

Rationing Health Care Services

RAȚIONALIZAREA SERVICIILOR MEDICALE

CRISTIAN VLĂDESCU

In every system where a third party payer for health care exists the health care services will be rationed. As the gap between what is possible to do as a result of medical advances and what is possible to pay for is growing, the need for rationing the health care will increase. As a result, health policies from this area should try to define who should ration health care, by what mechanisms and by what criteria.

In societățile occidentale o serie de factori, precum restricțiile bugetare și creșterea continuuă a cererii, au facut ca raționalizarea, sau altfel spus restrângerea accesului la îngrijirile medicale, să devină o temă de dezbatere publică și un subiect de lucru în agenda politicienilor și a celor ce se ocupă de elaborarea politicilor sanitare. Cred că acest subiect este de actualitate și în România, mai ales în condițiile în care se discută despre viitorul asistenței sanitare și se propun diverse variante, inspirate mai mult sau mai puțin din experiența unor țări occidentale. De aceea consider că o dezbatere despre acest subiect poate fi utilă atât celor ce iau decizii cât și celor ce sunt vizati de aceste decizii. Chiar dacă analiza se va referi mai ales la sistemul sanitar britanic, multe din temele dezbatute sunt ubicue și pot face obiectul unei discuții și pentru sistemul sanitar român, mai ales că cele două țări au multe asemănări, atât din punct de vedere al finanțării cât și al plății furnizorilor, fiind finanțate preponderent prin impozite generale, în plus constându-se o convergență a principalelor tipuri de sisteme sanitare în ceea ce privește problemele majore cu care se confruntă¹.

În orice sistem în care există un terț plăitor pentru asistență sanitată, aceasta va fi raționalizată, adică nu toată lumea va primi toate serviciile medicale solicitate, la momentul dorit. Ca atare, acest fenomen, raționalizarea, apare atât în sistemele finanțate prin impozite generale cât și în cele finanțate prin asigurări de sănătate, publice sau private². Se poate spune astfel că acest fenomen nu este nou, ci doar că dezbatările, academice și politice, sunt mai intense acum. Trebuie subliniat că deși acest proces de raționalizare este vechi, abordarea explicită, cea de care mă voi ocupa

În acest articol, nu este la fel de comună, cu alte cuvinte au existat puține politici sanitare explicite în acest sens, care să stabilească clar cine la ce servicii are dreptul. Astfel, în sistemele de tip național, ca cel al Marii Britanii de ex., existau mecanisme implicate și mai puțin explicite: medicii generaliști acționau ca "portari" față de asistența secundară, trimițând la asistență de specialitate doar anumii pacienți, iar în ce privește asistența de specialitate, ambulatorie sau spitalicească, rationalizarea era făcută prin intermediul listelor de așteptare. Acest proces era unul implicit, atâtă vreme cât nu existau reglementări clare care să stabilească volumul și calitatea serviciilor medicale la care se pot aștepta pacienții, inclusiv aici și timpul de așteptare pentru intervenții medicale specifice. În urma reformelor ce au loc în Marea Britanie, aceste decizii tind să devină explicate, prin intermediul contractelor negociate între furnizorii de servicii și cei ce le plătesc stabilindu-se mai clar numărul pacienților ce vor fi tratați ca și calitatea și volumul respectivelor servicii.

Fenomenul rationalizării serviciilor medicale apare și în cadrul sistemelor bazate pe asigurări de boală, publice sau private. Aici însă rationalizarea are mai frecvent o abordare explicită, existând de obicei contracte detaliate între casa de asigurări și furnizorii de servicii medicale în care se specifică ce servicii sunt acoperite de polița de asigurare, inclusiv și criteriile după care respectivele servicii vor fi produse (calitate, timp de așteptare, costuri suplimentare pentru pacienți etc.)

În acest context, se poate aprecia că în România la ora actuală mecanismele rationalizării sunt implicate, neexistând practic o politică oficială care să statuteze faptul că anumite servicii nu sunt disponibile pentru toată populația în mod gratuit sau că pentru anumite intervenții sunt necesare anumite condiții (vârstă, timp de așteptare etc). Cu toate acestea, nenumărate articole și dezbateri arată că rationalizarea există, de cele mai multe ori fiind făcută la nivelul

medicilor care decid ce pacienți să trateze și cum anume, fără a avea însă criterii explicite pentru aceste decizii, chiar dacă insuficiența resurselor face inevitabile asemenea decizii.

Această situație poate să fie pe placul celor ce elaborează politicile sanitare și decid ce și câte resurse să fie investite în diferite arii ale sectorului sanitar, de vreme ce pot să facă acest lucru fără să fie nevoie să justifice deciziile luate pe baza unor criterii obiective și clar motivate.

Dacă însă rationalizarea va ajunge să fie o parte explicită a diferitelor politici sanitare, anumite întrebări vor trebui să capete răspunsuri:

- cine ar trebui să elaboreze decizile legate de rationalizarea serviciilor medicale?
- ce mecanisme ar trebui utilizate în elaborarea și implementarea acestor decizii?
- ce criterii ar trebui să stea la baza acestor decizii?

Restul acestei lucrări va încerca să răspundă acestor întrebări, intenția fiind de a lista principalele alternative și de a oferi scurte comentarii la fiecare. Trebuie însă subliniat că aceste întrebări nu definesc totdeauna stagiile distincte, anumite decizii legate de rationalizare putându-se adresa mai multor faze (de exemplu utilizarea autonomiei clinice va defini atât pe cel ce va lua deciziile cât și mecanismul).

Luarea decizilor

În esență există patru grupuri principale care pot lua decizii legate de rationalizare în sfera politicilor și a serviciilor sanitare: politicienii, administratorii sanitari, profesioniștii medicali și publicul¹.

Politicienii

Este evident că politicienii sunt cei mai îndreptăti să ia decizii, atâtă vreme cât rationalizarea serviciilor de sănătate este în esență un exercițiu politic, adică implică

allocarea autoritară a valorilor⁵. Acest aspect este cu atât mai evident în cazul unui sistem bazat pe impozite, ca cel al României sau al Marii Britanii, unde acest sector intră în competiție cu celelalte obiective/sectoriale ale cheltuielilor publice. Fără modificarea mecanismului de finanțare, deciziile politicienilor, din parlament sau Guvern, în legătură cu resursele disponibile pentru sănătate vor fi imposibil de evitat. Cu toate acestea, două opțiuni politice rămân nedeterminate în acest context. Mai întâi, necesitatea ca guvernantii să facă opțiuni explicite în ce privește allocarea resurselor între diferite domenii nu duce obligatoriu și la decizii legate de prioritățile din cadrul sectorului sanitar. Astfel, dacă de multe ori s-au anunțat "priorități" pentru asistența sanitară, rareori politicienii, atât cei din România cât și din Marea Britanie, au anunțat care ar fi domeniile neprioritare, probabil datorită sensibilității electorale a unor asemenea decizii. Cu alte cuvinte, posibilitatea ca responsabilii politici să stabilească ce anume servicii sunt furnizate prin sistemul public a rămas neutilizată, chiar dacă discuții despre un "pachet de servicii" național se poartă atât în Marea Britanie, cât și în multe alte țări occidentale.⁶

Trebue subliniat faptul că atunci când vorbesc despre politicieni și guvernanti nu mă refer doar la cei de la nivel central, ci și la cei de la nivel local; în Marea Britanie au jucat un rol important, iar în urma reformelor introduse de conservatori, se susține că rolul acestor autorități politice a crescut, fiind responsabile de cumpărarea asistenței sanitare pentru populația arondată și drept în limita bugetului aprobat central, putând să integreze serviciile ce afectează sănătatea și să permită și o mai mare participare directă a cetățenilor la luarea deciziilor ce-i privesc direct.

Trebue subliniat că în ciuda legitimității formale a politicienilor ca cei ce ar trebui să ia deciziile, sondajele de opinie arată că ei nu sunt percepți ca atare de către public. Astfel, la întrebarea (pusă într-un sondaj realizat de Asociația Medicală

Britanică): "Dacă ar trebui ca bugetul NHS să fie elaborat acum, cine crede că ar trebui să ia decizii referitoare la care tratamente sunt considerate prioritare?", politicienii s-au situat pe ultimele poziții, fie că era vorba de politicienii de la nivel local sau național⁷. Acest aspect este în acord și cu alte anchete care dovedesc un prestigiu scăzut acordat politicienilor, cel puțin în relație cu rolul pe care ar trebui să-l ocupe în cadrul elaborării politicilor sanitare.

Autoritățile sanitare

În Serviciul Sanitar Britanic (NHS) deciziile referitoare la cumpărarea anumitor servicii sanitare sunt luate de către autoritățile sanitare locale (DHA), fiecare fiind răspunzătoare de asistența sanitară a unei populații dintr-o zonă geografică definită. Pentru realizarea acestei atribuții, autoritățile sanitare trebuie să realizeze o rationalizare a serviciilor sanitare, atâtă vreme cât bugetul lor este finit și trebuie să decidă ce anume să cumpere. Din punct de vedere legal, autoritatea sanitară locală (echivalentul Direcției Sanitare din România) este un reprezentant al Ministerului Sănătății, fiind alcătuită din membrii numiți: un Președinte non-executiv, cinci membri non-executivi și cinci membri executiivi, incluzând aici Directorul executiv, Directorul financiar, Directorul pentru Sănătatea Publică, care au la dispoziție personal administrativ.

În general, DHA au încercat să evite rationalizarea explicită a unor tratamente sau investigații anume, îndreptându-se spre alocarea de resurse mai degrabă unor domenii medicale mai largi. Studiile au arătat că discuțiile referitoare la disponibilitatea anumitor servicii medicale s-au purtat mai ales pe tema unor servicii marginale în activitatea Serviciul Sanitar Britanic (ca de ex, fertilizarea in vitro, chirurgia plastică pentru înlăturarea tatuajelor sau cosmetică rinofacială) și mai puțin în legătură cu pachetul de servicii comprehensive ce ar trebui să fie disponibil sub Serviciul Sanitar

Britanic (NHS)⁸. Cu toate acestea, pe măsura avansului tehnologic și a creșterii solicitărilor din partea populației, sunt indicii că DHA vor trebui să ia din ce în ce mai multe decizii legate de serviciile pe care le vor furniza.

Deși s-ar părea ca autoritățile sanitare se bucură de mai mult suport public ca rationalizatori ai serviciilor medicale, prin comparație cu politicienii, marea problemă pentru aceste structuri este lipsa lor de legitimitate⁹. Astfel, autoritățile sanitare din Marea Britanie nu sunt nici alese și nici nu răspund direct în fața electoratului pentru care iau decizii; în același timp nu posedă nici tipul de legitimitate pe care îl acordă pacienții și publicul medicilor, în virtutea rolului lor direct în furnizarea asistenței medicale. Cu alte cuvinte autorităților sanitare le lipsește atât autoritatea deontică recunoscută politicienilor cât și cea epistemică, asociată profesioniștilor medicali. Ca atare, autoritățile sanitare ocolesc luarea unor decizii explicite ce ar putea duce la reducerea anumitor tipuri de servicii în favoarea altora, însă această abordare devine din ce în ce mai dificilă pe măsură ce restricțiile bugetare îi obligă să decidă ce anume să ofere populației de care răspund. În viitor creșterea rolului decizional în rationalizarea medicală pentru autoritățile sanitare va necesita fie aplicarea unor anumite mecanisme de legitimare (alegerea directă sau consultarea extensivă a publicului), fie stabilirea unor criterii clare care să stea la baza deciziilor manageriale de rationalizare.

Medicii

Medicii au fost până în prezent principalul actor în procesul de rationalizare a serviciilor medicale din Marea Britanie, cel puțin în ceea ce privește hotărările referitoare la care sunt tratamentele disponibile la un moment dat și cine să beneficieze de ele. Procedând astfel s-ar părea că ei acționează cu o mare doză de legitimitate. Nu numai că profesiunea medicală este plasată printre cele mai stimate profesii în sondajele de opinie, dar sondajul citat anterior îi identifică pe

medici drept cei mai potriviti factori ce ar trebui să rationalizeze serviciile disponibile în cadrul Serviciul Sanitar Britanic (7).

Acest aspect permite politicienilor să exploateze deferența publică față de medici și să evite deciziile dificile (electoral) pe care ar trebui să le ia ei ca reprezentanți legitimi ai populației, lucru care de altfel se întâmplă de la crearea Serviciul Sanitar Britanic (NHS). Un asemenea comportament prezintă, în opinia mea, două tipuri de neajunsuri.

Primul este de ordin pragmatic: necesită cooperarea doctorilor. Cum în urma reformelor ce au loc în prezent în sistemul sanitar britanic medicii sunt supuși unei puternice presiuni manageriale, nu este sigur că o asemenea cooperare mai poate continua, mai ales ținând cont de pesimismul manifest legat de resursele disponibile pentru sănătate în viitor. Mai mult, este dificil de evaluat cum medici cu anumită specialitate ar putea lua decizii rezonabile referitoare la alocarea resurselor între diferite specialități medicale, mai ales în contextul noilor performanțe tehnologice și în același timp al insuficienței resurselor.

Al doilea neajuns este principal: dacă rationalizarea este delegată medicilor, criteriile utilizate de aceștia vor fi greu evaluabile și nu vor exista mecanisme pentru a fi făcuți responsabili pentru deciziile luate. De exemplu, clinicienii pot decide pe baza nevoii pe care ei o constată, sau a eficacității tratamentului, dar în aceeași măsură pot avea în vedere judecăți sociale (ca de exemplu vârsta și apartenența socială) sau doar dorința lor de a aplica sau nu un anume tratament¹⁰.

Paradoxul poziției doctorilor și politicienilor este astfel evident. Cei din urmă, din punct de vedere constituțional cel puțin, ar trebui să ia deciziile legate de rationalizarea asistenței medicale, lucru pe care nu îl fac, situație ce pare a avea și suportul publicului. Pe de altă parte, medicii sunt cei ce fac "rationalizarea" serviciilor medicale, beneficiind de suportul public pentru aceasta, deși din punct de vedere constituțional nu ar fi cei îndreptățiti să o facă.

Publicul

Autoritațile publice britanice au declarat că DHA ar trebui să consulte populația de care răspunde în legătură cu prioritățile asistenței medicale, adică altfel spus cu deciziile legate de rationalizarea asistenței sanitare; această abordare poate avea oarecare atracție în furnizarea legitimității pentru decizii care altfel ar putea fi considerate incerte ca legitimitate. Însă aici apare din nou o serie de neajunsuri. Primul este de consistență: atâtă vreme cât guvernantii ignoră evidențele substantiale care arată că publicul ar dori mai multe resurse pentru sănătate¹¹, pare oarecum inconsistent să soliciti aceeași opinie referitor la alocarea acestor resurse.

În al doilea rând, există dubii serioase legate de dorința publicului de a fi implicat în asemenea decizii. O serie de cercetări au evidențiat o aparentă lipsă de dorință din partea publicului pentru a lua decizii dificile¹², iar ancheta amintită anterior a arătat că subiecții din rândul medicilor și al managerilor sanitari au răspuns mult mai frecvent decât subiecții din rândul publicului că deciziile de rationalizare ar trebui luate de către public.

În al treilea rând, nu există nici un mod pentru a ști ce criterii vor fi utilizate în luarea unor asemenea decizii de către public. Spre exemplu, ar trebui ca tratamentul gratuit să fie oferit doar victimelor SIDA "înoccențe"? Sau ar trebui ca transplantul hepatic să nu fie oferit celor ce au ca etiologie a bolii lor abuzul de alcool? Tinând cont de asemenea incertitudini, nu este surprinzător că deciziile legate de pedepsele corporale și pedeapsa capitală, ca ex., sunt luate în Marea Britanie pe baza democrației reprezentative și nu prin cea participativă directă (plebiscitară)¹³. Desigur, nu poate fi exclusă orice formă de participare a publicului la luarea unor decizii de rationalizare care îl privesc direct, dar în general sunt propuse forme precum paneluri reprezentative de respondenți sau așa numitele quasi-jurii ale publicului, toate

aceste abordări încercând să reducă influențele legate de asimetria informațională dintr-un asemenea domeniu precum cel medical¹⁴.

Mecanismele

Sunt descrise șase principale mecanisme care sunt, sau ar putea fi, utilizate ca instrumente ale politicilor sanitare. Aceste mecanisme sunt: plătile, utilizarea asistenței medicale primare ca "portar", listele de așteptare, regulile explicite și informarea pacienților (10). Nu sunt trecute pe această listă factori care, deși sunt cunoscuți că pot avea rol de mecanisme de rationalizare a serviciilor medicale, cu greu pot fi considerați ca opțiuni politice. Aici pot fi trecuti factori ca inaccesibilitatea fizică a facilităților medicale (datorită localizării, transportului dificil etc.) și bariere sociale sau psihologice, precum personalul medical neprietenos.

Plătile

Plătile pentru serviciile medicale pot lua diferite forme: plata unor sume fixe pentru serviciile medicale primite, indiferent de valoarea acestora, plata unor procente din costul serviciilor medicale (numită și coasigurare) sau plata primelor "x" lire din costul serviciilor (spre exemplu primele 50 de lire/an din costul medicamentelor trebuie suportate de pacienti, restul fiind apoi plătit de casa de asigurări). În Marea Britanie plătile sunt mai ales sub forma sumelor fixe și sunt utilizate în special pentru plata medicamentelor prescrise și a tratamentelor stomatologice, cu excepția persoanelor cu venituri scăzute, cum ar fi cazul șomerilor și al pensionarilor, care sunt exceptate de la aceste plăți. Ca o paranteză poate fi amintit că în România, deși se afirmă că asistența medicală este gratuită, plătile suplimentare suportate de pacienți pentru îngrijirile sanitare sunt considerate mai mari decât în multe țări

occidentale, ajungând, conform unor studii, la 25-30% din costurile medicale, fiind vorba, mai ales de al doilea tip de plăți procentuale¹⁵ (întâlnite mai ales pentru medicamente, dar în forme mai mult sau mai puțin reglementate oficial și pentru plata anumitor prestații medicale). Efectul acestor plăți asupra comportamentului pacienților este foarte dezbatut și controversat, însă este evident că acesta poate fi un mecanism de raționalizare a serviciilor medicale, efectele cele mai puternice întâlnindu-se însă la cei cu venituri modeste care de obicei sunt și cei care au cele mai mari nevoi sanitare, motiv pentru care acest mecanism trebuie relaționat cu atenție de posibilitatea de plată¹⁶.

Selectia la nivelul asistenței medicale primare

Atât în Marea Britanie cât și în România accesul la asistența medicală secundară, alta decât cea de urgență, era și este controlat de medicii de medicină generală, care sunt cei care selecționează cazurile ce trebuie trimise spre investigații și tratament la eșaloanele medicale superioare. Acest mecanism reduce cererea de servicii medicale secundare, fapt evident din comparațiile cu sistemele unde accesul la asistență de specialitate este liber¹⁷. În România, deși legal situația este aceeași (adică nu au acces la asistența secundară decât pacienții care au fost trimiși de către medicul generalist din cadrul rețelei de asistență primară), de multe ori sistemul este scurtcircuitat, mai ales în cazul spitalelor unde admiterea se poate face sub forma urgențelor medicale care nu mai necesită trimiteri.

Listele de așteptare

Listele de așteptare pentru asistența medicală (secundară în special), comune în Marea Britanie, par a avea mai multe roluri, nu toate recunoscute oficial. Sunt astfel un tampon între cererea de servicii și capacitatea de a le satisface, permit condițiilor medicale

auto-limitante să se manifeste și pot avea chiar un efect placebo. E probabil ca aceste liste să influențeze și comportamentul medicilor: cu cât liste de așteptare pentru o anumită intervenție sunt mai lungi, cu atât trimitera pentru acea procedură va fi mai improbabilă¹⁸.

Autonomia profesională

Autonomia profesională a medicilor este o altă instituție ce îndeplinește mai multe funcții. Ea duce la încrederea pacienților că deciziile legate de tratamentul lor sunt luate pe criterii strict medicale și nu administrative și permite medicilor să se opună intervențiilor administrativ-manageriale în activitatea lor. Dar servește și ca un mecanism de a refuza anumite tratamente care nu pot fi satisfăcute cu resursele existente. Acest mecanism face ca deciziile de raționalizare să devină mai puțin evidente pentru pacienți, public, poate chiar și pentru medici uneori¹⁹.

Avantajele unui asemenea mecanism "invizibil" pentru ceilalți actori implicați în procesul de raționalizare sunt evidente, fiind însă dependente de dorința de colaborare a medicilor, după cum am arătat anterior.

Reglementări explicite

Este posibil să previzionăm crearea de reglementări explicite despre ce tratamente trebuie sau nu furnizate de sistemul de sănătate; asemenea reguli pot include referiri la anumite circumstanțe în care un anumit tratament poate fi oferit sau refuzat. Deși asemenea reglementări sunt rare în Marea Britanie (în general este vorba despre reguli referitoare doar la siguranța medicamentelor și a echipamentelor medicale), tendința este de a introduce contracte explicite între autoritățile sanitare și unitățile medicale furnizoare, care să evidențieze ce anume se oferă pacienților și în ce condiții. Din punct de vedere al politicii sanitare, problema rezidă în justificarea unor asemenea măsuri, atât din punct de vedere al legitimității procesului de



luare a deciziilor (vezi discuția anterioară), cât și al criteriilor ce stau la baza acestor decizii, după cum voi arăta mai jos.

Informarea pacienților

Cererea pentru servicii medicale poate fi influențată și de tipul și forma informațiilor puse la dispoziția pacienților. Exceptând eforturile individuale ale medicilor, există puțină experiență legată de utilizarea acestor informații în forma unei politici sistematice. Cea mai avansată țară în acest domeniu este SUA, care au programe speciale pentru diferite tipuri de intervenții medicale, cu avantajele și dezavantajele fiecărui; introducerea unui asemenea program în Marea Britanie, cu benzi video adresate potențialilor pacienți pentru chirurgia prostatei, a dus la o reducere a cererilor pentru asemenea operații, însă experimentul este abia la început, încât datele disponibile nu sunt foarte concluzive²⁰.

Criteriile

Sunt descrise trei criterii generale care pot influența deciziile de rationalizare a serviciilor medicale într-un sistem sanitar în care există un terț plătit: principiul "salvării", eficiență, și echitatea¹⁹.

Lista aceasta pare a omite două criterii care sunt descrise în mod frecvent: dreptul la asistență medicală pe baza plății unei taxe și "nevoie". Primul este omis chiar dacă este frecvent resimțit de pacienți și public, însă contrazice toată noțiunea de terț plătit, fiind întâlnit doar sub forma plărilor directe, relativ rare în Europa occidentală. Al doilea principiu nu este de fapt omis din discuție; noțiunea de nevoie definită ca și capacitatea individului de a beneficia de tratament medical este încorporată în discuția despre eficiență, în timp ce noțiunea de nevoie socială e inseparabilă de principiul echității.

Principiul salvării

În termeni generali acest principiu afiră că sistemul sanitar trebuie să încerce să-i ajute pe cei aflați la nevoie, acordând prioritate celor aflați în circumstanțe ce le amenință viață²¹.

Acest principiu este decelabil și în alte arii ale vieții publice sau chiar private, fiind privit ca unul din elementele definitorii ale civilizației. O caracteristică a acestui principiu este că pune cel puțin la fel de mult accentul pe actul de a ajuta în sine, adică pe proces, ca și pe rezultatul (outcome) acestui ajutor.

Acest fapt face ca acest principiu să fie greu de utilizat ca un criteriu de rationalizare. Deși nu este nimic evident greșit în utilizarea acestui principiu, este dificil de a-l operaționaliza, astfel că nu se pot dezvolta din el instrumente care să arate când ar trebui început eforturile pentru menținerea unui pacient în viață, spre exemplu. Astfel, costul oportunităților asociat cu utilizarea acestui principiu poate fi extrem de ridicat (altfel spus: câtă alți pacienți ar fi putut beneficia de resursele utilizate cu un singur pacient, având rezultate cel puțin la fel ca pentru acesta?)

Eficiență

Dacă ar trebui stabilit care este criteriul de rationalizare a asistenței medicale cel mai des menționat în literatura de specialitate, probabil că acesta ar fi eficiența. În Marea Britanie are loc o întregă mișcare centrată pe acest criteriu²², eficiență fiind de altfel unul din principiile pe care Serviciul Sanitar Britanic (NHS-ul) declară că îl are în vedere atunci când stabilește prioritățile la nivelul sistemului sanitar britanic; în termenii economiștilor, actorii ar trebui să fie interesati de asistență medicală eficientă, i.e. acea asistență pentru care există "o probabilitate rezonabilă de a avea un impact pozitiv asupra sănătății lor".²³

Din păcate, chiar și această formulare tehnică face ca deciziile de rationalizare

RATIONALIZAREA SERVICIILOR MEDICALE

să aibă o componentă subiectivă, atâtă vreme cât nu este clar definit care ar fi o probabilitate "rezonabilă" și cine ar trebui să o determine. O ilustrare recentă a acestei dileme este publicitatea făcută în cazul unei fetițe bolnave de cancer (leucemie) căreia i-a fost refuzat tratamentul cu un nou (și costisitor) medicament în cadrul sistemului public pe motiv că nu există evidențe care să demonstreze cu o probabilitate rezonabilă că respectivul tratament ar putea îmbunătăți speranțele de supraviețuire ale pacientei; în același timp, pacienta și un medic din sistemul privat au considerat această probabilitate ca fiind suficient de rezonabilă pentru începerea tratamentului, rezultatul fiind că după 12 luni starea fetiței s-a îmbunătățit, deși inițial speranța de supraviețuire nu depășea 3-4 luni.

O modalitate de a încerca rezolvarea, măcar parțială, a problemei legate de eficiența anumitor tratamente sau procedee medicale constă în a le compara costurile asociate. Deoarece deciziile de raționalizare trebuie să opteze pentru anumite tratamente în defavoarea altora, trebuie găsite unități de măsură pentru eficiența respectivelor tratamente. O tehnică care corelează eficiența tratamentului cu costurile asociate este QALY²¹.

(Quality Adjusted Life Years, adică ani de viață ajustați din punct de vedere al calității). Este o metodă destul de laborioasă care încearcă să sumarizeze beneficiile intervențiilor medicale din punct de vedere al anilor de viață salvați ca și al calității vieții salvate. Informațiile legate de costuri pot fi adunate ulterior și astfel costurile pentru anii de viață câștigați, ajustați din punct de vedere al calității, pot fi calculate. Utilizând acest procedeu pentru mai multe tratamente, se poate obține un tabel ca cel de mai jos pentru diferite tratamente utilizate pentru una sau mai multe boli, având la bază cele mai ridicate costuri pentru anii câștigăti, la aceeași calitate, iar în vîrf cele mai scăzute costuri. Avantajul teoretic al unui asemenea tabel este că poate furniza celor ce iau deciziile de raționalizare o regulă de lucru care să maximizeze numărul de ani de viață câștigați, ajustați din punct de vedere calitativ, utilizând un buget fix²². Spre exemplu, se poate demonstra astfel că dializa intraspitalicească este mai puțin eficientă din punct de vedere al costurilor decât transplantul renal, în timp ce implanturile de pacemakeri cardiaci sunt cu mult mai eficiente decât celelalte proceduri, din punct de vedere al abordării QALY²³.

Procedeul	Valoarea per QALY(L)
Implantarea unui pacemaker	700
Proteza de șold	750
Înlocuirea unei valve aortice	950
Bypass coronarian cu coronaropatie izolată	1040
Transplant renal	3000
Transplant cardiac	5000
Dializă la domiciliu	11000
Dializă în spital	14000

În practică trebuie avut în vedere că luarea unei decizii de politică, chiar sanitată, este un proces cu mai multe fațete și cu mai mulți actori, care nu poate fi redus la o singură formulă, de altfel această abordare fiind controversată și departe de a avea o recunoaștere universală ca mecanism pentru raționalizarea serviciilor medicale. Amintesc totuși că abordarea QALY a fost utilizată într-un

important și faimos experiment de raționalizare a serviciilor medicale în statul Oregon din SUA, care a încercat să definească serviciile ce ar trebui finanțate din bugetul public.

Oricum adoptarea unei politici de raționalizare bazate pe o asemenea abordare ar trebui să aibă în vedere răspunsul la două întrebări esențiale. Mai întâi, este avută în

vedere creșterea eficienței globale a serviciilor sanitare dintr-o țară? Dacă acesta ar fi rezultatul unei asemenea politici, un efect care nu ar fi luat în considerație deloc ar fi distribuția acestei eficiențe între diferitele grupuri sociale (vezi mai jos).

În al doilea rând, sunt dispuși cei ce iau deciziile să rezume la o singură formulă problema complexă a vieții și a calității acesteia, ignorând problemele sanitare care pot afecta și viața altor persoane în afara pacienților (ca de ex. rudele sau cei care au grija de pacienți), mai ales că o asemenea formulă face abstractie de avantajele legate de sănătate ce ar putea deriva din alte politici decât cea sanitată, cum ar fi măsuri de redistribuire a veniturilor sau îmbunătățirea condițiilor de locuit și transport²⁶.

Echitatea

În timp ce eficiența se referă la obținerea celor mai ridicate rezultate medicale cu un un anumit nivel al cheltuielilor, echitatea are în vedere mai ales distribuția acestor rezultate. Echitatea implică tratament egal al persoanelor cu nevoi egale (echitatea orizontală) și în mod corespunzător tratament diferențiat pentru persoane cu nevoi diferite (echitate verticală)²⁷.

Pentru cei ce iau deciziile este necesară stabilirea unei definiții operaționale a echității, iar pentru aceasta este nevoie de definirea a două dimensiuni distințe ale acestei noțiuni.

Mai întâi, deoarece decidenții politici nu pot să se ocupe practic de echitatea referitoare la indivizi, ce grupuri sociale ar trebui comparate? Exemplele cele mai frecvent utilizate par a fi clasa socială, sexul, apartenența etnică și localizarea geografică²⁸.

În al doilea rând, politica sănătății ar trebui să aibe în vedere echitatea la nivelul resurselor, al proceselor (tratamente) sau al rezultatelor măsurate din punct de vedere al stării de sănătate? În cazul Marii Britanii accentul a fost pus mai ales pe echitate la nivelul resurselor (inputs) de-a lungul diferitor

localizări geografice, fiind dezvoltate diferite formule de alocare a resurselor conform acestor criterii²⁹.

O asemenea abordare este însă insuficientă, atâtă vreme cât persistă inechități semnificative în ceea ce privește mortalitatea și morbiditatea, în special între clase sociale diferite, fapt ce implică existența unor nevoi inegale, diferite pentru sănătate. Ca atare, politicienii ce urmăresc echitatea în domeniul rezultatelor, adică diminuarea diferențelor în starea de sănătate între diferite grupuri sociale, pot să aibă în vedere o abordare care, pornind de la acest nivel, să se ocupe de identificarea serviciilor sanitare necesare pentru reducerea acestor diferențe și, pe această bază, să stabilească o repartizare a resurselor care să susțină un astfel de patern.

Având în vedere că serviciile sanitare nu sunt singurul sau cel mai important determinant al stării de sănătate³⁰, o asemenea abordare ar putea include o arie mai vastă de preocupări. O schemă a unei asemenea politici ar putea cuprinde următoarele aspecte:

1. Prevenirea mortalității și morbidității prin (de ex.):
 - politici de mediu favorabile sănătății;
 - politici sociale, incluzând aici pe cele referitoare la locuințe și la distribuția veniturilor;
 - medicina socială, mai ales vaccinările și imunizările.

2. Luarea în considerare a tuturor serviciilor sanitare cunoscute ca eficace, alegând dintre ele priorități pe baza contribuției așteptate la reducerea diferențelor de mortalitate și morbiditate între grupurile sociale (echitate verticală).

3. Furnizarea acestor servicii astfel ierarhizate tuturor indivizilor ce ar putea beneficia de pe urma lor, independent de grupul social de proveniență.

4. În cadrul celor de mai sus, furnizarea serviciilor în cea mai cost-eficientă formă (ex. medicamentele de bază), în locurile cele mai cost-eficiente (ex. chirurgia de o zi, acolo unde se poate), la cel mai cost-eficient moment din cursul bolii (de obicei în

stagiile de început).

Aceasta este o schiță propusă în Marea Britanie pentru elaborarea unor politici și programe sanitare sectoriale, cu mențiunea că mai ales punctul doi rămâne să fie dezvoltat în continuare, schiță ce cred că poate fi avută în vedere și în cazul României, având în vedere convergența în multe din aspectele referitoare la serviciile de sănătate între cele două țări.

Concluzii

Rationalizarea serviciilor medicale este un domeniu delicat și dificil totodată, atât din punct de vedere tehnic și conceptual cât și politic, așa după cum sper că discuția din această lucrare a evidențiat. Abordările tradiționale ale acestui domeniu, implicate, ca de exemplu exercitarea autonomiei clinice a medicilor sau liste de așteptare pentru diferite intervenții medicale, sunt din punct de vedere politic mai comfor-

tabile decât abordările explicate prezentate în această lucrare. În lumina schimbărilor demografice ce au loc și a dezvoltării tehnologiei medicale, cuplate cu insuficiența resurselor pentru sectorul sanitar, nevoie de a rationaliza serviciile medicale va fi în continuare un subiect de actualitate și în același timp unul controversat. În acest context, abordarea implicită va fi mai dificil de aplicat ca până acum, atât din punct de vedere al politicianilor și managerilor sanitari cât și al medicilor și al publicului, ale cărui așteptări și cerințe față de asistență sanitară au crescut sensibil în ultimii ani. Studiul de față a analizat posibile modalități de a face explicate politiciile de rationalizare a serviciilor medicale, propunând mecanisme și criterii care să țină cont de interesele tuturor actorilor implicați în acest domeniu, având ca exemplu sistemul britanic de sănătate, dar și cum aminteam multe din problemele dezbatute sunt comune tuturor sistemelor sanitare în care există un terț plătit.

Note și bibliografie

1. Rodwin, V., Vladescu C., "L'etat et les systèmes sanitaires", în *Medicine et Hygiène*, sept. 1994,
2. Saltman RB, von Otter C., *Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing Social and Economic Responsibility*, Buckingham, Open University Press, 1995.
3. Harrison S, Hunter DJ., *Rationing Health Care*, London, Institute for Public Policy Research, 1994.
4. Klein RE., "Dimension of Rationing: Who Should Do What?", în *British Medical Journal*, 1993; pp. 307:309-11.
5. Heginbotham C., "Rationing", în *British Medical Journal*, 1992, pp. 304:496-9
6. Saltman RB., "A Conceptual Overview of Recent Health Reforms", în *European Journal of Public Health*, 1994, 4, pp. 287-93.
7. Association of Metropolitan Authorities, Local Authorities and Health Services: *a Future Role for Local Authorities in the Purchasing of Health Services*, London, 1993.
8. Wistow G, Harrison S., "The purchaser/provider split in English health care: towards explicit rationing?", în *Policy and Politics*, 1992, pp. 20:2, 123-30.
9. Health Service Journal, Managers Ponder the Shape of Things to Come, 17 June 1993, pp. 12-16.

10. Harrison S., "A policy agenda for health care rationing", in *British Medical Bulletin*, 1995, Vol.51, No.4.
11. Jowell R, Witherspoon S, Brook L.. *British Social Attitudes: Special International Report*, Aldershot, Gower, 1991.
12. Bowling A, Jacobson B, Southgate L., "Explorations in Consultation of the Public and Health Professionals on Priority Setting in an Inner London District", in *Social Science and Medicine*, 1993, pp. 37:7:851-7.
13. Klein RE., "The Case for Elitism: Public Opinion and Public Policy", in *Political Quarterly*, 1974, 45:4, pp. 406-417.
14. Dimond B., "Decisions, Decisions", in *Health Service Journal*, 1993, 28 January, pp. 26-7.
15. World Bank Report, Romania: *Accelerating the Transition*, 1991.
16. Appleby J., *Financing Health Care in the 1990's*, Open University Press, Buckingham, 1992.
17. Maxwell RJ., "Financing Health Care: Lessons from Abroad", in *British Medical Journal*, 1988, 296, pp. 1423-26.
18. Goldacre MJ, Lee A, Don B., "Waiting List Statistics: Relation between Admissions from Waiting Lists and Length of Waiting List", in *British Medical Journal*, 1987, 295, pp. 1105-8.
19. Aaron HJ, Schwartz WB., *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*, Washington DC, Brookings Institution, 1984.
20. Wennberg J., "Outcomes Research Cost Containment, and the Fear of Health Care Rationing", in *New England Journal of Medicine*, 1990, pp. 1202-4.
21. Dworkin R., "Will Clinton's Plan Be Fair?", in *New York Review of Books*, 1994, 13 Jan., pp. 20-25.
22. Cochrane AL., *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, London, Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
23. Andersen TF, Mooney G., *The Challenge of Medical Practice Variations*, Basingstoke, Macmillan, 1990.
24. Gerard K, Mooney G., "QUALY League Tables: Handle with Care", in *Health Economics*, 1993, 2, pp. 59-64.
25. Drummond M, Torrance G, Mason J., "Cost-effectiveness League Tables: More Harm than Good?", in *Social Science and Medicine*, 1993, 37:1, pp. 33-40.
26. Carr-Hill RA., "Allocating Resources to Health Care: Is the QUALY a Technical Solution to a Potential Problem?", in *International Journal of Health Services*, 1991, 21:2, pp. 351-63.
27. McClelland A., *In Fair Health? Equity and the Health System*, Canberra, NHSU, Background Paper No. 3, 1991.
28. Whitehead M., *The Health Divide: Inequalities in Health in the 1980s*, London, Health Education Council, 1987.
29. Secretaries of State, *Funding Contracts for Health Services*, London, HMSO, Working Paper No. 2, 1989.
30. Lalonde M., *A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document*, Ottawa, Information Canada, 1974.