

**Descentralization:  
The General  
Concept and its  
Specific Variants in  
the Health Sector**

# DESCENTRALIZAREA: CONCEPT GENERAL ȘI FORME SPECIFICE SECTORULUI SĂNĂTĂȚII

**CRISTIAN VLĂDESCU**

*For a long time and with renewed recent interest, nations have been adopting policies of decentralization of their health systems with great expectations but with little evidence of what works, why it works, and how to replicate the approaches that are found to be effective. The major forms of decentralization are discussed in the light of their implementation at the level of the Romanian national health system, focusing on the four major forms: 1. deconcentration 2. devolution 3. delegation 4. privatization.*

*The difference between these four terms mainly depends on the legal framework of decentralisation, but a certain role therein can also be played by other factors such as resources, political support, approval by the citizens all of this being analyzed*

Una dintre cele mai dezbatute teme în literatura de specialitate se referă la amplitudinea controlului pe care autoritățile centrale ar trebui să-l aibe referitor la planificarea și managementul sistemelor de sănătate, i.e. gradul de centralizare sau descentralizare al sistemului sanitar. Interesul crescut în descentralizarea autorității centrale se consideră că apare ca urmare a trei forțe convergente:

- deziluzia apărută în legătură cu rezultatele planificării și controlului centralizat în sectorul public în ultimii 40-50 de ani;
- concepția conform căreia complexitatea crescândă a societăților moderne nu mai poate fi administrată eficient de la "centru";
- dificultatea din ce în ce mai mare pentru mobilitatea sprijinului în favoarea unor acțiuni determinante centrale (Galinowska S, 1995).

În acest context descentralizarea serviciilor de sănătate este considerată ca un concept cheie în reformarea sistemelor sanitare din numeroase țări, inclusiv România. Este considerată ca un mijloc eficient de stimulare a inițiativei locale/individuale care să faciliteze astfel o mai bună alocare a resurselor în conformitate cu nevoile de sănătate, ducând, prin implicare comunitară, la luarea mai eficientă a deciziilor și la reducerea inecității în asistență de sănătate. Trebuie însă evitată considerarea

descentralizării ca un panaceu universal pentru problemele structurale ale unui sistem sanitar și trebuie avute în vedere și posibilele dezavantaje ale unei asemenea abordări, ca de exemplu fragmentarea și duplicarea serviciilor ca și costurile crescute (Vlădescu C., 1994).

Deși des menționată, descentralizarea serviciilor sanitare are deseori înțelesuri diferite pentru diferenții actori implicați în sfera politicilor de sănătate; de multe ori cele patru mari forme ale descentralizării (deconcentrarea, delegarea, devoluția, privatizarea) sunt desemnate prin același termen generic al descentralizării, deși există diferențe majore între ele.

Scopul acestei lucrări este de a încerca definirea căt mai clară a respectivului concept și de a analiza modul în care poate fi realizată descentralizarea sistemului sanitar, având în vedere că aceasta este unul dintre obiectivele declarate ale reformei asistenței sanitare din România, urmând a fi abordate atât conținutul căt și procesul prin care o anume politică de descentralizare este elaborată și implementată.

Formele tradiționale ale descentralizării în domeniul serviciilor sanitare au fost definite prin intermediul analizei rolului administrației publice, această abordare concentrându-se pe modul în care o structură politică națională se relatează cu distribuția autorității și responsabilității pentru serviciile de sănătate la nivel teritorial.

În mod tradițional tendința predominantă a concluziilor studiilor în domeniu era aceea că descentralizarea duce în mod automat la atingerea unor obiective majore pentru sistemele de sănătate: echitate, calitate sporită, eficiență și, în afara acestor obiective specifice, chiar îmbunătățirea procesului democratic.

Experiența acumulată în ultimii ani pare să sugereze însă că există numeroase cazuri când descentralizarea serviciilor sanitare cșuează în a-și atinge scopurile

sau le atinge pe unele în dauna altora (WHO, 1996).

În plus, aproape fără excepție, se remarcă faptul că descentralizarea serviciilor de sănătate publice și funcționarea lor ca atare sunt mai costisitoare (World Bank, 1995). Acest aspect singur nu este per se un argument contra descentralizării, dar este important de avut în vedere în cazurile în care se preconizează descentralizarea serviciilor de sănătate în condiții de restricții bugetare majore.

În ceea ce privește analiza procesului politic al descentralizării serviciilor de sănătate, există relativ puține studii despre cum și de ce diferenții guverne adoptă și implementează anumite programe de descentralizare, ce grupuri de interes stau în spatele acestor decizii, care sunt principalii actori implicați, etc. Un studiu recent referitor la acest aspect în România a analizat impactul diferențelor organisme publice implicate în politica sanitatării ca și impactul unor organisme internaționale precum Banca Mondială în influențarea deciziilor majore privind descentralizarea sistemului sanitar român (Collins, C., Vlădescu, C., 1996).

În mod tradițional se consideră că descentralizarea este o metodă de organizare administrativă locală, care constă în garantarea autonomiei unităților locale pentru rezolvarea problemelor recunoscute ca având interes local.

Conform dreptului administrativ, pentru a se putea vorbi de descentralizare trebuie să fie îndeplinite următoarele condiții:

- a) existența unei comunități locale cu propriile mijloace materiale necesare, sub forma bugătului propriu;
- b) organe de conducere locale alese de către comunitatea locală și nu de către organele centrale;
- c) girare administrativă, exercitată de către organul central, care urmărește ca să nu fie depășită limita între problemele

## DESCENTRALIZAREA: CONCEPT GENERAL ȘI FORME SPECIFICE

locale și cele de interes general (Fesler, J.).

Din punct de vedere politic, termenul de descentralizare se referă la organizarea locală opusă centralizării (care neagă existența interesului specific al comunităților locale, acestea din urmă fiind conduse prin funcționari publici, numiți de către organul central) (Cohen, S.S. et al., 1981).

În general, se admite că descentralizarea nu este un scop în sine, ci este mai degrabă un mijloc pentru atingerea anumitor obiective: ca o regulă, descentralizarea ar trebui să fie o parte componentă a mai multor procese de reformă cuprinzătoare (Cichon, M., 1991).

De la început credeam că ar trebui făcută o distincție între *centralizare - descentralizare și concentrare - deconcentrare*, aceasta din urmă sugerând anumite modalități ale sistemului centralizat. În cazul descentralizării, prerogativele administrării centralizate de stat sunt atribuite unui număr de funcționari publici, care sunt apropiati, teritorial vorbind, de oamenii pe care-i conduc (Gosselin, R., 1984).

*Concentrarea* atribuie toată puterea administrației centrale, orașului-capitale.

Exemple tipice pentru asemenea modalități administrative sunt:

- a) primarul: autoritate descentralizată
- b) prefectul: autoritate deconcentrată.

Prefectul reprezintă guvernul central la nivel local (districtual sau județean, în cazul României). Acesta coordonează toate activitățile serviciilor de stat la acest nivel. Personalul local al diferiților funcționari publici aparținând de diferite ministerii este, de obicei, responsabil în fața prefectului pentru activitatea zilnică.

Primarul, ales direct de către cetățeni, este președintele consiliilor (sau altor structuri de putere echivalente) locale. Aceste consilii locale sunt independente, fiind și ele alese direct, și reprezintă niveli separate de guvernământ asupra căror

autoritățile centrale exercită un control limitat și nu direct (Elliot, M.I., 1981).

O formă particulară a descentralizării administrației de stat este individualizarea anumitor servicii sub forma instituțiilor publice: aceasta este așa-numita *descentralizare prin servicii* sau *descentralizare funcțională* care diferă complet de *descentralizarea administrativ-teritorială* (geografică), care nu ține de resortul procedurilor electorale (Smith, B.C., 1985). În cadrul descentralizării funcționale există un transfer de autoritate către biroul local implicat în rezolvarea unor sarcini specifice.

Din punct de vedere organizațional, anumiți autori definesc descentralizarea ca modalitatea de distribuție a puterii între grupuri cu interese diferite, în care cel puțin un grup reprezintă organismul central, Guvernul. Din acest unghi, deconcentrarea este văzută ca distribuirea puterii în cadrul unui grup cu interes comun, structura politică în acest caz reprezentând interesul unui grup particular. În acest mod, autori fac distincție între descentralizare și deconcentrare ca două procese distincte de distribuție a puterii (Mawhood, J., 1983).

Alii autori argumentează că din punct de vedere organizațional există două forme de descentralizare:

- descentralizarea verticală cu dispersarea puterii în jos pe lanțul autorității;
- descentralizarea orizontală, cu manageri având oarecare putere decizională, în primul rând informală, în interiorul sistemului autoritar formal, dar care poate implica persoane din afara organizației (specialiști, experți). În acest caz, se consideră că acești outsideri au suficientă putere de-a influența deciziile (Mintzberg, H., 1979).

Desi, așa cum am arătat mai sus, există o diferență între descentralizare și deconcentrare, în realitate, deconcentrarea este curent văzută ca o formă inițială de descentralizare, în particular de descentralizare funcțională, formă de cel mai mare

interes în sistemele de sănătate.

Recent însă, atât tendințele ideologice, cât și eforturile de reformă sanitată din lume, cu accentul sporit acordat mixului public/privat, au dus la o diversificare și chiar la o perspectivă diferită asupra descentralizării. Această nouă abordare se bazează pe un "model de piață" care sugerează că principiile descentralizării ar trebui să depășească sfera principiilor administrației publice. Conform acestei abordări instituția sanitată (spitalul, centrul de sănătate) este un actor principal al sistemului și ar trebui să aibă delegată suficientă autonomie încât să poată reacționa la stimulii pieței. O variantă mai radicală a acestei abordări susține că pacientul este/ar trebui să fie de fapt subiectul descentralizării serviciilor sanitare, el trebuind să poată alege totalmente liber serviciul medical, furnizorul sanită sau schema de asigurări dorită. Însă chiar și în această abordare, rămân important de analizat și utilizat principiile administrației publice, atât vreme cât administrația publică are un rol major pentru corectarea imperfecțiunilor pieței în sectorul sanită, aspect întâlnit în toate tipurile de sisteme sanitare, indiferent de gradul și forma de descentralizare adoptată. Conform acestei din urmă abordări rolul Guvernului este mai mult de putere ce reglementeză activitatea în domeniul sanită, motiv pentru care această din urmă formă este denumită și a "piețelor sanitare reglementate".

Acste două tipuri de abordări ale descentralizării (din perspectiva administrației publice și din cea a pieței) nu trebuie privite însă drept incompatibile una cu alta, ele fiind de obicei complementare; astfel se discută frecvent despre modul în care descentralizarea administrației publice ar putea să conducă la servicii de sănătate care să aibă eficiență pieței private în domeniul sanită și în același timp despre cum poate fi organizată piața privată de servicii de sănătate astfel încât să păstreze unele din atributele serviciilor administrate public,

precum echitatea și universalitatea accesului.

În general, se poate astfel aprecia că descentralizarea poate lua 4 forme majore:

1. deconcentrarea
2. devoluția
3. delegarea
4. privatizarea (Mills, A., 1990).

Această taxonomie încearcă să utilizeze atât abordarea administrației publice cât și cea mai recentă abordare, legată de rolul pieței libere în asistență de sănătate.

Diferența între acești patru termeni depinde în special de cadrul legal al descentralizării, dar un anumit rol poate fi jucat de alți factori ca: resurse, suport politic, acordul cetățenilor (WHO, 1996).

Clasificarea de mai sus își poate dovedi utilitatea în clarificarea termenilor, mai ales din punct de vedere teoretic. În practică, totuși, este dificil să întâlnesc situații ce permit o delimitare clară, dacă se ține seama de multitudinea de mecanisme adoptate pentru descentralizare, uneori chiar în interiorul aceluiași sector (Cohen, S.S. 1981).

Cele patru forme majore ale descentralizării vor fi discutate în continuare mai ales din punct de vedere al implementării la nivelul sistemelor de sănătate naționale.

## Deconcentrarea

Acest termen se referă la un transfer parțial al autorității administrative centrale către biroul local al unui minister (în cazul României - Ministerul Sănătății). În cazul deconcentrării poate fi o delegare parțială a puterii, în timp ce responsabilitatea reală continuă să rămână la persoana sau instituția investită prin lege cu prerogativele în cauză (adică Ministerul Sănătății). Instituția în cauză poate să res-

## DESCENTRALIZAREA: CONCEPT GENERAL ȘI FORME SPECIFICE

trângă în orice moment prerogativele delegate autorității locale (Rondinelli, D.A., 1987). Uneori, deconcentrarea este mai degrabă transferul muncii de la nivelul central ministerial al guvernului la propriul personal situat în birouri din afara capătării, fără transferarea autorității de-a lua decizii sau de-a avea libertate în îndeplinirea lor (Cheema, G.S., și Rodinelli, A.D., 1983). Din punctul de vedere al Ministerului Sănătății, această formă implică înființarea unor autorități locale de sănătate (Direcții Sanitare Județene în România), cu funcții bine definite și cu o anumită autonomie, așa încât angajații sanitari de la acest nivel să rezolve problemele locale fără să solicite un acord permanent de la nivelul central, ministerial.

Pot exista două tipuri diferite de autorități locale deconcentrate:

- a) structura "verticală" sau "administrația locală neintegrată"
- b) administrația locală "integrată" sau "prefectorială" (Smith, B.C., 1979).

În cazul aşa-numitei structuri "verticale" fiecare angajat este responsabil față de ministerul de care aparține. În această situație personalul local al structurilor centrale și personalul administrativ local operaază independent unul de celălalt. Ambele grupe de oficiali sunt responsabile în față autorităților centrale, dar ele nu au putere oficială unul asupra celuilalt iar coordonarea se face informal. Totuși, în unele țări au fost create structuri de coordonare locală cu scopul de a impiedica organizațiile locale să ignore activitățile de la același nivel. În plus, alături de reprezentanți ai administrației locale aceste comitete au printre membri: politicieni, membri ai parlamentului, etc. Uneori, bugete speciale sunt acordate comitetelor locale, ca o măsură pentru rezolvarea nevoilor locale. Totuși, de obicei aceste comitete au numai o funcție consultativă, fiecare agenție "tehnica" operând în concordanță cu liniile de acțiune pregătite de supervisorii centrali (Rondinelli, D.A., 1987).

În cazul tipului "integrat" sau "prefectorial" reprezentantul local al administrației centrale (de exemplu, prefectul sau guvernatorul) este însărcinat cu toate funcțiile administrative dintr-un anumit teritoriu, dar acesta este răspunzător la rândul său unui organism central (Ministerul de Interni sau Ministerul Administrației Locale). Deși personalul local poate fi angajat, plătit, instruit, promovat și transferat de către ministerul local, funcționarii sau personalul local acționează ca personal tehnic pentru prefect și sunt responsabili în față acestuia pentru modalitatea în care rezolvă problemele locale, în timp ce ministerul exercită doar o supervizare tehnică. Ei primesc de la miniștri de care aparțin doar instrucțiuni legate de probleme tehnice și de politică generală (Furnis, N., 1974).

Deconcentrarea în sectorul de sănătate implică crearea unor nivele suplimentare cu putere managerială (de exemplu: la nivel de comitat, district, regiune) și cu delegarea funcțiilor administrative la aceste niveluri. Schematic, numărul minim de elemente implicate în deconcentrarea sectorului sanitar sunt:

- o arie geografică și o populație distinctă pentru care există o structură de conducere;
- personal cu pregătire specifică însărcinat cu administrarea asistenței sanitare într-o zonă anume, care a primit puteri bine definite;
- buget și personal bine definite;
- un mecanism care să permită planificatorilor de la nivel central să fie informați despre nevoile de asistență medicală de la nivel local (Mills, A. și al., 1990).

Când descentralizarea serviciilor de sănătate implică o politică de deconcentrare, se așteaptă ca Ministerul Sănătății să joace un rol important. Autoritățile sanitare locale se bazează pe resursele financiare furnizate de administrația centrală prin Ministerul Sănătății. În general bugetele sunt aprobată la nivel central, și man-

vrarea sumelor de către autoritățile locale este foarte limitată în ceea ce privește schimbarea destinației cheltuielilor. Chiar când autoritățile locale de sănătate sunt libere să angajeze personal, nivelul salariului este subiectul verificării centrale. La fel, și investițiile în sănătate sunt de regulă decise la nivel central (Vaughan, J.P., 1984).

Într-un sistem de sănătate deconcentrat planificarea este responsabilitatea Ministerului Sănătății. Uneori județele/districtele sunt solicitate să facă planuri locale care vor servi ca propuneri pentru planul central, dar decizia finală este luată tot de centru iar județelor/districtelor li se cere să implementeze planul central (Mills, A. et al., 1990).

## Devoluția

A doua formă a descentralizării este devoluția. Această formă implică creația sau consolidarea nivelului administrativ subnațional autonom, (i.e. administrația locală) care trebuie să beneficieze de o mai mare independență față de cșalonul național.

În principiu, asemenea niveluri administrative au statut legislativ definit, cu recunoașterea hotarelor geografice. Acestea le sunt încredințate sarcini specifice și sunt împoternicite să stabilească impozite locale și să facă anumite cheltuieli. Deși asemenea organisme sunt numai rareori complet autonome, ele dispun de mijloace proprii ce le conferă o mare marjă de manevră în aria lor de responsabilitate, situație care nu este întâlnită la unitățile administrative sanitare subordonate în cazul deconcentrării (Rondinelli, D.A., 1981).

Astfel, devoluția implică o restructurare mai radicală a serviciilor de sănătate. În general vorbind, este necesară la nivel local o infrastructură administrativă puternică, pentru ca devoluția servi-

cilor de sănătate să fie eficientă.

După cum am menționat mai sus administrația locală are dreptul să adopte acte legislative, să colecteze impozite locale și să aibă propriul buget, pe care să-l utilizeze în conformitate cu nevoile de sănătate locale. Rolul organismelor naționale, ca Ministerul Sănătății este doar acela de-a stabili politica națională și de-a furniza suport tehnic. Totuși, uneori pot apărea probleme importante când administrațiile locale li se încredințează responsabilități în domeniul îngrijirilor de sănătate. În primul rând, sectorul sanitar are cheltuieli importante. Deși autoritățile locale pot stabili taxe, în general este foarte dificil pentru ele să facă față singure costurilor pe care le implică funcționarea optimă a sistemului de sănătate.

Astfel apare tendința de finanțare a serviciilor de sănătate de la administrația centrală (care alocă fonduri administrației locale); ca rezultat, autoritățile locale vor fi dependente de centru, și autonomia locală va fi în consecință diminuată (Lowndes, S., 1991).

Altă problemă este că devoluția poate să complice eforturile de construire a unei structuri ierarhice logice a serviciilor de sănătate, precum și crearea structurilor regionale. Astfel, independența organizațiilor de îngrijiri de sănătate poate duce la structuri paralele, mai multe organizații de sănătate din aceeași arie funcționând fără coordonare și independent una față de alta. Ca rezultat, resursele alocate pentru îngrijirile de sănătate nu vor fi întotdeauna utilizate pentru rezolvarea problemelor prioritare ale stării de sănătate. Multe decizii de la nivel local nu iau suficient în considerare politicile generale de sănătate și funcționarea coerentă și la îndemâna cît mai multor persoane a serviciilor de sănătate (Longest, B.B., 1990).

Trebuie subliniat că atunci când descentralizarea este rezultatul devoluției, membrii autorității locale sunt, ca o regula generală, aleși. Cu toate acestea, organi-

## DESCENTRALIZAREA: CONCEPT GENERAL ȘI FORME SPECIFICE

zațiile locale pot sau nu pot avea un consiliu local de sănătate cu responsabilități pentru îngrijirile locale de sănătate, care poate avea de asemenea membri aleși sau numiți de către organele locale. În multe cazuri, asemenea personal lipsește datorită insuficienței personalului calificat pentru acesta la nivel local. Mai mult, devoluția prezintă riscul unei largi dispersii a abilităților manageriale și crește de asemenea numărul de salariați cu capacitate manageriale, atât la nivel național (nivelurile administrative superioare necesită venirea în contact cu un număr crescut de organe locale), cât și la nivel local.

De asemenea, lipsa personalului calificat apare ca rezultat al devoluției care implică o mai largă autonomie în planificarea, dezvoltarea, îndeplinirea programelor, înțând de ansamblul serviciilor publice locale pe baza politicii globale și strategice la nivel local. Pentru aceasta, o precondiție a devoluției este existența unui sistem administrativ local bine consolidat, cu personal bine instruit în procesul de planificare sanitată (Rondinelli, D.A., et al., 1983).

Pentru a preveni asemenea probleme, următoarele abordări au fost menționate:

- dezvoltarea unui sistem de evaluare și control pentru monitorizarea implementării corecte a libertății acordate nivelurilor locale;
- această sistem de evaluare necesită dezvoltarea unui sistem informațional coerent și bine dezvoltat;
- stabilirea unui set de norme și standarde acceptate național;
- instruirea unui personal adecvat cerut de noile niveluri de descentralizare (după corecta estimare a numărului personalului care va fi necesar) (Mills, A. și al., 1990).

Toate acestea indică faptul că descentralizarea serviciilor de sănătate prin devoluție la nivelul structurilor locale necesită un angajament finanțiar consi-

derabil din partea statului și de asemenea o foarte bună cooperare cu autoritățile locale pentru a asigura servicii de sănătate specializate. Toate acestea fac devoluția o alegere dificilă pentru descentralizarea sistemului de sănătate în țările în curs de dezvoltare sau cu resurse financiare puțernic limitate unde metoda cea mai frecventă folosită a fost deconcentrarea (Cheema, G.S., și Rondinelli, A.D., 1983).

### Delegarea

Cea de a treia formă de descentralizare este delegarea; această metodă se bazează pe transferul responsabilităților manageriale ce aparțin unui număr de poziții bine-definite, unei anumite organizații (denumită uneori "parastatală"), aflată în afara structurii administrative centrale și care este controlată indirect de cea de a doua. De asemenea, autoritatea pentru anumite funcții specifice este, de obicei, transferată prin delegare, guvernul central menținându-și însă responsabilitatea ultimă pentru acele funcții (Rondinelli, D.A., 1981).

Unii autori preferă să utilizeze termenul "descentralizare funcțională" în loc de delegare (Leonard, D.K., 1982), argumentând că acest termen este mai semnificativ și comparându-l cu noțiunea de "descentralizare spațială" ce se referă la deconcentrare și devoluție. În domeniul sănătății, delegarea este aplicată serviciilor de sănătate finanțate prin sistemul asigurărilor sociale; aceeași formulă poate fi întâlnită și în cazul managementului spitalelor universitare (Mills, A. și al., 1990).

Finanțarea se bazează în special pe o taxă (asigurare) percepută pe salarii. Astfel de organizații parastatale au propriul statut legal, își controlă personalul și, de obicei, dețin proprietatea asupra echipamentelor și a localurilor în care funcționează. Au un consiliu de administrație;

membrii acestui consiliu pot fi aleși dintre membri organizaționali sau pot fi numiți de autoritățile centrale sau locale. El răspunde de managementul organizațiilor lor și, de obicei, sunt subordonați atât guvernului cât și populației asigurate (Ellenweig A.Y., 1992).

Dar aceste organizații parastatale pot să nu fie ele însele descentralizate, deoarece autoritatea luării deciziilor poate fi extrem de centralizată în cadrul organizației, de regulă consiliul de administrație fiind cel ce deține responsabilitatea. Aceasta este, de altfel, o problemă comună tuturor formelor de descentralizare, și anume, până la ce grad poate fi realizată descentralizarea și la ce nivel al organizației trebuie să fie opriți acest proces.

Când managementul unui întreg sistem naționalizat al sănătății este asigurat (prin delegare) de un organism parastatal distinct, rolul Ministerului Sănătății este axat pe problemele de strategie și de politică generală. Practica actuală este de a delega unele funcții ale asistenței de sănătate, cum ar fi serviciile de sănătate numai pentru angajații asigurați. Dar și în acest caz pot să apară probleme în coordonarea serviciilor de sănătate finanțate direct de către Ministerul Sănătății cu cele furnizate categoriilor ce sunt acoperite de asigurările de sănătate (WHO, 1978).

## Privatizarea

Cea de a patra formă de descentralizare se referă la privatizare. Unii autori contestă privatizarea ca formă specifică a descentralizării serviciilor de sănătate, pe motiv că transferul autorității către sectorul privat semnifică mai degrabă o modificare și un transfer către un tip de sistem managerial diferit și nu un transfer între diferite forme de management din interiorul același sistem (Collins, 1996). Voi include totuși privatizarea printre formele descent-

ralizării considerând că obiectivul general al sistemului în care operează rămâne același, i.e. furnizarea serviciilor de sănătate către pacienți. În același timp trebuie menționat că, nici măcar în această abordare nu se poate vorbi de o descentralizare totală: unele funcții rămân în continuare în mâinile unor organisme non-private, astfel că nu există la ora actuală un sistem de sănătate complet privatizat. Mai mult, există cazuri în care furnizarea serviciilor sanitare este privată, dar o parte importantă a costurilor este plătită din fonduri publice (ca în cazul Canadei sau chiar al SUA).

Privatizarea implică ideea că guvernele să renunțe la unele sau toate responsabilitățile legate de anumite funcții, fie prin transferarea lor unor organisme ne-guvernamentale, fie prin permisiunea acordată unor întreprinderi particulare, profit sau non profit, de a indeplini aceste funcții în cadrul unor înțelegeri mai mult sau mai puțin oficiale.

Unii economisti au argumentat că cea mai bună definiție a privatizării în asistență de sănătate (sau în orice alt domeniu) este descentralizarea procesului de luare a deciziilor prin utilizarea unui sistem de prețuri ca un set de 'semnale' pe care consumatorii și producătorii le pot utiliza pentru a lua decizii (Donaldson, C., și Gerard, H., 1992).

S-a argumentat că, atunci când sistemele planificate în mod public și/sau centralizat cșuează sau par să cșueze în realizarea necesităților legate de sănătate, privatizarea (și în consecință concurența) este soluția viabilă pentru realizarea sau alinieră nevoilor consumatorilor la posibilitățile sistemului general (Iglehart, J.K., 1992). Astfel, privatizarea și subordonarea față de forțele pieței sunt, uneori, considerate ca având potențialul de a îmbunătăți eficiența sistemelor de sănătate, de a obține venituri suplimentare din surse private sau ambele (Immergut, E.M., 1992).

În același timp s-a afirmat că privatizarea serviciilor de sănătate sporește

## DESCENTRALIZAREA: CONCEPT GENERAL ȘI FORME SPECIFICE

posibilitatea de alegere a consumatorului și duce la limitarea creșterii exponențiale a costurilor pentru îngrijirile de sănătate. Ambele aserjumi sunt discutabile; mulți autori au arătat că privatizarea nu îmbunătățește libertatea de alegere a pacienților: în timp ce sistemul bazat pe practica privată și pe asigurarea particulară permite doctorilor să prescrie tratamente fără a lua în considerare costurile, acesta nu oferă o adeverată libertate de alegere consumatorilor de servicii de sănătate neinformați sau dezorganizați (Enthoven, A., 1986). Un exemplu al acestui trend este reprezentat de către furnizarea de servicii de sănătate de anumite organizații de sănătate private din SUA (numite HMO) în cadrul cărora libertatea de alegere este puternic restricționată, chiar mai mult decât în cazul multor sisteme publice (criteriul esențial fiind aici cel al eficienței economice).

Din aceste cauze, în diverse țări a apărut mai degrabă un amalgam de servicii de sănătate publice și private, decât o privatizare totală, cu un accent deosebit pus pe noțiuni ca piețele de îngrijiri de sănătate "interne" sau "administrate".

În multe țări, privatizarea serviciilor de sănătate a căpătat o conotație ideologică, sustinătorii economiei de piață considerând privatizarea ca forma optimă de descentralizare și eficiență. Acest proces al privatizării poate fi considerat ca o parte a apariției neo-conservatorismului în anii '80 și '90. Totuși, o altă dimensiune din afara scenei politice poate să ajute la explicarea acestui fenomen, cum ar fi faptul că unele sisteme de sănătate nu sunt destul de eficiente în ceea ce privește atât accesibilitatea la asistență medicală cât și, mai ales, calitatea serviciilor oferte; drept rezultat, publicul este tot mai puțin satisfăcut de asistență de sănătate publică și caută surse alternative pe piață particulară; privatizarea și concurența pot apărea ca reacție la aceste presiuni (Inglehart, J.H., 1990).

Trebuie să scoatem în evidență că privatizarea nu scufeste cu totul autoritățile

publice de responsabilitate pe care le au în ceea ce privește sănătatea. Luând în considerare chiar și SUA (unde se întâlnește cel mai ridicat nivel de privatizare) nici un sistem de sănătate nu este bazat numai pe piață privată, fără nici o intervenție din partea guvernului.

Sunt câteva cauze pentru acest lucru (unele au fost deja menționate): transacțiile pentru îngrijirile de sănătate mediate pe piață sunt problematice datorită asimetriei informațiilor dintre furnizorii, consumatorii și finanțatorii îngrijirilor de sănătate. Mai mult, dacă este în interesul lor, doctorii pot să convingă pacienții să urmeze tratamente care pot să nu fie necesare dar care le aduc lor profituri (așa numitul "hazard moral"), deoarece piața serviciilor medicale nu funcționează ca alte piețe. Ea este caracterizată prin asimetrie informațională privind pacienții care adesea sunt incapabili să stabilească dacă simptomele lor sunt grave sau nu. În plus, de obicei ei nu cunosc nivelul și forma tratamentului necesar și în general, au puține informații despre eficacitatea tuturor tratamentelor existente. Complexitatea datelor, multitudinea alegerilor și starea psihică particulară a multora care descoperă că sunt bolnavi, au drept rezultat încrederea consumatorului în furnizor pentru a primi informații. Aceasta a condus la situația atipică pentru o piață liberă în care medicul ia decizii referitoare la folosirea serviciilor medicale în numele pacientului întâlnindu-se un fenomen specific pieței medicale "cererea creată de ofertă". În plus, firmele particulare de asigurări sunt intereseate să evite clientela considerată riscantă (așa numita "selectie adversă") și care rămâne astfel neasigurată sau are de plătit prime de asigurare ridicate.

Gouvernele pot interveni prin monitorizarea numărului și activității medicilor, prin impunerea de limite privind achiziționarea de tehnologii medicale, prin controlul investițiilor de capital pentru îngrijirile de sănătate, prin standarde în acorda-

rea licenței pentru personalul medical și prin limitarea veniturilor medicilor (OECD., 1990). Alături de autorități, în acest proces pot fi implicați și reprezentanți ai societății civile (ca în cazul SUA) sau ai organizațiilor profesionale.

Schematic, rolul statului pe piața serviciilor de sănătate este redat în caseta de mai jos.

În România rolul statului a fost preponderent cantonat la nivelul central.

În țările în care coexistă atât servicii de sănătate publice, cât și private, au apărut anumite probleme cum ar fi: servicii paralele și lipsa coordonării și cooperării dintre sectorul public și cel particular, ceea ce demonstrează necesitatea unor schimbări în acest domeniu (Mills, A. și al.,

1990). De aceea, în majoritatea țărilor dezvoltate aparține sectorului medical privat, în special în ceea ce privește asigurările private de sănătate, este strict reglementată.

În cazul României perioada actuală se caracterizează prin deplasarea rolului statului de la atribuțiile menționate la F și G, către celelalte componente, cu sporirea capacitaților de reglementare în acest domeniu și reducerea celor legate de finanțare și organizare la nivel de unități furnizoare.

Concluzionând, se poate spune că forma de descentralizare alcătuită de un sistem de sănătate va influența natura și gradul de responsabilitate pentru diferite funcții și activități specifice ce se vor desfășura la nivel local, după cum se poate vedea din tabelul de mai jos.

#### Caseta 1: Rolul statului pe piața serviciilor de sănătate

##### A. Definirea de standarde referitoare la

- pachetele de servicii oferte;
- grupul țintă
- calitatea serviciilor

##### B. Monitorizarea actorilor principali (furnizori + terți plătitori)

##### C. Evaluarea procedurilor diagnostice și terapeutice admise

##### D. Colectarea centralizată a informațiilor despre serviciile de sănătate

##### E. Acreditarea:

- profesioniștilor medicali
- furnizorilor
- instituțiilor de sănătate
- terților plătitori

##### F. Colectarea fondurilor pentru sistemul de asigurări

- Impozite generale
- Impozite locale
- Taxe specifice

##### G. Furnizarea de servicii de sănătate

- Proprietarul instituțiilor medicale
- Organizarea activității sanitare
- Plata instituțiilor și profesioniștilor

##### H. Managementul direct al sistemului și al serviciilor de sănătate

Angajarea personalului medical

Selecționarea conducerilor de unități sanitare

Elaborarea și aplicarea normelor de performanță individuale

Monitorizarea procesului și/sau rezultatelor manageriale

Sursa: Rodwin, V. și Vladescu, C. (1994)

## DESCENTRALIZAREA: CONCEPT GENERAL ȘI FORME SPECIFICE

**Tabelul 1. Funcțiile sistemelor de sănătate la nivel local în diferite forme de descentralizare**

FUNCȚII	DECONCENTRARE	DEVOLUȚIE	DELEGARE	PRIVATIZARE
Legislativă	--	**	--	--
Colectare de fonduri	*	**	**	***
Elaborare de politici	--	**	**	**
Planificarea resurselor	**	**	***	***
Managementul -personalului -bugetului -procurării de materiale	* ** *	** ** **	*** *** ***	*** *** ***
Pregătirea personalului	*	**	***	***

Sursa: Vlădescu, C. 1994

Legenda:

\*\*\* Responsabilități extinse; \*\* Unele responsabilități; \*Responsabilități limitate - Nici-o responsabilitate

Tabelul se bazează pe un model ideal pentru fiecare tip de descentralizare, precum cel descris teoretic mai înainte, fapt care nu se întâlnește totdeauna în practică. În acest fel matricea de mai sus poate fi considerată o simplificare a realității, a cărei utilitate constă însă în elaborarea unui cadru conceptual util atunci când se urmărește analizarea gradului de descentralizare a unui sistem de sănătate.

Sintetizând, se poate spune că deciziile de descentralizare ale sistemelor de sănătate ar trebui să aibă în vedere trei mari aspecte:

- a.) la ce nivel se produce descentralizarea

- b.) către cine

- c.) ce anume sarcini se vor descentraliza.

a. nivelul la care se produce descentralizarea este important prin prisma relațiilor dintre centru și periferie, stabilind și gradul de responsabilitate al celor ce iau deciziile. În acest context discuțiile se poartă între nivelul optim, până la care se

poate produce descentralizarea. Se admite că de regulă cu cât este mai local nivelul, cu atât vor fi mai multe probleme legate de insuficiența resurselor manageriale, fragmentarea furnizării serviciilor ca urmare a multiplicării unităților furnizoare, ca și probleme legate de eficiența serviciilor pentru populații mai mari. Datorită acestor motivații se consideră utilă stabilirea unor ierarhii cu diferite nivele între centru și periferie, i.e. regiuni, zone, județe. Trebuie menționat în acest context că descentralizarea este percepută în mod diferit de cei ce participă la ea: ceea ce poate părea descentralizare dintr-o perspectivă centrală poate să fie perceput cu totul altfel de utilizatorul serviciului.

b. Către cine se face descentralizarea este un alt aspect ce are o relevanță aparte în analiza procesului de descentralizare. În cazul devoluției, autoritățile locale sunt alese și ca atare direct responsabile electoratului. Acolo unde politica sanitată și managementul rămân în responsabilitatea guvernului central, autoritățile locale au

în sarcină implementarea acestor politici.

c. Sarcinile care se descentralizează sunt dependente atât de forma de descentralizare alcătuită, după cum este menționat în tabl., cât și de resursele disponibile la nivel local.

lipsa cunoașterii condițiilor local, birocrația, lipsa flexibilității (Sabatier, P., și Mazmanian D., 1980).

De jos în sus: această strategie, aplicabilă în special țărilor bogate, necesită structuri locale puternice prevăzute cu personalul necesar ducerii la înndeplinire a acestui proces.

b) Din interiorul sectorului de sănătate: modalitatea cea mai frecvent folosită, având diverse variante; poate fi înndeplinită fie ca o inițiativă locală, fie de la nivel central.

Din afara sectorului: această strategie implică existența unor grupuri de inițiativă care au putere de influență și puterea de luare a deciziilor și care sunt interesate în reformarea sistemului de sănătate. De fapt, aceasta implică cooperarea strânsă cu autoritățile centrale (Barclay, C. și Hill, D., 1987).

c) Canalul politic: deși s-ar părea că deciziile politice au importanță capitală, este posibil ca descentralizarea să nu fie întotdeauna realizată pe o fundație politică (în special în cazul deconcentrării). Când factorii politici (sau locali sau centrali) nu cunosc problemele ce aparțin sănătății și când ei nu conferă prioritate acestor probleme, procesul nu poate fi demarat prin utilizarea acestei strategii. Pentru a fi siguri de reușita acestei acțiuni ar trebui să existe o voință politică ce favorizează descentralizarea. În general, trebuie să se rețină faptul că descentralizarea sistemelor de sănătate necesită timp și politicienii sunt, de obicei, implicați în acțiuni ale căror rezultate sunt repede și ușor de observat de către electorat (Blum, H.L., 1974).

Canalul managerial; acesta are avantajul că, în general, managerii nu sunt aleși (așa cum sunt politicienii) și din această cauză pot asigura continuitatea și uniformitatea procesului. Totuși, această strategie are nevoie de sprijin politic (Majone, G., și Wildawsky, A., 1978).

## Strategii generale pentru descentralizarea serviciilor de sănătate

O etapă importantă în procesul de descentralizare este reprezentată de faza implementării, independent de natura și gradul descentralizării.

Implementarea a fost definită ca un "proces de interacțiune între fixarea scopurilor și a acțiunilor orientate spre realizarea lor". (Pressman, J.L., și Wildawsky, A., 1973).

În general, s-a reținut faptul că procesul de descentralizare ar trebui să înceapă prin sensibilizarea opiniei publice în scopul de a crea o opinie generală favorabilă reformei.

În ceea ce privește dezvoltarea acestui proces, există cîteva strategii generale:

- procesul poate să fie înndeplinit de sus în jos sau de jos în sus;
- procesul poate să fie inițiat din interiorul sau din exteriorul sectorului sănătății;
- procesul poate fi realizat utilizând în principal un canal politic sau unul managerial (Berman, P., 1978).
- a) De sus în jos: modalitatea cea mai des folosită.

Această strategie este bună în special în cazul țărilor cu resurse puține, ce trebuie să fie alocate extrem de judicioz. Această strategie este benefică în special când scopul autorităților centrale este reorientarea serviciilor de sănătate pentru realizarea dezideratului "sănătate pentru toți". Problemele acestei formulări pot fi:

## DESCENTRALIZAREA: CONCEPT GENERAL ȘI FORME SPECIFICE

În general, descentralizarea sistemului de sănătate ar trebui demarată în zonele în care pot să apară rezultate în timpul cel mai scurt posibil, următe de zonele care au nevoie de o perioadă de timp mai mare pentru realizarea unor rezultate bune.

Cele 4 tipuri de descentralizare discutate în acest capitol nu trebuie să fie considerate drept modalități clar delimitate una de cealaltă. În realitate, fiecare sistem de îngrijiri pentru sănătate poate avea trăsături caracteristice pentru toate cele 4 tipuri de descentralizare.

În general, se poate spune că formele administrației locale ce permit autonomic sunt mai puțin prezente în țările în curs de dezvoltare în comparație cu țările dezvoltate, unde forma cea mai frecventă de descentralizare este deconcentrarea. Dar forma și gradul de descentralizare diferă chiar și în același grup de dezvoltare economică și aceasta datorită unei game vaste de factori printre care cei mai importanți sunt:

- dimensiunea țării în care are loc procesul;
- nivelul la care este îndeplinită descentralizarea;
- responsabilitățile și compoziția auto-

- ritărilor locale descentralizate;
- implicarea publicului în procesul de luare a deciziilor;
- mecanismul de finanțare;
- metodele de control și evaluare;
- responsabilitățile în termenii planificării;
- cultura politică;
- colaborarea intersectorială (Mills, A. și al., 1990).

### Concluzii

Se poate aprecia că formularea și implementarea descentralizării, în cadrul întregii structuri a serviciilor de sănătate trebuie să fie examinată din punct de vedere critic pentru a se putea asigura contribuția sa efectivă la îmbunătățirea stării de funcționalitate a serviciilor de sănătate. Ca o sinteză concluzivă la acest gen de analiză, Tabelul 2 prezintă 10 întrebări fundamentale ce ar trebui avute în vedere de către cei ce trasează orientarea politică pentru introducerea unei *descentralizări efective* la nivelul serviciilor de sănătate.

Tabelul 2. 10 întrebări fundamentale necesare formulării și implementării eficiente a descentralizării

1.	De ce este introdusă descentralizarea ?
2.	Ce formă va lua descentralizarea și cum vor fi instituite legăturile cu autoritatea ?
3.	La ce nivel al sistemului guvernamental ar trebui să fie efectuată descentralizarea resurselor, acțiunilor și a autoritații ?
4.	Care este rolul Ministerului Sănătății în cadrul sistemului descentralizat ?
5.	Ce resurse, funcții și autoritați vor fi descentralizate ?
6.	Cât de adekvată este descentralizarea pentru dezvoltarea planificării naționale a sănătății ?
7.	Ce măsuri au fost luate pentru a se asigura compatibilitatea descentralizării cu principiul echității ?
8.	Este programul de management al sănătății consolidat și este sprijinit în unitatea descentralizată ce va fi dezvoltată ?
9.	Facilitează descentralizarea democratizarea managementului și planificării sănătății ?
10.	Contribuie descentralizarea la dezvoltarea coordonării intersectoriale ?

Sursa : Collins, C. Green, 1989 (modificat).

*De ce este introdusă Descentralizarea?*

Am scos deja în evidență atitudinile divergente privind descentralizarea și faptul că unele forme de "descentralizare" sunt incompatibile cu cadrul politicii "sănătății pentru toți" (SPT). Pentru cei ce trască orientarea politică este necesară o conștientizare a problemelor politicii sănătății incluse în descentralizare, precum și dorința unei evaluări critice a relevanței SPT în strategiile alternative de desentralizare. Iată care sunt problemele importante:

- Cine sunt cei ce susțin descentralizarea?
- De ce o susțin?
- Este acest sprijin bazat pe formularea și implementarea politicii SPT?

*Ce formă va lua descentralizarea și cum va fi instituită legătura cu autoritatea?*

Studiile privind descentralizarea au scos în evidență un număr de forme organizationale pe care aceasta o poate lua, evidențiate anterior în lucrare. Devoluția și delegarea organismelor semiautonome.

Programele de descentralizare în sectorul sănătății ar trebui să determine orientarea organizațională de urmat, prin furnizarea unui plan de dezvoltare structurală a sistemului. Este important să fie clarificate punctele de contact și legăturile de autoritate dintre diversele forme de descentralizare și, de asemenea, să fie prevăzute problemele structurale posibile așa cum apar noile forme de descentralizare. Iată problemele fundamentale:

- Ce orientare organizațională va avea descentralizarea?
- Cum se raportează una față de celalătă diversele forme de descentralizare din țara respectivă?
- Ce probleme pot fi prevăzute ca rezultat al acestor legături?

*La ce nivel al sistemului guvernamental ar trebui să fie efectuată descentralizarea resurselor, a funcțiunilor și a autorității?*

Nu există un unic răspuns universal la această întrebare. Există factori care sugerează că descentralizarea ar trebui să fie demarată la cel mai jos nivel (de exemplu, necesitatea participării comunității), și alii factori care sugerează că aceasta ar trebui să rămână la nivelul cel mai înalt (să se asigure astfel o economie de resurse).

O atenție foarte mare a fost acordată județelor, acestea reprezentând nivelul considerat cel mai adecvat pentru operația de descentralizare a serviciilor de sănătate (Cohen, S.S., și al., 1981). Deși există o diversitate considerabilă în terminologia folosită în diverse țări, județul, sau echivalentul său, acoperă o zonă bine definită, încorporând deseori o populație între 50 și 200 000 persoane, inclusiv un oraș - capitală de județ - și un număr de comunități (localități) rurale. Acesta definește o infrastructură guvernamentală și este incorporat în cadrul unui sistem stratificat de acordare a asistenței de sănătate.

Totuși, în cazul fiecărei țări, trebuie să se țină seama de anumite probleme importante:

- Este nivelul de descentralizare suficient de aproape de comunitate pentru a facilita participarea reală a populației?
- Dispune nivelul de descentralizare ales de o infrastructură corespunzătoare, de sisteme și aptitudini manageriale care să poată să îndeplinească responsabilitățile sale multiple?
- Cum se încadrează nivelul de descentralizare în sistemul stratificat de furnizare a asistenței de sănătate?
- Nivelul fundamental de descentralizare stabilisce propriile subunități de descentralizare?

*Care este rolul Ministerului Sănătății în cadrul sistemului desentralizat?*

Descentralizarea nu înseamnă că autoritatea centrală să-și slăbească rolul managerial. Totuși, ar trebui să se producă o schimbare a caracterului funcțiunilor sa-

## DESCENTRALIZAREA: CONCEPT GENERAL ȘI FORME SPECIFICE

le. Trebuie să se facă o diferențiere mai clară între funcțiile strategice și cele operaționale (Roodinelli, D.A., 1987) din cadrul serviciilor de sănătate, organismul central preluând funcțiile strategice. Problema principală aici este dacă programul de descentralizare recunoaște și dezvoltă această diferențiere, sau nu. Ca să fim mai specifici:

- Ministerul Sănătății are rolul de a fixa prioritățile strategice pentru sectorul sănătății?
- Ministerul Sănătății dispune angajarea personalului de bază și a regulamentului finanțier în cadrul cărora unitățile descentralizate utilizează puterea delegată lor?
- Ministerul Sănătății monitorizează activitatea unităților descentralizate, recomandând standardele minime și reexaminând rezultatele?
- Ministerul Sănătății furnizează servicii care să ofere sprijinul necesar, cum ar fi transportul, angajarea de personal, resurse materiale și servicii financiare pentru unitățile descentralizate?

*Ce resurse, funcții și autorități vor fi descentralizate?*

Descentralizarea a fost mult prea des acceptată drept o politică largă, fără să se ia în considerare detaliile implementării sale. Pentru a fi eficient, programul de descentralizare trebuie să stabilească modul în care resursele, funcțiunile și autoritatea trebuie să fie transferate sub forma unui sprijin reciproc. Iată problemele fundamentale aferente acestui capitol:

- I-au fost transferate unității descentralizate o gamă largă de funcții?
- Deține unitatea descentralizată suficiente resurse pentru a prelua aceste funcții?
- Are unitatea descentralizată suficientă autoritate pentru a administra resursele sale într-un mod de relativă autonomie?

*Cât de adecvată este descentralizarea pentru dezvoltarea planificării sănătății naționale?*

*nalc?*

Deși unul dintre avantajele importante ale descentralizării este promovarea planurilor care reflectă diversele nevoi locale, Ministerul Sănătății deține încă un rol vital. Planurile trebuie să fie verificate din punctul de vedere al conformității dintre ele, cît și cu politicile naționale de dezvoltare și cu principiile. Specialiștii tehniți care planifică resursele (de exemplu, proiecte cu capital mare) trebuie să fie puși la dispoziție în mod centralizat. Unele servicii trebuie încă să fie planificate centralizat și prevăzute să fructifice beneficiile economice producției de mare serie. Negociările cu finanțatorii trebuie să aibă loc la nivel național pentru a asigura eficiența și unitatea. În cele din urmă descentralizarea planificării ar trebui să apară în cadrul contextului unei strategii naționale coerente.

- Care este linia de demarcare între deciziile naționale și deciziile locale?
- Cum sunt combinate planurile generate la nivel local pentru a forma un plan național coherent al sănătății?
- Unde este pusă în aplicare planificarea resurselor umane?
- Există un proces de negocieri cu finanțatorii?

*Ce măsuri au fost luate pentru a se asigura compatibilitatea descentralizării și principiul echității?*

Așa după cum am mai arătat, unul dintre pericolele descentralizării, în special acolo unde aceasta apare în legătură cu acordarea unor fonduri, este o erodare a echității. Este important ca orice propunere de descentralizare să fie verificată pentru efectele sale posibile asupra echității, principiu de bază al APS. Problemele fundamentale în acest caz sunt:

- Descentralizarea va spori sau va diminua inechitățile existente?
- Cum se vor obține fondurile pentru serviciile de sănătate și care sunt implicațiile în planul echității?

- Cum vor fi alocate fondurile pentru serviciile de sănătate în cadrul și între diversele zone geografice și care sunt implicațiile privind echitatea?

*Este programul de management al sănătății consolidat și este sprijinit în unitatea descentralizată ce va fi dezvoltată?*

Trebuie să se acorde atenție dezvoltării aptitudinilor și sistemelor manageriale din unitatea descentralizată astfel încât aceasta să aibă capacitatea de planificare și management necesară preluării responsabilităților sale sporite. Pentru a realiza o consolidare puternică a managementului, procesul trebuie să fie constituit pe capacitați pe termen lung bazate pe dezvoltarea unei politici operaționale care scoate în evidență obiectivele, mijloacele și abordările programului de management. Iată câteva dintre problemele fundamentale ce urmăiază să fie luate în considerare într-un proces de consolidare a managementului în sănătate la nivel județean:

- Care sunt zonele prioritare (cum ar fi managementul finanțier sau dezvoltarea muncii în echipă) în care ar trebui să aibă loc consolidarea managementului?
- Care sunt mijloacele principale (modificarea structurală, îmbunătățirea aptitudinilor, dezvoltarea sistemelor de management) prin care va avea loc consolidarea managementului?
- Ce fel de program de abordare (programare detaliată prin intermediul unui "plan de acțiune" sau prin intermediul unui proces de orientare a studiului) va fi utilizat?

*Facilitază descentralizarea democratizarea procesului de management și planificare a serviciilor de sănătate?*

Dezvoltarea SPT implică luarea în

mod colectiv a deciziilor de către toți membrii comunității în procesul de planificare și de luare a deciziilor din domeniul serviciilor de sănătate. Analizele propunerilor de descentralizare ar trebui să includă următoarele întrebări:

- Până la ce nivel crează forma organizațională de descentralizare condiții favorabile pentru participarea comunității?
- Care practici ale managementului și ale planificării constituie obstacolele reale pentru dezvoltarea participării comunității?
- Ce structuri și procedee de planificare pot fi introduse pentru facilitarea participării comunității?
- Ce tip de cultură și valori organizaționale sunt cele mai adecvate pentru dezvoltarea descentralizării și participării comunității?

Credem că această lucrare a demonstrat faptul că descentralizarea serviciilor de sănătate este un subiect complex, care are multiple avantaje dar și potențiale dezavantaje. Un motiv pentru care generalizările referitoare la descentralizarea serviciilor de sănătate sunt greu de făcut este acela că descentralizarea sanitată nu este influențată doar de modificări la multiple niveluri manageriale, ci și de condițiile socioeconomice particulare naționale căt și de tradiția în domeniu. Astfel, structuri funcționale similare pot avea performanțe diferite în țări diferite, motiv pentru care așa cum am încercat să documentăm în această lucrare, reforma sistemului sanitar din România trebuie să tină cont nu doar de experiența internațională și de recomandările subsecvente acesteia ci și de posibilitatea reală de a aplica aceste practici la condițiile de fapt existente.

## DESCENTRALIZAREA: CONCEPȚI GENERALE ȘI FORME SPECIFICE

### Note și bibliografie

- Barnet, C. și Hill, D., 1987, "An Implementation Model for Health Services Reform", în *Social Science and Medicine*, vol.24, no.10, pp. 821-32.
- Berman, P., 1978, "The study of macro-and micro- implementation", *Public Policy*, 26, pp. 157-184.
- Blum, H.L., 1974, *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*, Human Science Press, New York.
- Cichon, M., 1991, "Health Sector Reforms in C.E.C.", *International Labour Review*, pp. 130-133.
- Cheema, G.S., și Rondinelli, A.D., 1983, *Decentralization and Development*, Sage Publications, Beverly Hills.
- Cohen, S.S., et al., 1981, *Decentralization: A Framework for Policy Analysis*, Institute for International Studies, Berkeley.
- Collins, C. și Vladescu, C., 1996, *Health Policy in Developing Countries and CEEC Romanian Case Study*. Report to the Overseas Development Institute.
- Donaldson, C., și Gerard, H., 1992, *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*, Macmillan.
- Ellencweig A.Y., 1992, *Analysing Health Systems*, Oxford University Press.
- Elliot, M.J., 1981, *The Role of Law in Central-Local Relations*, London, Social Science Research Council.
- Enthoven, A., 1986, "Managed Competition in Health Care and the Unfinished Agenda", *Health Care Financing Review*, Annual Supplement, pp. 105-119.
- Fesler, J.W., 1968, *International Encyclopedia of the Social Sciences*, Macmillan, New York.
- Furniss, N., 1974, "The practical significance of decentralization", *Journal of Politics*, vol.36, no.4, pp. 958-82.
- Galimowska S., Tymowska K., și Polans Johnson N(ed), "Private Markets" în *Health and Welfare*, Cap. 7, Berg: Oxford and Providence, USA, 1995.
- Gosselin, R., 1984, "Decentralization / Regionalization in Health Care", în *Health Care Management Review*, vol.9, no.1, pp. 7-25.
- Iglehart, J.K., 1990, "Canada's Health Care System Faces Its Problems", în *The New England Journal of Medicine*, vol. 322, no.8, pp. 562-8.
- Iglehart, J.K., 1992, "Health Policy Report: The American Health Care System", în *The New England Journal of Medicine*, sept.3, vol.327, no.10, pp. 742-748.
- Immergut, E.M., 1992, *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge University Press.
- Leonard, D.K., 1982, *Decentralization. Organizational Linkages*, Institute for International Studies, University of California, Berkely.
- Longest, B.B., 1990, "Interorganizational Linkages in the Health Sector", *Health Care Management Review*, vol.15, no.1, p. 1.
- Lowndes, S., 1991, "Decentralization: The Potential And The Pitfalls", *Local Government Policy Making*, vol.18, nr.2, pp. 19-29.
- Majone, G., Wildawsky, A., 1978, "Implementation as Evolution", *Policy Studies Review Annual*, vol.2, Sage Publication.
- Mawhood 1983, *Local Government in the Third World*, Chichester-Wiley.

- Mills, A. et al. 1990, *Health System Decentralization. Concepts, Issues and Country Experience*, WHO, Geneva.
- Mintzberg, H., 1979, *The Structuring Of Organization*, Prentice Hall.
- OECD 1990, *Health Care Systems in Transition*, OECD, Paris.
- Pressman, J.L., și Wildawsky, A. 1973, *Decentralization of Health Systems. Implementation*, University of California, Berkely.
- Rodwin, V., și Vlădescu, C. 1994, "L'Etat et Les Sistemes Sanitaires", *Medecine et Hygiene*, no. 52, 1274-1279, Geneva.
- Rondinelli, D.A. 1981, "Administrative Decentralization and Economic Development: The Sudan's Experiment with Devolution", *Journal of Modern African Studies*, vol.19, no.4.
- Rondinelli, D.A., 1981, "Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice", *International Review of Administrative Sciences*, vol. XLVII, no.2, pp. 133-145.
- Rondinelli, D.A., et al. 1983, *Decentralization in Developing Countries*, Washington D.C., World Bank, Working Paper 581.
- Rondinelli, D.A., 1987, *Development Administration and U.S. Foreign Aid Policy*, Lynne Rienner Publisher, London.
- Sabatier, P., și Macranian D., 1980, "The Implementation of Public Policy: A Framework of Analysis", *Policy Study Journal*, 2, 538-560.
- Smith, B.C., 1979, "The Measurement Of Decentralization", *International Review of Administrative Sciences*, vol.45 no.3, pp. 214-222.
- Vaughan, J.P., 1984, "The Importance of Decentralized Management", *World Health Forum*, vol.5, 27-29.
- Vlădescu, C., "Descentralizarea sistemelor sanitare - de la teorie la practică", *Medicina Modernă*, 1994, vol 1, nr. 3, pp. 164 - 168.
- WHO, 1978, *Financing of Health Services*, Geneva.
- WHO, 1996, *European Health Care Reforms*, Copenhagen.