

TRĂILĂ CERNESCU, *Societate și arhitectură. O perspectivă sociologică*, București, Editura Tritonic, 2004, 186 p.

Lucrarea de față, *in memoriam*, reprezintă o culegere de texte, publicate sau nu, concepute, în marea lor majoritate, de către autor. În volum apar și o serie de studii și materiale destinate prezentării în întruniri științifice, scrise împreună cu colegi de la CURS, IPCT și Universitatea de Arhitectură și Urbanism „Ion Mincu” din București.

Trăilă Cernescu este doctor în sociologie și cercetător științific, cu preocupări în domeniile sociologiei urbane și rurale, sociologiei administrației și serviciilor.

Subiectele alese au menirea, pe de o parte, de a înfățișa într-o manieră coerentă paleta înclinațiilor științifice ale autorului și, pe de altă parte, în cadrul domeniului de interes, de a arăta, din perspectivă sociologică, influența cadrului construit asupra acțiunilor, percepțiilor, aspirațiilor populației orașelor și satelor din România.

Organizarea spațială a localității, din perspectiva mediului construit, trebuie realizată după norme științifice și criterii sociale bine consolidate, care legitimează colaborarea dintre discipline cum ar fi: arhitectura, sociologia, psihologia, ingineria.

Este surprinsă „interacțiunea” dintre habitat (locuință, construcție publică, spațiu construit) și individ descris în termeni de comportament, aspirații, apartenența la o anumită categorie socială.

Lucrarea este structurată în patru capitole, ce fac referire la următoarele teme: *Capitolul I* – Aspecte generale referitoare la relația spațiu social – spațiu construit; *Capitolul II* – Arhitectura și comunitățile rural-urbane; *Capitolul III* – Aspirații în domeniul locuirii și *Capitolul IV* – Opinii despre semnificația socială a arhitecturii.

Textele reunite *in prima parte* a culegerii prezintă o serie de considerații cu privire la scopul pragmatic major pe care îl are arhitectura și cadrul construit în viața socială, acela de a exprima modul de viață al oamenilor, de a asigura adăposturi pentru activitățile complexe ale oamenilor (p. 12).

De asemenea, autorul face o trecere în revistă a funcțiilor locuinței, cu accent pe implicațiile socioculturale ale locuirii. Se apreciază că mutațiile calitative la nivelul locuirii, prin amplificarea funcției culturale a locuinței, vor determina schimbări asupra modului de locuire în plan economic (modificări în configurația nivelului de trai al populației), social și familial (timp liber mai mult petrecut în locuință, pentru anumite categorii sociale și de vârstă, creșterea coeziunii familiei, restrângerea sferei relațiilor sociale, în general și de vecinătate, în special ș.a.m.d.) (p. 23).

În aceeași manieră de introducere a unor noi teme de interes se înscrie și analiza problematicii construcțiilor publice, din perspectiva vieții sociale. Autorul este interesat de semnificația socială a construcțiilor publice, de finanțarea construcțiilor publice în România, de relația dintre nivelul de dezvoltare al țării și construcțiile publice, de modul de raportare al populației la construcțiile publice etc. (p. 27–31).

Primul capitol mai reunește și o serie de texte care vizează preocupările autorului cu privire la locuințele cu destinație socială (pentru vârstnici, tineri, alte categorii defavorizate). Din această perspectivă, întâlnim aici o documentare cu privire la domeniul locuinței sociale în România, preocupările pentru asigurarea de locuințe sociale apărând odată cu criza locuințelor din perioada interbelică (p. 37–49).

În *partea a doua* a lucrării sunt aduse în prim plan o serie de teme clasice în sociologia urbană, precum *dezvoltare urbană, renovare urbană, renaștere urbană, dezvoltare suburbană*, tratate în relație strânsă cu fenomenul aglomerației urbane. Astfel, autorul pledează pentru studierea caracteristicilor și consecințelor sociale ale aglomerației urbane, pentru cunoașterea rolului controlului social și anonimatului, în condiții de aglomerație urbană, pentru cercetarea costului social,

în general și costului administrației, în special, în cadrul aglomerației urbane etc. (p. 60). Este descrisă „necesitatea organizării științifice a spațiului (spațiu planificat, proiectat), după criterii ce țin seama de buna funcționalitate a instituțiilor, întreprinderilor, cartierelor de locuit, a teritoriului și a vieții sociale în ansamblul său” (p. 61).

De asemenea, Trăilă Cernescu abordează interesant conceptul de periferie, dintr-o perspectivă mai largă, atât urbanistic (referire clară la axa centru-periferie) cât și ca spațiu depozitar al unor probleme sociale, definit prin acestea și, în consecință, fără constrângerea localizării spațiale. Sunt descriși factorii care influențează alegerea cartierelor de locuit de către populație: a) statutul familial (căsătorit/necăsătorit, mărirea familiei pentru cei căsătoriți), b) poziția socială dată de venit și prestigiul social și c) rasa și etnia. Aceste considerente explică cum „presiunea asupra unei anumite zone, fie la marginea orașului, fie din centrul său, este exercitată de către segmente de populație cu caracteristici bine precizate și cu un statut social specific” (p. 66).

Preocuparea autorului pentru fenomenul locuirii în mediul rural este ilustrată de prezentarea rezultatelor câtorva cercetări, în maniera celor făcute de Școala Sociologică de la București a lui Dimitrie Gusti, realizate de Centrul de Sociologie Urbană și Regională. Un exemplu ar fi studiul din 1998 în comuna Dioști unde în urma unui incendiu devastator, în urmă cu 60 de ani, s-a pus problema refacerii localității pe baze științifice (p. 75–96).

Un alt studiu, semnat Trăilă Cernescu, face referire la consecințele introducerii locuinței colective la sat și efectele acesteia asupra modului de viață al indivizilor. Este subliniat cum mutarea populației la bloc viza ajungerea la un control total și sever al acesteia, sub aspectul procurării alimentelor, accesului la apă, căldură, lumină, precum și sub aspectul relațiilor interumane. Materialul are la bază o serie de studii sociologice asupra satului și locuinței rurale din România, realizate în perioada 1987–1989. Mai reprezentativă este cercetarea făcută în 1987, în cinci localități rurale din jurul Bucureștiului (Bragadiru, Cornetu, Ghermănești, Snagov și Moara Vlăsiei). Concluziile studiului afirmă că locuințele colective din satele din jurul Bucureștiului au reprezentat un experiment social cu implicații asupra morfologiei fizice, economice și umane, în mediul rural, implicații ce vor fi resimțite pe parcursul a mai multor generații (p. 97–107).

În *partea a treia* a volumului sunt reunite o serie de texte ce aduc în centrul atenției aspirațiile populației în domeniul locuirii, un alt subiect de interes al autorului. „Datorită funcțiilor și utilităților pe care le îndeplinește, precum și pronunțatului său caracter social și politic” (p. 114) locuința devine un aspect prioritar în studiul aspirațiilor colectivităților umane. Principalul aspect calitativ descris, scos în evidență și în urma anchetelor sociologice, este nevoia de flexibilizare a spațiului interior al locuinței, determinată de mărirea familiei, internalizarea/externalizarea anumitor activități casnice și gospodărești, creșterea procentului de persoane care intenționează să desfășoare activități profesionale în locuință ș.a.m.d. (p. 119).

Interesante sunt și considerațiile cu privire la aspirațiile tineretului cu privire la locuință și mobilarea acesteia, datele fiind culese în anchete sociologice de teren realizate între anii 1973–1983 (p. 124–140). Trebuie precizat că, în pofida trecerii timpului, informațiile rămân însemnate ca informație înmagazinată și ca reper pentru studiile ulterioare.

Ultima parte a lucrării ilustrează, prin câteva studii, semnificația socială a arhitecturii unei localități cu exemplificare directă asupra orașului București. Preocupat de problematica centrelor orașelor, autorul face apel la o serie de cercetări realizate de Laboratorul de Sociologie Urbană al CPMB, referitoare la renovarea urbană. Zona centrală a Bucureștiului este prezentată ca un spațiu în care coexistă o multitudine de funcții, începând de la cele specifice pentru centrele de capitală până la cele specifice oricărui cartier de rezidență.

Studiul arată că, în mod deosebit în deceniile 5, 6 și 7, și apoi în primii ani ai deceniului 8 ai secolului 20, în structura populației rezidente în zona centrală s-au produs modificări importante: a crescut ponderea categoriilor sociale direct productive, în primul rând a muncitorilor; zona centrală a preluat o mare parte a sporului migrator (incidență crescută a fenomenului co-locuirii, în contextul faptului că în zona centrală s-a construit puțin), pe seama căruia a crescut întregul oraș (p. 152).

În concluzie, analizându-se influența proceselor sociale asupra funcției rezidențiale a zonei centrale a Bucureștiului, se apreciază că condițiile de locuire ale populației rezidente aici pot fi

îmbunătățite doar dacă va avea loc o descongestionare a acestei părți a orașului de funcțiile nespecifice.

Prin culegerea prezentată, Trăilă Cernescu a încercat și reușit, în același timp, să readucă în viața științifică preocupările pentru cadrul construit, ale unor sociologi înaintași, precum și să scoată în evidență colaborarea necesară dintre sociolog și arhitect.

Dana Cornelia Nișulescu

IGOR MUNTEANU ȘI VICTOR POPA (coord.) *Developing new rules in the Old Environment – Local governments in Eastern Europe, in the Caucasus and Central Asia – Local Government and Public Service Reform Initiative, Open Society Institute, Budapest, Hungary, February, 2001*

Local Government and Public Service Reform Initiative, unul dintre programele Open Society Institute, este o organizație internațională menită să sprijine o bună guvernare în țările Europei Centrale și de Est, precum și în cele din Federația Statelor Independente. „LGI încearcă să-și îndeplinească misiunea prin inițierea de cercetări și sprijin pentru acțiuni operaționale și de dezvoltare, în domeniul descentralizării, elaborării de politici publice și reforma administrației publice”.

LGI lucrează în colaborare cu alte organizații internaționale (Consiliul European, Departamentul pentru Dezvoltare Internațională, NDP, Banca Mondială) și co-finanțează proiecte regionale, menite să sprijine reformele la nivel local.

În acest context se înscrie și volumul pe care îl vom prezenta în cele ce urmează. Acesta este al treilea și, totodată, volumul final al seriei de publicații a LGI, cu privire la reformele administrației locale în Europa Centrală și de Est și în Federația Statelor Independente.

Acest al treilea volum descrie situația existentă în zece țări ale fostei Uniuni Sovietice, în ceea ce privește reforma administrației publice și descentralizarea: Belarus, Ucraina, Rusia, Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kazahstan, Kirghistan, Tajikistan, Uzbekistan. Volumul s-a realizat pe baza rapoartelor de țară, care cuprind date statistice, prezintă cadrul legislativ cu privire la administrația publică și realizează o imagine de ansamblu asupra funcțiilor administrației locale, a finanțărilor locale, precum și a relației dintre guvernarea locală și alte instituții ale administrației locale.

Părerile editorilor acestui volum este că, spre deosebire de țările Europei Centrale și de Est analizate în primele două volume, procesul de descentralizare din cele zece state prezentate în această lucrare este, aproape fără excepție, la un nivel inițial procesului. Astfel, guvernările naționale din aceste state rămân încă ezitante în ceea ce privește împărțirea puterii politice și financiare cu autoritățile de la nivel local sau regional, cu referire la furnizarea și finanțarea serviciilor publice. Principali factori identificați ca fiind răspunzători de aceste ezitări ar putea fi: lipsa de experiență legată de democrație, la nivel sub-național, moștenirea fostului sistem sovietic de administrație, care era unul extrem de centralizat, teama de separatism, dispute etnice, lipsa capacității administrative.

Cartea este structurată în 11 capitole, primul capitol fiind unul introductiv. Acesta stabilește cadrul comun de analiză și face o scurtă trecere în revistă a problemelor abordate și a perspectivelor de analiză.

Așa cum afirmă autorii, scopul acestui volum este de a furniza o imagine detaliată a situației administrațiilor locale și regionale, în țările fostei URSS, în contextul descentralizării care a început în 1991, moment în care fiecare din aceste țări a început procesul de constituire națională.

Există o serie de dificultăți legate de aspectele considerate în analiză. Astfel, o primă categorie de probleme se referă la modul în care au fost concepute instituțiile menite să supravegheze implementarea noilor forme de auto-guvernare în această zonă. O altă dificultate are în vedere schimbările structurale incomplete, așa numita „ardere a tranziției”.

Pentru a putea permite analize comparative, fiecare capitol a fost împărțit în subcapitole, astfel:

- indicatori generali;
- baze legale și constituționale;
- politici locale, luarea deciziilor;
- structura funcțională a guvernării locale;
- furnizarea serviciilor publice;
- finanțe locale, proprietate locală;
- relația dintre administrația centrală și autoritățile locale;
- funcționarii administrației locale;
- garanții legale pentru autonomie locală;
- pașii următori în procesul de tranziție;
- referințe și anexe.

Coordonatorii volumului realizează, tot în primul capitol, o analiză a contextului politic, pentru țările selectate. Un alt punct important al acestui capitol de introducere constă în identificarea unor modele de sisteme de administrație publică, sisteme în care pot fi încadrate cele zece țări. Deși în aproape toate aceste țări a fost ratificată Carta Europeană a Autonomiei Locale, doar câteva dintre principiile acesteia au fost implementate. De aceea, rezultă mari diferențieri, în ceea ce privește guvernarea locală, între statele Comunității Statelor Independente. Sunt identificate, astfel „trei mari *pattern*-uri în evoluția reformei administrației publice în această regiune, *pattern*-uri care nu sunt niște construcții rigide, ci, mai degrabă trebuie văzute ca grupând studii de caz similare”:

1. Administrație publică descentralizată formal – caracterizată de angajamentul exprimat de descentralizare administrativă, bazată pe autonomia teritorială a comunităților, care sunt legal îndreptățite să rezolve diferite aspecte ale intereselor locale sau regionale (Figura 1).

2. Sistemul mixt de administrație publică locală – văzut ca o combinație a celor două tendințe – centralizare și descentralizare –, în care autoritățile locale au un grad relativ ridicat de autonomie administrativă față de autoritățile centrale și regionale, dar rămân sub patronajul statului. Acest tip de sistem poate fi regăsit în Ucraina, Georgia, Armenia (figura 1.2).

3. Sistemul centralizat de administrație publică – se referă la acceptarea principiului administrării centralizate. Caracteristica sa distinctivă este aceea că autoritățile locale sunt mandatate să fie furnizor al „autorităților statului la nivel local”. Acest lucru creează un fel de „piramidă ierarhică a competențelor”, subordonată celei mai mari autorități a statului. Acest tip de „subordonare verticală” există, în forma sa cea mai rigidă, în Belarus, unde resursele constituționale specifice au reunit administrațiile locale într-un singur sistem subordonat direct președintelui țării. Această „instrumentalizare” diminuează rolul și importanța autorităților locale. Un *pattern* similar este identificat și în Tadjukistan, Kyrgystan, Uzbekistan, Azerbaijan (Figura 1.3).

Concluzia analizei comparative realizată de autori este aceea că „în interiorul regiunii, dificultățile în procesul descentralizării administrative diferă, în funcție de intensitate și tipul de sistem. Deși, inițial, reformele post-sovietice au introdus elemente modeste de descentralizare și democratizare, reformele pe care aceste țări le-au implementat nu au eradicat practicile greșite” și obiceiurile vechi, care afectează serios reformele de sistem în ceea ce privește guvernarea publică locală” (V. Popa, I. Munteanu, 2001, p. 41).

Volumul este extrem de util celor care au preocupări în domeniul administrației publice, dar și cercetătorilor și studenților interesați de participare, servicii publice furnizate de autoritățile locale. Acesta oferă o imagine de ansamblu asupra contextului politic, economic și social în care au loc aceste schimbări, dar și date menite să susțină afirmațiile valabile fiecărei țări în parte. Deși nu este posibilă o analiză comparativă foarte sistematică, datorită diferențelor existente între cele zece țări considerate s-a reușit identificarea unor *pattern*-uri existente în domeniul reformei administrației publice locale, care se pot constitui ca punct de plecare pentru analize ulterioare.

Figura 1

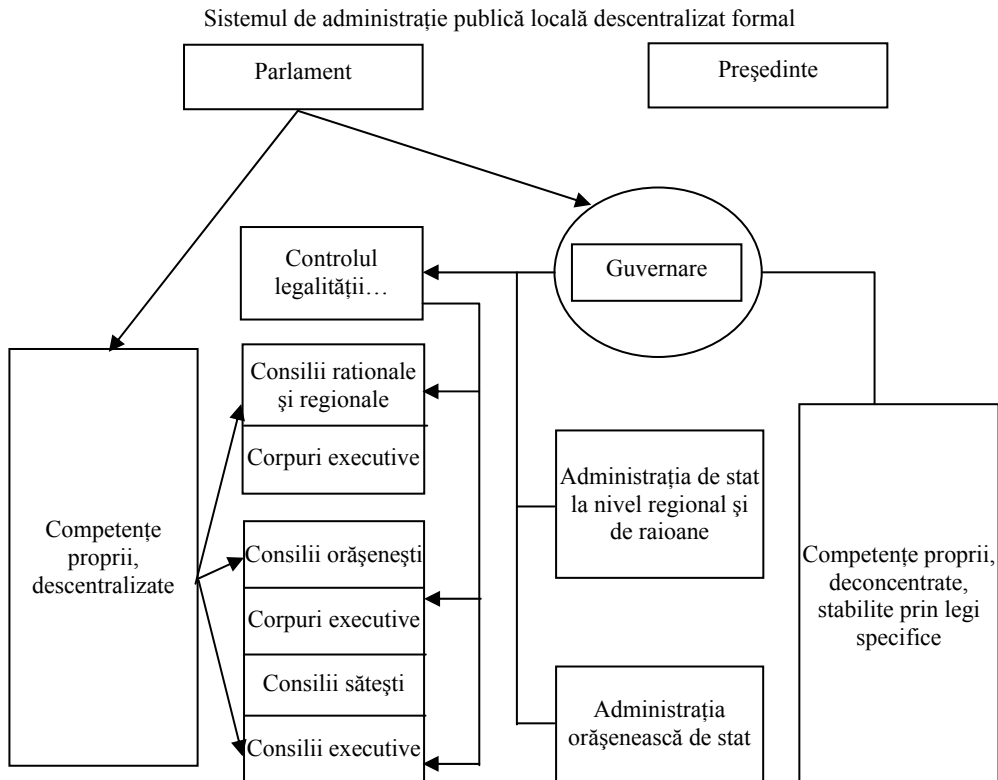


Figura 1.2

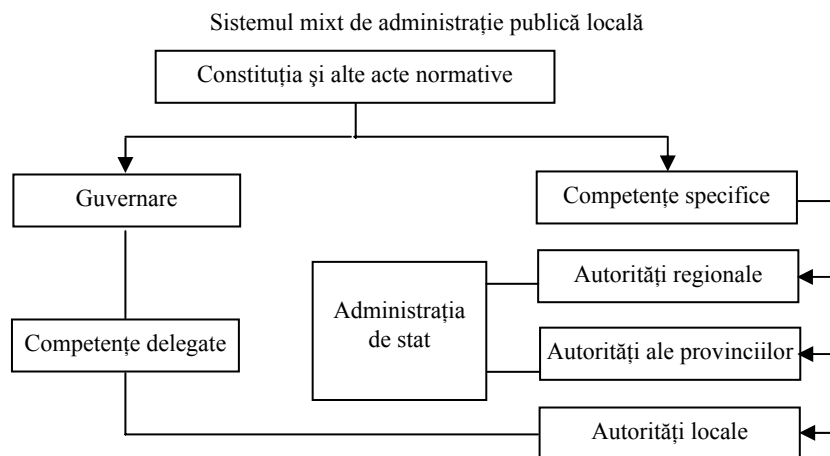
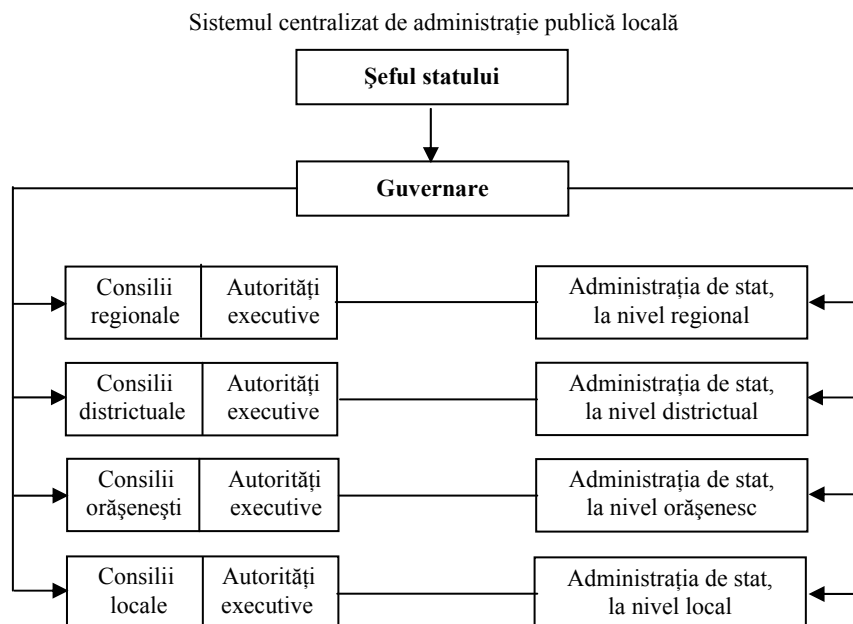


Figura 1.3



Cristina Băjenaru

CRISTIAN VLĂDESCU (coord.) *Sănătate publică și management sanitar. Sisteme de sănătate*, București, Editura Centrului pentru politici și servicii de sănătate, 2004

Cei interesați de politicile sanitare au la îndemână un nou volum pe această temă, volum ce oferă informații utile asupra sistemului sanitar românesc și vorbește, pe larg, despre sistemele sanitare din alte țări europene. Apărut în 2004, la editura Centrului pentru Politici și servicii de sănătate¹, volumul este coordonat de Cristian Vlădescu și îi are ca autori, alături de acesta, pe Reinhardt Busse, Victor Olshavsky, Luca Crivelli, Massimo Filippini, Dana Fărcășanu, Bogdan Pană, Victor Rodwin și Silviu Rădulescu.

Cartea continuă seria studiilor apărute pe tema sănătății publice și coordonate de Cristian Vlădescu, precum: *Managementul serviciilor de sănătate* (apărută la editura Expert, 2000) sau *Politica de reformă a sistemului de sănătate din România. O analiză critică* (apărută la editura Infomedica, 1999). De această dată, volumul este subintitulat „Sisteme de sănătate” și face o analiză a diverselor sisteme de organizare a serviciilor de sănătate, din țările europene și Statele Unite ale Americii. Care este modul de finanțare și management al altor sisteme? Oferă ele modele pentru România? Iată o întrebare la care ar putea răspunde volumul de față, oferind, în subtext, eventuale soluții pentru o creștere a calității serviciilor sistemului nostru.

¹ La adresa centrului www.cpss.ro găsiți referințe la studii din domeniul politicilor sanitare, precum și barometrele de opinie pe probleme de sănătate

După o introducere în care sunt făcute câteva mențiuni teoretice generale asupra sistemelor de sănătate actuale, cele șapte capitole ale volumului analizează opt servicii publice de sănătate din opt țări: Germania, Elveția, Franța, Marea Britanie, Statele Unite ale Americii, Ungaria, Cehia și România.

Înainte de a intra în analiza diferitelor modele de management sanitar, introducerea cărții face o scurtă analiză asupra sistemelor sanitare, în general. Se precizează, spre exemplu, obiectivele pe care majoritatea țărilor le definesc pentru serviciile lor sanitare, accentuând unul sau altul dintre obiective, în funcție de politica sanitară a respectivului stat:

- „– acces universal și echitabil la un pachet rezonabil de servicii;
- libertatea opțiunilor pentru consumatorii și furnizorii serviciilor de sănătate;
- utilizarea eficientă a resurselor disponibile și controlul costurilor serviciilor” (p. 4).

Aceste obiective enumerate mai sus sunt statuate în mod ideal, rămânând la latitudinea fiecărei țări să stabilească ponderea și prioritatea unuia sau altuia, în funcție de factorii economici, politici, ideologici, sociali care conturează respectiva politică sanitară. Concluzia este că nici un sistem nu poate realiza, din păcate, toate obiectivele, la un standard maxim, în mod simultan.

„...atunci când există o mare libertate de alegere, atât din partea consumatorilor cât și din partea profesioniștilor, apar frecvent probleme legate de costuri (care cresc considerabil). În același timp, și accesibilitatea poate fi îngrădită semnificativ, datorită faptului că libertatea de alegere este însoțită, de regulă, de costuri ridicate ce trebuie suportate de pacienți” (p. 4). SUA au un astfel de sistem care accentuează libertatea opțiunilor. Cu toate că statul investește 14% din PIB pentru sănătate, principiile după care funcționează aici sistemul determină existența a de 35 de milioane de cetățeni care nu au asigurare și nu beneficiază de servicii.

Un alt tip de model este cel britanic, în care „un acces crescut la asistența medicală, cu echitate consecutivă, duce la limitarea opțiunilor, a libertății de alegere”. (p. 5). Sistemul britanic este unul dintre sistemele cele mai puțin costisitoare din UE, dar pe baza limitării opțiunilor și apariția listelor de așteptare.

Concluzionând, se poate spune că există o diferență în modul în care este privită sănătatea cetățeanului în statele europene și în SUA: „sănătatea este considerată, la nivel european, un drept social, la care trebuie să aibă acces toți cetățenii, față de SUA, unde sănătatea este, mai ales, un bun individual, la care pentru a accede trebuie să poți plăti costurile necesare” (p. 5). Deci, se poate vorbi de niște trăsături comune ale sistemele europene, de un model comun, dincolo de diferențierile dintre ele. De asemenea, se poate vorbi de o serie de probleme comune țărilor dezvoltate europene, din punctul de vedere al serviciilor sanitare publice ale acestora:

- existența de inechități sanitare, pentru unele grupuri sociale și pentru unele regiuni geografice;
- existența unor variații în utilizarea serviciilor, pentru patologii similare;
- o modificare a sănătății populației, din cauza unor factori care țin de stil de viață și mediu socioeconomic, și mai puțin de servicii de sănătate.

Partea introductivă se încheie prin prezentarea unei clasificări a performanțelor sistemelor de sănătate, din întreaga lume și a criteriilor care au stat la baza acestei ierarhii. Clasificarea a fost realizată de către Organizația mondială a sănătății, pentru anul 2000, dând naștere la discuții pro și contra, așa cum susține autorul. În această clasificare, România ocupă abia poziția 99 din 191 de state, locul întâi fiind ocupat de Franța.

Cartea continuă prin prezentarea câtorva sisteme de sănătate din Europa. Fiecare dintre capitole analizează un anumit sistem și funcționează ca studiu independent, cu o structură proprie, autori diferiți și o bibliografie proprie.

Mă voi referi, mai pe larg, doar la ultimul capitol, care analizează cazul României în perioada de tranziție (capitolul 6), lăsându-i pe cititorii interesați de subiect să descopere caracteristicile și problemele celorlalte sisteme. Prezint, în continuare, structura principală a capitolelor dedicate diverselor sisteme:

Capitolul 1 (Germania) conține următoarele subcapitole: 1. descrierea sistemului de asigurări (organizare, finanțare, pachet de beneficii, indicatori demografici și economici), 2. infrastructura sistemului: resurse și utilizări (tehnologie, resurse umane), 3. Finanțarea, pe termen lung, a asistenței (asigurați și asiguratori, contribuții), 4. plăți directe, 5. Cheltuielile pentru asistența medicală, 6.

sănătate publică și prevenție (opțiuni de dezvoltare: public/privat, competiția dintre case, bugete, reforma sistemului anunțată pentru 2002–2006, impactul reglementărilor internaționale).

Concluzionând asupra sistemului german, autorii capitolului (Reinhardt Busse, Victor Olshavsky) precizează: „Germania oferă, în acest moment, întregii populații servicii de sănătate accesibile și în cantitate suficientă, în cadrul unui sistem bine dezvoltat. Nivelul înalt al asistenței medicale este însă considerat prea scump pentru calitatea oferită. Costurile sunt în continuă creștere, iar situația economică impune noi măsuri de lărgire și economisire a resurselor, pentru menținerea nivelului actual al asistenței medicale. Costurile se datorează atât fenomenului de îmbătrânire al populației cât și introducerii noilor tehnologii, dar și abuzului de servicii, utilizării lor ineficiente sau subutilizării. ...Propunerile noi de reformă abia au ajuns în dezbaterile publice, iar măsurile introduse până acum nu au produs nivelul de mulțumire așteptat în urma compromisurilor. Prea multă competiție pentru unii, prea mare responsabilitate pentru alții, în continuarea monopol pentru unii, dar contracte individuale pentru alții etc. Sunt clișee la modă când se dezbate reforma sănătății. Crearea organismelor de coordonare federală reprezintă singurele inovații structurale ce pot fi consemnate ca măsuri concrete de reformă” (p. 53).

Capitolul 2 (Elveția) îi are ca autori pe Luca Crivelli, Massimo Filippini. Subcapitole:

1. repartizarea sarcinilor și cheltuielilor într-un stat federal, 2. repartizarea acestora între Confederație, cantoane și comune, 3. repartizarea lor în sectorul sanitar, 4. Scurt istoric al reformei sănătății în Elveția, 5. Caracteristicile sistemului sanitar (modelul concurențial de asigurare, finanțarea cu *multiple payers*, echitatea redusă a finanțării, consecințele federalismului asupra sănătății).

Și în cazul Elveției, ca și în cazul altor sisteme, se pune problema găsirii unor soluții pentru rezolvarea unor probleme. În acest sens, autorii precizează: „Suntem de părere că, înainte de a trece la ulterioarele revizuri ale sistemului (se vorbește despre trecerea la un sistem de finanțare monist, de abolirea obligației de a încheia contract de asigurare, de instituirea unei case federale unice) ar fi oportună inițierea unei discuții deschise și transparente asupra repartizării rolurilor în domeniul sanitar între Confederație și cantoane. În prezent, confederația nu mai este absentă din politica sanitară, cum se întâmpla chiar acum 10 ani.... Ne vom limita să indicăm o posibilă cale de urmat, presupunând vărsarea de către confederație a unei cote pe cap de locuitor, calculată ținând seama de condițiile minime necesare asigurării accesului la serviciul public, pentru fiecare cetățean. Cantoanelor le-ar rămâne sarcina de a organiza aprovizionarea sanitară în propriul teritoriu, deținind intervențiile de reglementat și modalitățile de desfășurare și gestiune a serviciilor, conform preferințelor propriilor cetățeni” (p. 81).

Capitolul 3 (Franța): 1. Echitate socială și geografică, 2. Rolul statului. Reglementarea sistemului de sănătate, 3. Finanțarea sistemului. Asigurările sociale de sănătate, 4. Oferta de servicii, furnizarea, organizarea și finanțarea lor (ambulatoriu, spitale, medicamente), 5. Cheltuielile pentru sănătate.

Autorul capitolului este Dana Fărcășanu. Conform ierarhiei OMS a performanțelor sistemelor de sănătate, Franța ocupă locul 1, fiind un sistem „puternic reglementat de către stat și finanțat printr-o combinație de taxe obligatorii destinate sănătății și contribuții la fondurile de asigurări de sănătate plătite de către angajați și angajatori. Începând cu anul 2000, prin introducerea reglementării privind acoperirea universală a populației cu servicii de sănătate, toți cetățenii cu rezidență legală în Franța au acces la servicii de sănătate” (p. 83)... „Performanța unui sistem de sănătate se reflectă, în final, în starea de sănătate a populației. Din acest punct de vedere, Franța se situează printre țările cu cei mai buni indicatori sintetici care măsoară starea de sănătate. Speranța de viață la naștere, de 82,3 ani situează Franța pe locul 2 în lume, fiind precedată doar de Japonia” (p. 84).

Capitolul 4 (Marea Britanie): 1. Context istoric, 2. Structura organizatorică a sistemului (Ministerul sănătății, Serviciul național de sănătate, autorități regionale, autorități districtuale, autorități pentru servicii de sănătate a familiei, trusturi, consilii de sănătate comunitară, organisme profesionale), 3. Sectorul particular, 4. Planificare, reglementare și management, 5. Finanțare și cheltuieli, 6. Sistemul de furnizare (primară, secundară, terțiară, farmacii, resurse umane/profesiioniști în sistem), 7. Reforma sistemului din ultimii ani.

Sistemul britanic, prezentat de Cristian Vlădescu și Bogdan Pană, este și el supus discuțiilor de reformă. Conform planului NHS (Sistemul național de sănătate), publicat în iunie 2000, obiectivele

sunt. Creșterea finanțării cu 6,3 procente până în 2004 și creșterea calității serviciilor prin „*mai buna informare a pacientului, mai multe paturi în spitale, mai mulți doctori și asistente, scurtarea timpului de așteptare, condiții mai bune de spitalizare, îmbunătățirea îngrijirii vârstnicilor, standarde mai stricte pentru facilitățile NHS și o îmbunătățire a sistemului de recompense pentru cei care au performanțele cele mai bune*” (p. 163). Aceste obiective propuse oferă câteva idei despre punctele nevralgice ale sistemului britanic.

Capitolul 5 (SUA): 1. Programele publice: *Medicare și Medicaid*, 2. Finanțarea serviciilor, 3. Furnizarea serviciilor, 4. Planul Clinton și urmările sale.

Deși, din punctul de vedere al cheltuielilor pentru sănătate, SUA depășesc orice altă țară, sistemul sanitar de aici ocupă abia locul 37, privind performanțele, conform OMS. Problemele țin de : „*absența unui acces universal la asigurarea de boală, proasta repartitie geografică a organismelor prestatoare, sub-utilizarea serviciilor de îngrijiri primare și de prevenție, absența continuității îngrijirilor și grave distorsiuni în prestarea de îngrijiri. De asemenea, rezultatele sistemului de sănătate sunt mai puțin bune pentru unele grupe minoritare, decât pentru media populației*” (p. 189).

Capitolul 6 (Ungaria și Cehia): 1. Reforma sănătății în Europa centrală și de est, 2. Structura sistemului, 3. Recomandări de reformă, 4. Caracteristici ale reformei și lecția cehă, 5. Macro și micro eficiență, 6. Sunt fondurile cehe sau ungare cumpărători eficienți ?

Capitolul 7 (România): 1. Politici de sănătate între 1990 și 1996, 2. Reforma asistenței primare, 3. Dezvoltarea sistemului de asigurări (implementarea legii și consecințele implementării), 4. Alocarea resurselor în sistem, 5. Evoluții recente.

Capitolul dedicat României prezintă situația sistemului nostru de sănătate, după anul 1989. Autorii, Cristian Vlădescu și Silviu Rădulescu împart toată această perioadă de tranziție în două: înainte introducerea asigurărilor sociale și după introducerea acestora, anul 1996 fiind punctul de delimitare între cele două perioade. Voi prezenta, în continuare, câteva idei din analiza făcută asupra sistemului românesc de sănătate.

Perioada 1990–1996 a fost una doar de pregătire a procesului de reformă, luându-se decizii pentru rezolvarea unor probleme punctuale și menținerea funcționării sistemului. Problemele moștenite se perpetuau, printre acestea numărându-se: „*procentul din PIB scăzut alocat sănătății, alocarea centralizată și inechitabilă a resurselor, lipsa de motivare a doctorilor prost plătiți, insuficiente cunoștințe de management sanitar și sănătate publică ale medicilor, recompense financiare, fără legătură cu rezultatele medicale, slaba calitate a serviciilor de asistență de prim nivel, un sistem de trimiteri neadecvate și o supraevaluare a serviciilor spitalicești, creșterea inechității în furnizarea îngrijirilor, între regiuni și grupuri sociale*” (p. 208),

Una dintre rațiunile trecerii la asigurări, invocată de către decidenți a fost faptul că structura de tip *Semashko*, venită pe filieră sovietică, înainte de 1989, era asociată cu regimul centralizat comunist. Cele două opțiuni de schimbare ar fi fost: modelul actual de tip *Bismark*, prezent azi în Germania, Austria, Franța, bazat pe asigurări și modelul de tip *Beveridge* din Anglia, Italia, Suedia, bazat pe impozite generale. Se pare că modelul asigurărilor a fost, în viziunea decidenților „mai aproape de realitatea românească interbelică” și o cale de mijloc între două opțiuni susținute de două tabere «suporterii pieței libere pentru funcționarea sistemului de sănătate” și „suporteri ai planificării guvernamentale”.

Ceea ce s-a întâmplat însă, după introducerea sistemului asigurărilor din 1997, în contradicție cu obiectivele statuate la inițierea reformei, a fost existența unui sistem hibrid între controlul financiar al Casei de asigurări și, în același timp, controlul Ministerului finanțelor. Acest lucru a generat numeroase distorsiuni în alocarea resurselor și, în primul rând, o deturnare a unei părți a lor dinspre sistemul medical. „*Primele de asigurări sunt colectate ca și contribuții la asigurările sociale, în timp ce guvernul continuă să intervină în alocarea fondurilor prin Ministerul Finanțelor, care stabilește limita superioară a cheltuielilor, mereu inferioară veniturilor colectate, astfel încât surplusul să ajute la acoperirea deficitului bugetar*” (p. 219). Astfel, în 2001 cheltuielile au fost stabilite la 91% din veniturile încasate, iar în 2002, la 95% dintre acestea.

Pe de altă parte, principiul echității a fost încălcat prin existența caselor paralele de asigurări de sănătate (a Ministerului de interne, a Apărării, a Justiției, a SRI, a Ministerului transportului). Aceste

case au venituri peste media națională pe cap de asigurat, căci au o componență a asiguraților cu salarii mari și cu riscuri mai scăzute. „Veniturile medii per asigurat sunt de 3 ori mai mari la CAST și cu 30% mai mari la CASAOPSNAJ, față de veniturile medii per asigurat ale caselor județene” (p. 219).

Legea asigurărilor de sănătate a intrat complet în funcțiune abia în 1999. Ea a suferit însă o serie de amendamente consecutive în decursul anilor care au trecut de la implementare, astfel că filosofia ei inițială a fost schimbată serios. Autorii conclud că problemele actuale din sistem țin de faptul că funcționarea și legislația curentă s-au îndepărtat de scopurile și filosofia inițială a Legii Asiguraților, analizele efectuate indicând o diferență importantă între politica afirmată și realitatea implementată, în aproape toate secțiunile enumerate: descentralizarea, mecanismele noi de alocare a resurselor, autonomia instituțională.

Acestea sunt doar câteva dintre ideile analizei sistemului românesc din ultimii 15 ani. Las cititorilor interesați de subiect plăcerea de a descoperi mai multe detalii despre sistemul nostru național și celelalte sisteme de sănătate europene, în căutarea de modele de reformare, organizare și finanțare printre cele prezente în Europa actuală.

Cristina Doboș