8,2 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori în (media UE-42.7).
- Consumul de alcool este de 7,5 litri pe persoană – nivel inferior mediei UE - 11.2 litri.
- Consumul de tutun prezinta variații între cele două sexe- pentru femei -25,3% și la bărbați – 42,5% toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-bărbați, 25.1%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

Lipsa unei politici coerente în domeniul sănătății după 1990 a fost favorizată și de moștenirea unui deficit în capacitatea de analiză sistematică și de dezvoltare de strategii, în condițiile unei cercetări și pregătiri insuficiente în domeniul managementului sănătății publice și al serviciilor de sănătate. Un punct pozitiv a fost posibilitatea unei libere alegeri a medicului și salarizarea sa în funcție de numărul persoanelor servite și calitatea prestației, toate efectuate pe baze contractual. Finanțarea unităților din asistența primară și ambulatorul clinicilor de specialitate, precum și a celor private, se realizează prin contracte încheiate cu casele locale de asigurări de sănătate. Rambursarea cheltuielilor pentru serviciile prestate asiguraților se face conform prevederilor din Contractului Cadru, care se aprobă anual prin hotărâre de guvern. Finanțarea sistemului de sănătate se va face din fondurile asiguraților și din plățile pacienților. Bugetul de stat finanțează programele medicale naționale și investițiile din spitale, construcțiile și echipamentele de înaltă performanță. Fondurile de asigurări de sănătate finanțează serviciile de sănătate (primară, ambulatorie, spitalicească, de urgență, stomatologică, reabilitare, produse farmaceutice compensate). Pacientul contribuie parțial la plata unor servicii medicale și integral la plata altor servicii medicale, precum și la cea a medicamentelor compensate.

Personalul medical în sistem.

În România densitatea medicilor titulari este de 17 la 10.000 de locuitori, față de densitatea medie din Uniunea Europeană de 28.1

9. SPANIA

Sistem de sănătate spaniol (Sistema Nacional de la Salud-SNS) a fost instituit în anul 1986 și acoperă 98.5% din populație. Dezvoltarea sistemului s-a efectuat pe o bază regională, obiectivul fiind ca fiecare regiune să fie în măsură să își administreze propriile servicii de îngrijire de sănătate. Instaurarea SNS a permis punerea în practică a unei acoperiri cvasiuniversale, care cuprinde o largă paletă de îngrijiri.

Populația și starea de sănătate

În anul 1997 Spania numără 39.7 milioane de locuitori, cu o proporție a tinerilor sub 20 de ani de 24% (media UE-24.6%) și o proporție de 15.3% pentru persoanele în vârstă de peste 65 ani. Proporția celor de peste 75 de ani corespunde mediei UE de 6.1% și se așteaptă în 2020 o creștere la 7.9%.

- Speranța de viață este de 74.4 ani pentru bărbați (73.9 ani-UE) și de 81.6 ani pentru femei (80.2 ani-UE).
- Rata mortalității este de 7 la 1.000 locuitori (8.2-UE).
- Rata a mortalității infantile este de 5.0 decese la 1.000 de născuți vii (media UE- 5.4).
- Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare, cancerul și accidente rutiere înainte de vârsta de 35 ani. Mortalitatea relativ ridicată a persoanelor până în 35 de ani constituie un fenomen frapant. Față de alte țări ale UE Spania are o rată de sinucidere mult inferioară.
- Incidența SIDA este cea mai ridicată în cadrul UE- 162 noi cazuri diagnosticate la un million de locuitori în 1996 – (media UE-42.7).
- Consumul de alcool este de 13,5 litri pe persoană – nivel superior mediei UE - 11.2 litri.
- Consumul de tutun prezinta variații între cele două sexe- pentru femei -21% și la bărbați - 44% toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-bărbați, 25.1%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

Cele 7 regiuni autonome dețin propriile lor direcții sanitare – departamentele de sănătate din cadrul guvernelor regionale - sunt responsabile cu sănătatea publică, planificarea structurilor sanitare precum și cu gestionarea și administrarea serviciilor de sănătate pe

teritoriul lor. Toate regiunile autonome au divizat teritoriul Spaniei în zone sanitare în funcție de mărimea populației, caracteristicile geografice, factorii demografici, epidemiologici și socio-economici. Zonele sanitare sunt împărțite la rândul lor în zone de bază pentru planificarea și gestionarea resurselor sanitare primare.

Ministerul Sănătății stabilește programe de sănătate publică, și veghează implementarea lor, definește nivelul îngrijirilor primare, îngrijirilor spitalicești interne și externe, nivelul coplăților pentru medicamente și proteze medicale. Consiliul sanitar interteritorial al SNS coordonează schimburile între autoritățile sanitare regionale pe de o parte și Ministerul Sănătății pe de altă parte în scopul de a garanta obiectivele și prioritățile fixate la nivel național.

Serviciul național de sănătate acoperă 98.5% din populație, din care 93% sunt afiliați la regimul general, 1% primesc alocații de la stat și 4.5% (în principal funcționarii) sunt afiliați la regimuri speciale. Companiile de asigurare private joacă un rol minor în sistemul de sănătate spaniol. În jur de 80% din cazuri finanțările provin din fiscalitate, 18% provin din cotizații plătite în funcție de venit atât de către angajați cât și de către angajatori, iar diferența de 2% provine din alte forme de asigurare de sănătate.

Medicii de familie sunt remunerați în funcție de numărul de pacienți, și doar în anumite cazuri după o formulă combinată salariu-număr de pacienți.

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor titulari este de 40.8 pentru 10.000 locuitori extrem de ridicat față de media UE (28.1).

10. MAREA BRITANIE

Serviciul Național de Sănătate (NHS) creat în anul 1948 a instituit accesul universal la îngrijirile de sănătate. Este un serviciu public de sănătate finanțat în principal din impozit. Gama de servicii oferite de NHS este completă iar accesul la îngrijiri medicale este gratuit. Solicitanții care intervin pe piața medicală sunt autoritățile sanitare de district (DHA) și medicii de familie "gestionarii de fonduri" (General Practitioner Fundholders) care cumpără îngrijiri trusturilor spitalicești (fundații autonome în cadrul

NHS) și centrelor de sănătate comunitare. Concentrarea asupra îngrijirilor primare și rolul central al medicilor de familie, punct de trecere obligatoriu pentru a accede la îngrijirile secundare, sunt punctul forte ale sistemului britanic. Punctul slab este reprezentat resursele financiare mici consacrate îngrijirilor secundare fiind considerată principala cauză ale lungilor liste de așteptare din spitale. Problema listelor de așteptare explică nivelul de satisfacere relativ mic al britanicilor cu privire la sistemul lor de sănătate. Sistemul funcționează corect pentru bolile grave sau urgențe dar mai puțin bine pentru afecțiunile minore.

Populația și starea de sănătate

Marea Britanie număra în anul 1997 58 milioane de locuitori, cu o proporție a tinerilor sub 20 de ani de 25% (media UE-24.6%) și o proporție de 15.8% pentru persoanele în vârstă de peste 65 ani. Proporția celor de peste 75 de ani este mult mai ridicată decât media UE(-6.1%). Se așteaptă în 2020 la o creștere de 12.4%.

- Speranța de viață este de 74.4 ani pentru bărbați (73.9ani-UE) și de 79.3 ani pentru femei (80.2ani-UE)
- Rata mortalității este de 7.9 la 1.000 locuitori (8.2-UE).
- Rata a mortalității infantile este de 6.1 decese la 1.000 de nașcuți vii (media UE- 5.4).
- Principalele cauze de deces sunt bolile cardiovasculare, cancerul și accidentele rutiere înaintea vârstei de 35 ani..
- Incidența SIDA este de 24 cazuri noi diagnosticate la un million de locuitori (media UE-42.7).
- Consumul de alcool este de 8.9 litri pe persoana – nivel inferior mediei UE - 11.6 litri.
- Consumul de tutun este mult inferior mediei UE pentru bărbați -29% în timp ce pentru femei este relativ ridicat-28% toți fumători de mai mult de 15 ani, (media UE 37.1%-barbati, 25.1%-femei).

Finanțarea și organizarea sistemului de sănătate

Secretarul de stat de la sănătate este responsabil în fața Parlamentului de oferta de îngrijiri medicale. Consiliul director al NHS este responsabil în fața secretarului de stat de fixarea obiectivelor și priorităților. El distribuie fondurile în cadrul unui buget anual, către 106

autorități sanitare districtuale (DHA) care acoperă fiecare între 250.000 și 1 milion de locuitori. Autoritățile sanitare locale - districtuale și medicii de familie administrează bugetele pentru cumpărarea îngrijirilor primare și secundare. Trusturile din cadrul NHS, cuprind mai multe instituții spitalicești autonome. În Marea Britanie se află 463 de trusturi, care cuprind mai mult de 1.600 de spitale și reprezintă marea majoritate a instituțiilor spitalicești, de servicii de ambulanță și unitățile de îngrijiri comunitare din cadrul NHS. Trusturile spitalicești propun serviciile lor în cadrul negocierii de contracte cu cumpărătorii de îngrijiri – medicii de familie.

NHS este finanțat în principal prin fiscalitate (95%) și prin alte contribuții (5%) în cadrul unui buget global stabilit de către minister și supus aprobării Parlamentului. Asigurările private acoperă 3.5% din cheltuieli.

Sistemul de remunerare a medicilor de familie constă într-o combinație complexă între onorariu și alocări specificate în contractul lor. Remunerația lor se constituie în funcție de numărul de pacienți înscrși pe listele lor. Ea fiind influențată și de alți factori, precum vârsta pacienților. Anumite servicii (contracepția și vaccinarea) sunt servicii plătite direct de către pacienți.

Personalul medical în sistem.

Numărul medicilor titulari este de 15.6 pentru 10.000 locuitori, este foarte scăzut față de media europeană (28.1). Toate domeniile de sănătate se confruntă cu o lipsă acută de personal.

În concluzie se constată că în aproape toate țările membre ale UE există o insatisfacție legată de modalitățile de finanțare și de furnizare a serviciilor medicale. Principalele probleme comune – care ocupă diverse locuri în ordinea preocupărilor naționale - le reprezintă carențele lor în materie de echitate și egalitate la accesul la serviciile medicale, de control asupra cheltuielilor, de utilizare eficientă a resurselor și de control al calității serviciilor medicale. Asupra planului de stabilitate socială, prioritatea constă în garantarea îngrijirilor medicale pentru persoanele în vârstă, mai bine adaptate la nevoile lor, preferată fiind crearea unui echilibru între îngrijirile la domiciliu, îngrijirile comunitare și serviciile spitalicești. Îngrijirile preventive constituind o potențială

alternativă economică a îngrijirilor medicale bazate pe tehnologii costisitoare.

La ora actuală se pune accent mai mult pe reorientarea sistemelor de sănătate către obiective măsurabile atât în ceea ce privește calitatea îngrijirilor medicale cât și în ceea ce privește satisfacția utilizatorilor.

BIBLIOGRAFIE

Au fost studiate documente oficiale emise de către Guvernul României, Ministerul Sănătății și CNAS între anii 2001 - 2008.

Sursa datelor a fost reprezentată de baza de date a O.M.S (Health for All), a OECD, a I.N.S. și Ministerul Sănătății.

În continuare sunt indicate principalele documente studiate, în afara celor menționate anterior

1. Carl-Ardy Dubois, Martin McKee - Human resources for health in Europe, Editura Ellen Nolte, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2006
2. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 2001
3. Draft report on Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals in Romania, April 18- 21; 2008 , WHO
4. Elias Mossialos, Monique Mrazek and Tom Walley - Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2004
5. Global Corruption Report 2006: Corruption in Health, Transparency International
6. Health Policy Section of the Action Plan for Implementing Romania's Medium Term Economic Strategy, 2000-2004, June 2000 version, approved by Government Decision 456/2000
7. Josep Figueras, Martin McKee, Jennifer Cain and Suszy Lessof - Health systems in transition: learning from experience, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2004
8. Martin McKee and Judith Healy - Hospitals in a changing Europe, The European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2002
9. Raport privind plățile informale în sector sanitar din România, prezentat de LEGICON și CURS

pentru Ministerul Sănătății, în cadrul unui proiect al Băncii Mondiale, 2005.

10. România – Sectorul de Sănătate, Studiu de politică sectorială ECSHD, Banca Mondiala, 2007

11. Ray Blight - Hospital Rationalization Strategy: World Bank, 2003.

12. Seiter Andreas - Romania: studiul sectorului farmaceutic, Ministerul Sănătății, București, 2007

13. Strategia Națională de Sănătate Publică, Ministerul Sănătății, București, 2004

14. Summary Report of Financing and Training Needs of Small Scale Health Service Providers and Distributors in Romania, Draft Report, Banking on Health Project, USAID, June 2007.

15. The World Health Report 2000 - Health systems: Improving performance, WHO, 2000.

16. To err is human: building a safer health system. Washington, DC, National Academy Press, 2000

17. World Development Report 2004 , The World Bank, Washington, D.C., 2004