

INEGALITĂȚILE SOCIALE ȘI DESCENTRALIZAREA. CONSIDERAȚII TEORETICE ȘI EVIDENȚE DIN REFORMA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

Doru Botezat^[1]

Rezumat

Articolul de față prezintă o serie de argumente teoretice din perspectiva economiei sociale care pun în discuție oportunitatea și structura proiectelor care vizează guvernarea descentralizată în sistemul de sănătate. Având în vedere particularitățile acestui tip de sistem și filtrele de etică și echitate care restricționează deciziile de politică din acest domeniu, articolul converge către ideea că o reformă ținând de descentralizarea necesită mai întâi acomodarea sistemului. Descentralizarea poate duce la rezultatele preconizate numai dacă anumite condiții necesare unei bune implementări sunt îndeplinite. Premergător acestui proces, statul trebuie să parcurgă mai multe etape. În acest sens, articolul relevă câteva erori de proiectare în reforma care se derulează în prezent în sistemul medical românesc.

Ca **metodologie** de studiu s-a utilizat analiza critică din perspectiva teoriilor economiei sociale a literaturii de specialitate și a diverselor cadre reglementative din țări care au experimentat sau implementat procese de descentralizare.

Cuvinte cheie: *descentralizare, reformă, ierarhii de acces, echitate în domeniul sănătății*

Clarificări conceptuale

Dacă privim doar într-un spectru european, modelele de descentralizare sunt bine înrădăcinate în anumite părți ale continentului (în general în țările anglosaxone, în special în țările nordice) unde, invariabil, s-au adoptat tipuri de sisteme de sănătate bazate pe asigurarea socială de sănătate. Aici, chiar și recente tendințe în descentralizare

^[1] Doctor în Economie - Cercetător post-doctoral la Centrul de Bioetică și Politici de Sănătate - Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași. E-mail: do_botezat@yahoo.com, Tel: 004 0749.319.471.

sunt originare în decenii sau chiar secole de experiență organizațională și managerială. În celelalte părți (țările mediteraneene și Estul Europei) descentralizarea poate fi considerată o dezvoltare recentă, menită să remedieze inadecvările modelelor decizionale naționale și centralizate din sănătate. (Bankauskaite ș.a., 2004). În cazul țărilor Europei Centrale și de Est problematica este diferită și din altă perspectivă. Acestea, deși aderate pe sistemul vechi, trebuie să se racordeze direct la noua organizare de tip regional (descentralizat). Or, în aceste țări, chiar și acolo unde există deja formate structuri regionale cu puteri formale, nu există „reflexele” regionale/locale care să determine entitățile regionale să se comporte ca „actori” în procesele economico-sociale. Statele Europei de est se confruntă astfel cu o dublă presiune: pe de-o parte, una din partea Uniunii pentru integrare, pe de altă parte, una din zona structurilor spațiale socialiste sau tradiționale. La acestea se adaugă și alte constrângeri precum: economiile sunt orientate sectorial și nu teritorial (regional), ceea ce provoacă dependențe și decalaje mari; există un deficit de teorie și de „expertiză”; statele nu au timp pentru evoluții de jos în sus și, prin urmare, caută „modele” mai mult sau mai puțin „transportabile” și, în fine, există și așa-numita „problemă de mentalitate”. În ciuda acestor limitări, sau poate din cauza lor, regionalismul și descentralizarea sunt un subiect foarte popular. Oricum, în cele mai multe din țările Europei, descentralizarea este văzută tot mai mult ca un cadru atractiv de organizare și management a sistemelor publice (Porto, 2009).

Există o amplă literatură dedicată definirii și formelor pe care le poate îmbrăca descentralizarea. (Collins, 1994, Smith, 1997, Rubinchik-Pessach, 2005, Levaggi și Smith, 2004, Porto, 2009). Ca esențial al diverselor forme identificate de literatură, Collins (1994) propune trei clase majore de procese implicate: deconcentrare, devoluție și delegare. Între ceea ce poate fi delimitat ca federalism pur și unitaritate totală, organizarea și administrația pot lua forme pe un spectru foarte larg, glisând pe o scară a autonomiei sau a transferului de putere către componente substatuale. Deosebiriile sunt mai mult de natură „juridică” decât de manifestare practică. De exemplu, la extrem, federalismul este un proces radical mai puțin flexibil și cvasi-ireversibil, operând schimbări și implanturi profunde în sistemul de organizare al societății;

descentralizarea este un proces nuanțat de *transfer de competențe* către unitățile administrative care se poate opera pe o geometrie variabilă, poate fi renegociat mai ușor și, implicit, este mai suplu și mai flexibil. Totuși, realitatea descentralizării poate fi complicată printr-un mixaj al diverselor ei forme (Collins, 1994). Dar nu definirea și clarificarea conceptului face obiectul acestui articol, ci implicațiile transformărilor asupra sistemului medical pornind de la atributele comune oricarui tip de descentralizare. Nu trebuie, totuși, abandonate fără analiză formele descentralizării pentru că opțiunea pentru aceste forme poate furniza imaginea structurii finale.

Ceea ce totuși nu există în literatură și nici în administrație, este o accepțiune standardizată în ce privește *dimensiunea optimă* ca teritoriu și populație a jurisdicțiilor pe care se poate aplica descentralizarea. Pe de altă parte, tot literatura de specialitate economică statuează că serviciile publice au grade diferite de optim între furnizarea lor centralizată și opțiunea pentru descentralizare (Oates, 1999). De exemplu, la un teritoriu cu suprafață foarte mare, un serviciu precum dezapezirea nu poate avea același optim de descentralizare ca și serviciile de sănătate. La rândul lor, ariile jurisdicțiilor nu pot fi determinate fără a se considera alocarea de putere destinată fiecărui nivel. Specificarea funcțiilor pe diversele nivele presupune, iarăși, anumite asumări și delegări de putere. Aceste chestiuni nu pot fi separate, iar configurarea acestor funcțiuni și puteri trebuie predeterminată în cazul operării unei descentralizări. În aceste condiții, trebuie analizat și spectrul situațiilor politice. Oricare ar fi instituțiile implicate în descentralizare, alegerea structurilor existente și procesul consecutiv de luare a deciziilor va avea o puternică încărcătură politică (Enikolopov și Zhuravskaya, 2007). Cu alte cuvinte, contrar scopului ei de tehnocratizare a managementului, descentralizarea este asociată adesea unui proces de suprapolitizare, indiferent de formele instituționale alese. De asemenea, nici efectul presupus de ameliorare a participării (subsidiaritate) nu va fi cel scontat prin descentralizare, mai ales când sunt vizate țările în curs de dezvoltare unde se prezumă că democratizarea ajută la eliminarea inechităților, dependențelor, sărăciei, asimetriei informaționale, etc. Comunitățile nu sunt omogene social, iar „apropierea deciziei de cetățean” poate amplifica neînțelegerile. Cu cât este mai mare inegalitatea, cu atât

mai dificilă este participativitatea. De exemplu, programele destinate săracilor pot exacerba conflictele între elitele naționale și locale, fapt care provoacă insuccesul acelor programe (Rubinchik-Pessach, 2005). Dimensiunea politică poate fi mai întâi explicitată pe o componentă structurală: *cum poate fi descentralizarea influențată sau cum poate ea influența instituțiile existente*. A doua direcție de explicitare a dimensiunii politice este aceea a spectrului de valori politice sub care se subsumează. Împreună, acești doi factori sunt referiți ca ce se constituie în așa-numitul context al descentralizării. (Bankauskaite și Saltman, 2007).

Descentralizarea poate fi și stare și proces, fiecare dimensiune cerând o abordare diferită. Decentralizarea, ca stare, poate implica două unități de măsură: nivelul și gradul. Ca nivel, descentralizarea poate cuprinde sistemul sau organizarea. Mintzberg (1979) observă că din diferite combinații de nivel și de grad pot rezulta în sisteme și organizări diferite. Pe de altă parte, ca proces, aceste dimensiuni devin obiect de decizie și pot fi presetate, sau, dacă e vorba de procese naturale, (evoluții sociale, cum este de exemplu considerat procesul de regionalizare) definirea ca atare semnalează că nu pot fi influențate (sau nu este oportun a se interveni asupra lor) substanțial, prin politici. Un set consecutiv de chestiuni care privesc interfața între descentralizare și guvernare poate fi numit cel al chestiunilor directive: structura reglementativă, cadrul legal și procedurile de implementare (ca negociere între structuri și instituții etc.) (Levaggi și Smith, 2004).

Indiferent de definire sau măsurare, asupra cărora nu insistăm, mai important este de subliniat că există o dimensiune politică și una financiară în descentralizare, pentru care este necesară utilizarea instrumentelor de cercetare din cele două științe (politice și economice) pentru analiza spectrală și identificarea unor politici adecvate de guvernare.

Descentralizarea ca reformă (proces)

În sistemul medical, indiferent de evoluțiile istorice, cert este că dificultățile de comandă de la centru au făcut ca multe sisteme să exploreze potențialul de descentralizare al puterilor către nivele mai joase de guvernare. Decidenții politici au început să promoveze, cel puțin la nivel retoric, tot mai multă descentralizare în guvernare. În literatură nu s-a

găsit însă o schemă teoretică fundamentală, rețetă sau model universal (Porto, 2009). Chiar economia recunoaște că există nivele de optim diferite între jurisdicții centrale și locale pe diferite sectoare. Cu alte cuvinte, fiecare sector are optimul propriu între centralism și descentralizare. Multe țări nici n-au experimentat descentralizarea în absența unor rezultate clare ale cercetărilor premergătoare. Cu alte cuvinte, descentralizarea este un proces necesar, dar necesită unele calcule de implementare.

În România subiectul este un „fetiș” pentru clasa politică, dar este utilizat fără o fundamentare teoretică. Este mai mult un demers inertial, consecutiv unor declarații de intenție decât bazat pe un cadru concret și coerent de politici. Principiul sub care este abordat este unul corect, subsidiaritatea, dar în cazul sistemului de sănătate această apropiere a deciziei poate crea inegalități între regiuni care generează o dezbatere etică. De exemplu, dacă o jurisdicție, devine finanțator pentru rezidenții proprii, poate limita legitim accesul non-rezidenților la servicii pe care le deține printr-un avantaj de localizare?

În realitate, în România descentralizarea și reforma sistemului de finanțare s-au făcut fără o analiză serioasă a consecințelor asupra populației în termeni de inechitate teritorială și disponibilitate a infrastructurii și implicit a serviciilor. Nu este necesară o analiză amănunțită pe toată succesiunea de acte normative care conturează acest proces de descentralizare demarat în 2002 (H.G. 866/2002) câtă vreme inadvertențele instituționale sunt manifeste și vizibile în societate (Gvernul României, 2010). Există evident o inadecvare între noile jurisdicții sub care se configurează sistemul medical prin această reformă și designul regional al teritoriului. Bunăoară, există unități de sănătate definite formal cu atribut „regional” pentru care nu există nici măcar autorități publice opozabile aceluiași nivel subsidiar. În România singurele unități administrative care sunt înzestrate cu putere formală sunt județele și respectiv localitățile, nu există regiuni în sens administrativ. Astfel, s-a trecut la o autonomie pe bază regională și locală a gestiunii serviciilor medicale în condițiile în care nu există un design instituțional regional care să preia managementul acestui sistem, nu există reflexe de autonomie ale autorităților locale care să le abiliteze în adaptarea la o situație care altminteri le poate fi favorabilă. Ele au fost

nevoite să preia din mers activități pentru care nu dispun de resurse și de instruire suficiente pentru a acoperi serviciile cel puțin la nivelul anterior. Un exemplu concludent al eșecului primei operațiuni este măsura luată în 2010 de desființare a unor spitale din diverse localități care deserveau arii suficient de populate și aflate oricum în deficit de servicii (atât la nivelul asistenței primare, cât și a celei secundare). În fapt, desființarea s-a realizat prin retragerea avizelor de funcționare, ceea ce nu implica automat închiderea definitivă, ci permitea autorităților locale să găsească soluții de finanțare și transformare a unităților în centre de servicii care să compenseze anumite nevoi din teritoriu. În lipsa unei pregătiri adecvate, a reflexelor, a resorturilor politice și cu deficite acute de resurse, autoritățile locale au fost complet inapte să absoarbă șocul provocat, așa încât sistemul medical a suferit prin descentralizare o contracție majoră în termeni reali. Fapt este că, bazat pe principiul dependenței de parcurs (de evoluția istorică) autoritățile locale/județene nu numai că nu au reflexele adaptative la preluarea unui serviciu nou în portofoliu, dar nici nu au sănătatea printre priorități (cum se va vedea în secțiunea următoare, există explicații științifice pentru acest comportament). Deși cadrul legislativ al descentralizării face referire la un „cadru operațional pentru realizarea descentralizării”, la „transferul competențelor către autoritățile administrației publice locale sau județene” precum și la „redefinirea rolurilor Ministerului Sănătății și respectiv a autorităților locale și județene”, în realitate nu există schimbări majore în paternurile de funcționare ale acestor autorități.

Practic, această reformă se fundamentează pe avantajele teoretice consacrate ale descentralizării (Legea 95/2006 cu modificări și completări, 2010):

- (sub)sistemele se pot organiza ținând cont de:
 - Valorile locale;
 - Infrastructura disponibilă;
 - Servicii;
 - Paternurile bolilor locale;
 - Așteptările publice (preferințele locale).
- Subsidiaritate tradusă prin:

- Eficientă în alocarea resurselor prin mai buna cunoaștere și corelare a costurilor locale;
- Calcule mai riguroase la costurile programelor specifice;
- Încurajează generarea de venituri în comunitate (inițiative) și atragerea de finanțări la nivel local;
- Unitățile descentralizate pot fi folosite ca „laboratoare” pentru politici naționale, mecanisme de colectare și schimb de informații.

Posibilele riscuri pe care le iau în calcul decidenții ca efecte adverse ale unui proces asumat de descentralizare sunt:

- Posibilitatea de a genera costuri suplimentare datorate necesității sporite de coordonare;
- Expunerea sistemului la fragmentare datorită diferențelor de opțiune politică (distribuția puterii și alocarea resurselor);
- Necorelarea între ierarhiile administrative și sistemul de finanțare (centralism decizional vs. descentralizare administrativă);
- Posibilitatea deturnării unor programe naționale prin preferințe locale și pierderea de informație la nivel central pentru programe și politici naționale;
- Posibilitatea ca localul să creeze instituții redundante sau să evite să le închidă pe cele create prin procesul de descentralizare (din teama de a nu pierde joburi și venituri);
- Riscul accentuării diferențelor între regiuni (dar poate fi și o premisă de convergență).

În plus se recunoaște că:

- Descentralizarea nu asigură automat și direct participarea comunității, ci condiționat de configurația economică și politică, precum și de tipul de descentralizare adoptat;
- De asemenea, depinde de coordonarea formală și informală și de mecanismele dezvoltate la nivelurile politic și administrativ;
- Este preferabilă în condiția unor standarde și norme minimale fixate în prealabil de nivelurile centrale.
- Necesită un comportament de descentralizare din partea populației.

Studii bazate pe date empirice dar și experiențele de până acum au relevat că descentralizarea poate îmbrăca numeroase forme și poate cauza variate efecte (Yeung, 2009). Decizia descentralizării este deci un

prim pas dintr-o serie de *alegeri* între opțiuni complexe de *politică* și depinde de asemenea pe paliere complexe de *contextele interne și externe*. În acest sens, se pune problema compatibilității cu celelalte mecanisme cu care intră în interacțiune precum *finanțarea sistemului, managementul resurselor umane din sistem*. De exemplu, în România, multe spitale descentralizate deservesc arii extinse peste jurisdicția la care sunt arondate. Apoi, există câteva *ierarhii de acces* în sistem indiferent de prezența asigurărilor medicale și indiferent de comportamentul individual pentru sănătate. Implicit apar categorii, unele defavorizate în raport cu altele:

- *Ierarhii de acces (în sens fizic)*: nu toți indivizii sunt arondați la o distanță egală de un punct de prestație medicală. În orice situație cu implicații medicale, un individ aflat la o distanță considerabilă de locația în care își poate rezolva problema (sau percepe că și-ar putea rezolva problema), indiferent de starea lui materială, va resimți o dificultate în accesarea serviciului dorit/necesar în raport cu indivizii care se află în proximitatea punctului vizat. În termeni economici este o diferență de cost de oportunitate la o accesare standard. Chiar presupunând că la nivelul asistenței primare problema de proximitate poate fi atribuită responsabilității personale, în condițiile în care asistența primară oferă prea puțin din ceea ce presupune asigurarea sănătății individului, problema de proximitate rămâne valabilă pentru asistența secundară.

- *Ierarhii jurisdicționale*: ierarhiile legate de organizarea administrativă a sistemului medical și respectiv a teritoriului. Aceste ierarhii sunt specifice unui sistem descentralizat cu atribuții bine determinate la diversele niveluri locale când există un conflict (de interese) între cele două sisteme. De exemplu, nu toate localitățile au unități spitalicești. Când un individ dintr-o localitate fără spital are nevoie de o prestație spitalicească este nevoit să intre în jurisdicția altei localități. Dacă sistemul medical ar fi independent de sistemul administrativ teritorial, nu ar exista nicio problemă. Dar asistența medicală secundară (în speță spitalizarea) are două componente de finanțare una individuală prin asigurare, o alta colectivă prin intermediul finanțării generale. În acest sens, pot apărea conflicte de interese: teoretic, legal, o jurisdicție administrativă poate impune restricții în accesarea serviciilor de către beneficiari externi jurisdicției.

- *Ierarhii ale serviciilor în funcție de complexitate*: ierarhie generată de complexitatea serviciilor medicale. De asemenea, există o ierarhie generată de diferențele de calitate la același nivel al prestației. De exemplu, pot exista servicii medicale a căror complexitate este susținabilă în unități de calibru mai mic, dar comparabil inferioare calitativ raportat la unitățile spitalicești moderne. În atare condiții (fiind vorba de servicii acoperite prin sistemul de asigurări) este acceptabil din punct de vedere etic că cetățeanul contribuabil are dreptul să aleagă serviciile prestate. Indivizii aflați în nevoia accesării unui serviciu complex disponibil la o distanță mai mare de locul să de rezidență vor fi în dificultate atât în accesarea fizică a serviciului cât și în chestiunea jurisdicțională.

Problema majoră în accesarea serviciilor medicale este imputabilă/opozabilă statului, câtă vreme nu există diferențieri ale contribuțiilor în raport cu aceste criterii (cum este cazul altor tipuri de asigurări care includ însumări compozite de riscuri). În consecință, *statul trebuie să caute soluții pentru compensarea acestor discriminări impuse de sistem*. Din perspectivă egalitară (asumată ca ideal-tip, nu ideologic) această inegalitate exogenă este problema etică creând discriminare între indivizi.

O altă inconsistență a sistemului corelată cu descentralizarea: dacă finanțarea urmărește pacientul și nu serviciul (adică costul real) acest fapt va perpetua disparitățile intra- și inter-regionale pentru că fondurile vor fi permanent orientate spre instituțiile performante. În termeni de eficiență economică efectul poate fi pozitiv. În termeni de echitate și acces egal, instituțiile performante nu pot fi supracongestionate și inegalitățile generate de proximitate se vor consolida. Acest fapt relevă și un alt aspect scăpat din vedere analizei. Impactul descentralizării depinde foarte mult de reglementările subsumate capitolului *drepturile pacientului* (Levaggi și Smith, 2004).

Dacă pacienții au dreptul neîngrădit de a alege furnizorii de servicii (fie publici fie privați) și sistemul decontează doar cheltuielile în baza unui contract universal la nivel național, atunci localitățile nu vor fi stimulate să dezvolte politici locale de sănătate sau să se angajeze în cheltuieli substanțiale pentru furnizorii locali. Pe de altă parte, o arondare teritorială sau stimularea utilizării unor furnizori agreeți ar avea

serioase implicații negative pentru dreptul de a alege al pacientului și pentru competiție. Faptic, în România, problemele ce decurg din reformă sau sunt corelate cu aceasta sunt:

- Există surse multiple de finanțare, teoretic un avantaj, dar implicit greu de corelat și gestionat;
- Deciziile sunt politice (politizate) și schimbă prioritățile în intervale nerezonabile de timp (de la an la an) deși statisticile medicale nu se schimbă în aceleași intervale;
- Încasările din sistemul de asigurări nu acoperă costurile tratamentelor, cu atât mai puțin nu pot asigura resurse pentru investiții. Dimpotrivă, ultimii ani au consemnat reduceri bugetare majore, mai ales în investițiile din spitale.
- Subfinanțare (sau suprafinanțare a unor laturi ale sistemului prin alocare ineficientă). Existența unui sistem insuficient de motivare și a condițiilor de lucru precare, dublate de neluarea în calculul de cost a plăților informale cu care s-ar obține o imagine mai bună asupra sistemului, au provocat și așa-numita *criză de personal*.

În designul unei reforme este nepermisă utilizarea modelelor teoretice fără o preevaluare a situației din teren. A trece brusc încărcătura de la sistemul secundar către cel primar prin decizii strict administrative poate duce fie la blocarea sistemului, fie la adaptarea lui formală prin conservarea sistemului precedent. În condițiile deficitului de medici de familie vor rămâne zone neacoperite de sistem. Slaba finanțare la nivelul medicinei de familie crește, de fapt, costurile asistenței, dar împovărează pacientul (de exemplu, trimiterea la specialist comportă, pe lângă eventuale plăți informale, și cheltuieli de deplasare necontabilizate, timpi de așteptare și intervenție mai lungi etc.); Este prezumptiv pozitivă încercarea de a capacita asistența primară, fapt care ar eficientiza și asistența secundară prin eliminarea unor supraîncărcări ineficiente, dar contextul social este nefavorabil reducerilor din sectorul secundar pentru că nu există mecanisme de compensare (de exemplu, nu există infrastructură și logistică pentru a compensa *problema de proximitate* pentru o mare parte a populației); Astfel sectorul secundar va fi din nou presat să suporte o povară mai grea, odată pentru că sectorul primar va împinge pacienții spre secundar (în condițiile în care se finanțează persoana și nu prestația) apoi, pentru că în

sectorul secundar activează personal care acționează și în sistemul privat care va folosi oportunitatea de compensare a sistemului public (de exemplu, trimeri de la cabinete particulare către spitale) (Gvernul României, 2010). De asemenea, reducerile de personal nu sunt însoțite și de reduceri de încărcare (de exemplu, pe latură administrativă) fapt care crește presiunea per angajat, rezultând o scădere în calitatea prestației. Există deci riscul neatingerii obiectivelor descentralizării pentru că, în lipsa infrastructurii, a logisticii și a organizării administrative eficiente, costurile cu îngrijirea medicală de fapt cresc.

În mod uzual, descentralizarea vine la pachet cu alte reforme care vizează în particular sectorul de sănătate. Bunăoară, prezenta reformă poate fi asociată (și într-o măsură este confundată) cu strategia de potențare a sectorului primar în raport cu diminuarea sectorului secundar. Pentru această reformă descentralizarea este vizată ca instrument (mijloc) de atingere a echității, implicarea comunității și abordare intersectorială. Prin contrast, într-o abordare pro-piață sau neoliberală a sectorului de sănătate, descentralizarea este asimilată unui mijloc de trecere la forme de finanțare bazate individual, de introducere a sistemelor cvasi-concurențiale în sectorul guvernamental care gestionează sănătatea și promovare a sectorului privat și a unor forme de asigurare a calității pe criteriile consumatorului. În fapt, descentralizarea poate fi „colorată” în funcție de diversele obiective aflate pe piața politică și în dezbateră publică sau în funcție de strategiile generale de schimbare sectorială sau reformare generală (Smith, 1997).

Pot exista (adesea nestatuate) obiective politice majore în reformele de descentralizare. Cum s-a arătat mai sus, procesul și strategia descentralizării nu sunt neutre politic în ciuda retoricii politicianilor (Smith, 1997). Prin descentralizare se pot afecta interese ale grupurilor sociale și se poate restructura accesul la decizie sau la resurse al diverselor grupuri implicate în joc. Exemple tipice de utilizare a descentralizării sunt aruncarea responsabilității de la centru către periferie, fragmentarea opoziției pe principiul *divide et impera* care face conflictele politice mai ușor de manageriat, sau, în fine, descentralizarea poate fi utilizată ca instrument de ranforsare a elitelor locale care operează prin patronaj (Rubinchik-Pessach, 2005).

Anumite forțe motrice ale descentralizării nu sunt întotdeauna expresia obiectivelor de bază ale sectorului sănătate. De aceea, adoptarea unui principiu clamat politic ca un panaceu universal al problemelor de dezvoltare trebuie filtrat de decidenți prin prisma caracteristicilor esențiale ale sectorului vizat. Există cazuri de lipsă a unei explicite motivații care să probeze când, cum și de ce este necesară descentralizarea (Werlin, 1992). În cele mai multe situații, dificultățile apărute în cadrul procesului sunt originare exact în lipsa consultării și dialogului cu părțile implicate în sistem. Prin urmare, pe lângă nevoia unei capacități de management (preexistentă la nivelul subcentral) succesul depinde și de *gradul de consultare în procesul politic* (măsurabil printr-un grad general de consultare la nivelul societății-altminteri direct proporțional cu „bagkroud-ul” democratic al comunității).

Dincolo de lipsa de acuratețe conceptuală a descentralizării, există și reforme ale sistemului de sănătate care au fost etichetate drept descentralizare deși nu este clar dacă se pretează termenului. De exemplu, cum s-a precizat mai sus, inversarea ponderii de la serviciile spitalicești către asistența primară și ambulatoriu este în accepțiunea publicului larg și chiar a multor decidenți tot descentralizare. Câtă vreme această transformare nu comportă schimbări în structurile de putere și autoritate nu este propriu denumită descentralizare, dar efectele „teritoriale” produse de aceste schimbări pot justifica un grad de confuzie.

Descentralizarea în domeniul sănătății. Perspective economice, critici, precondiții

Un bun public este acela pe care o piață competitivă nu-l poate oferi în acord cu nevoile și preferințele sociale. Este de departe și cazul sănătății, care presupune alte criterii decât eficiența și echilibrarea dintre cerere și ofertă la un cost de echilibru. Cu acest simplu argument poate fi preîntâmpinată orice discuție sterilă despre rolul pieței în furnizarea de sănătate. Nu este contrazisă existența acestui rol, ci doar se schimbă premisele de la care trebuie să pornească analiza performanței unui sistem. Sistemul medical dezirabil, deci performant, *este cel care asigură o stare de sănătate adecvată la un număr cât mai mare de indivizi*. Prin urmare, sistemul de sănătate cade, cel puțin ca respon-

sabilitate, în sarcina guvernului, fiind însă un sistem care presupune costuri sociale, organizarea poate fi supusă unor criterii de eficiență relevate de regulile pieței.

Din această perspectivă, există câteva argumente economice în favoarea descentralizării(Levaggi și Smith, 2004):

- *Gestiunea informației*: guvernele naționale, îndepărtate fiind de preferințele locale, nu pot înțelege adecvat oportunitățile și constrângerile care afectează furnizarea serviciilor la nivel local. Ele pot căuta să impună soluții neadaptate la circumstanțele locale și pot fi insensibile la variația dintre norma națională a cererii și situațiile locale.

- *Preferințele*: guvernarea locală răspunde preferințelor locale și caută să proiecteze serviciile care reflectă prioritățile locale. De regulă, alegerile locale sunt mijloace de exprimare a acestor preferințe iar un anumit grad de libertate în selectarea acestor priorități în acord cu alegerile electorale locale este considerat prerechizita fundamentală a unei guvernări locale.

- *Co-ordonarea locală*: multe bunuri publice (dar în special sănătatea) necesită o coordonare locală a unei varietăți de instituții formale și agenții voluntare. Limitările informaționale plasează guvernele locale în cea mai potrivită situație de a asigura coordonarea.

- *Eficiența*: deoarece sunt mai apropiate de instituțiile și cetățenii rezidenți, echipele manageriale locale sunt mai în măsură să identifice sursele de ineficiență. Mai general, populația locală este mai pregătită să devină activă și să livreze eficient serviciile publice, mai ales dacă serviciile sunt finanțate din taxele locale.

- *Responsabilitate*: pentru economiști, acest termen poate fi asimilat ca definiție și *eficienței alocative*. Conceptul reflectă ideea că cine (individ sau colectiv) beneficiază de un bun sau serviciu trebuie să-și asume și riscurile și consecințele financiare ce decurg din consum. Din această perspectivă, descentralizarea finanțării bunurilor publice locale contribuie la eficiența economică.

- *Echitate*: când bugetele sunt constrângătoare, guvernarea locală este mai bine plasată în poziția de a asigura echitabilitatea distribuirii resurselor în interiorul jurisdicției.

- *Inovare*: guvernele locale autonome sunt mai înclinate spre a experimenta noi modalități de prestare și livrare a bunurilor și serviciilor publice.

- *Competiție*: în cazul în care informațiile corespunzătoare comparative sunt colectate și diseminate, guvernele autonome locale pot concura eficient unele cu altele pentru a oferi servicii eficiente și eficace. Pot fi instituite inclusiv reguli de piață, oferindu-se diferite pachete de servicii la diferite rate de taxare. La nivel local poate fi benefic pentru toată lumea chiar în detrimentul serviciilor publice.

Din perspectivă opusă, există o serie de argumente economice și în favoarea centralizării (menținerii centralismului) (Levaggi și Smith, 2004). Ne referim la perspectiva opusă tocmai pentru că nu e vorba de argumente diferite, ci acestea decurg din prezumții care contrazic chiar susmenționatele argumente pro-descentralizare:

- *Informația*: asimetria informațiilor între jurisdicții și centru poate conduce la rezultate negative sub descentralizare. De exemplu, furnizorii și beneficiarii locali pot dezinforma centrul cu privire la necesitățile de cheltuire. Mai general, guvernele locale pot acționa strategic în interesul adjudecării unor alocări superioare din resursele centrale. Acest fenomen este prezumtiv important dacă alocările financiare depind de cheltuielile anterioare (dacă se perpetuează/cronicizează situația).

- *Economiile de scară*: există riscul pentru costurile de producție și de tranzacționare precum și cele manageriale de a fi superioare sub descentralizare. În particular, entitățile mari sunt capabile să asigure contracte mai favorabile din punctul de vedere al costurilor.

- *Costurile de tranzacționare*: costurile manageriale asociate cu unitățile administrative mici, costurile de informare și de gestiune a sistemului sunt mai mari multiplicat / direct proporțional și cu numărul de unități administrative. La scări mai mari, unele costuri de tranzacționare ar fi acoperitoare pentru cantități mai mari de bunuri/servicii livrate/prestate.

- *Externalitățile*: într-o anumită măsură unitățile administrative sunt interdependente. Serviciile dintr-o jurisdicție pot afecta (pozitiv sau negativ) situația din alte jurisdicții. Aceste interdependențe sugerează un rol de jucat pentru guvernarea centrală.

- *Echitate*: guvernele locale neîngrădite pot crea și implementa sisteme diverse de taxare și prestare care cresc inegalitatea între jurisdicții și provoacă mobilități sau conflicte între jurisdicții.

- *Macroeconomie*: Acțiunile guvernelor locale pot crea importante efecte macroeconomice adverse. Acest lucru este, de exemplu, un argument deseori invocat pentru impunerea unor controale stricte de împrumut asupra guvernelor locale autonome.

- *Competiția*: dintre jurisdicții este mai degrabă dăunătoare decât aducătoare de beneficii. De exemplu, dacă jurisdicțiile se competiționează pe taxe se poate cădea sub taxarea optimală având drept consecință slaba deservire a sistemului (Yeung, 2009).

Există, de asemenea, un număr de motivații suplimentare care vizează descentralizarea legate de dezbateri non-conomice cum ar fi creșterea gradului de participare și promovare a implicării democratice a cetățenilor, toate având implicații mai mici sau mai mari în eficiența și efectivitatea procesului de descentralizare. În considerarea modalității prin care aceste argumente se interferează cu particularitățile sănătății ca serviciu, trebuie analizate trei componente sociale majore: diversitatea, asimetria informației și existența externalităților.

Privitor la diversitate, literatura de specialitate, axată pe conceptul de *federalism fiscal* (Oates, 1999) s-a focalizat pe ideea că descentralizarea permite comunităților să-și configureze serviciile locale cel mai apropiat posibil de preferințele proprii. Pe de altă parte, experiența probează că diversitatea poate fi asigurată conștient sau inconștient și de către o autoritate centrală prin patronaj politic, finanțare diferențiată sau numeroase alte posibilități. Totuși, se consideră la modul general că decidenții locali sunt mai buni în a identifica preferințele decât omologii lor centrali și că formele de guvernare locală sunt mai bune în garantarea bunăstării decât autoritățile centrale. Dacă privim din perspectivă centralistă însă, cu prestații oferite la niveluri uniforme se poate ajunge la un sistem apropiat perfect de sistemele asigurărilor sociale, prin care ar exista un set de drepturi și un cadru de finanțare, iar la nivel local s-ar implementa mecanic o prescripție bazată pe un calcul simplu, ceea ce nu este cazul sistemului de sănătate. În primul rând, există o diferență între contributivitate și accesarea serviciilor medicale care ține de probabilitatea apariției problemelor de sănătate.

Apoi, nu se poate determina o cerere agregată la niveluri de categorii sociale cum se procedează în cadrul sistemelor de asigurări sociale. În fine, există paternuri diferite și modele epidemiologice diverse care diferențiază teritoriile. Multe sisteme de sănătate alocă bugete potențiale (bazate pe calcule probalactice) autorităților locale și cer administratorilor să se încadreze cererea locală în limitele acestor bugete (cu posibile reguli de compensare). Și acest sistem are multe virtuți pentru că este cvasiimposibil în practică să se facă predicții epidemiologice detaliate și predicții privitoare la schemele de tratament. Dar în medie pentru o populație foarte largă se poate atinge o anumită acuratețe în previziuni. Prin urmare, oferind un buget global se dă decidenților locali oportunitatea de a implementa și liniile de ghidare stabilite la nivel național și de a glisa pe anumite particularități locale operând compensații. Dar, pentru o bugetare adecvată, calculele trebuie să reflecte populații mai mari decât jurisdicția luată în particular. În mod clar, prin acest sistem autoritățile încearcă să restricționeze funcțiunile specifice în avantajul asigurării standardelor minime. Diversitatea poate fi conservată, dar gradul de descentralizare este efectiv redus. Având în vedere complexitatea sistemului de sănătate, spectrul de opțiuni pe gradația diversității este unul foarte larg. Măsura în care diversitatea este preferată sau eficientă în sănătate este încă subiect de dezbatere (Bankauskaite și Saltman, 2007). Însă adoptarea pe scară largă a ghidurilor clinice și a pachetelor de bază probează dezirabilitatea pachetelor uniforme din perspectiva decidenților.

Asimetria informației și descentralizarea. Recent, cercetarea s-a concentrat asupra rolului asimetriei informațiilor în determinarea nivelului optim și a naturii descentralizării serviciilor publice (Levaggi și Smith, 2004). O temă centrală a federalismului fiscal a fost evidențierea ideii că *întotdeauna localitățile beneficiază de avantaje informaționale* în înțelegerea cererii locale a furnizării bunurilor publice.

Seabright, (1996) analizând repartizarea competențelor între puterea centrală și cea regională, pe baza argumentației electorale, subliniază că avantajul descentralizării survine din faptul că autoritățile locale sunt motivate să alinieze mai bine preferințele locale.

Avantajul centralizării ar fi că permite o mai bună coordonare a bunurilor publice. În domeniul sănătății, cum se va vedea mai jos, un

efect deosebit de important îl constituie externalitățile. Dacă acestea au un impact negativ legat de echitatea de acces și echitatea în distribuirea sănătății, este dezirabil un sistem descentralizat mai aproape de cetățean. Dacă există externalități pozitive de la o unitate descentralizată la alta, este un motiv de centralizare, cum este și cazul în care localitățile (unitățile administrative) se expun aceluiași vulnerabilități identificate la nivel național. Implicația directă este că, la nivel agregat, cheltuiala va fi, de obicei, mai mare în centralizare, deoarece guvernul central ia în considerare beneficii colaterale (externalitate pozitivă) a cheltuielilor mari. Centralizarea crește, de asemenea, înclinația de a transfera resursele de la jurisdicțiile bogate la zonele sărace, prin urmare, pot beneficia localitățile defavorizate. Cu toate acestea, de centralizare ar putea beneficia și unele localități mai mult decât altele, mai ales din motive electorale prin favorizarea așa-numitelor *jurisdicții pivotale* (fiefurile electorale) (Seabright, 1996).

Gilbert și Picard (1996) presupun că guvernele centrale sunt mai puțin bine informate decât administrațiile publice locale cu privire la două aspecte esențiale ale serviciilor: *costurile de producție și preferințele locale*. Ei susțin că, dacă guvernul central ar avea informații complete asupra costurilor de producție, atunci optimă ar fi o centralizare completă. Ambiguitatea apare atunci când (așa cum se întâmplă de obicei) există informații imperfecte în ambele părți, atât în ce privește costurile cât și preferințele. În acest caz, descentralizarea este preferată, deoarece oferă sau poate proba o mai bună cunoaștere a preferințelor locale și a furnizorilor locali.

Analizele de acest gen subliniază rolul crucial al asimetriei informațiilor, în determinarea structurii optime a guvernului. Dar, așa cum susține Seabright (1996), alegerea între formele centralizate și descentralizate de guvernare este o temă foarte sensibilă, nu numai din perspectiva caracteristicilor variabile ale politicilor specifice în cauză, ci și la estimările semnificației cantitative a unor fenomene, precum, de exemplu, *responsabilitatea publică*, care sunt îndeobște foarte greu de cuantificat. În esență, în timp ce putem dezvolta teoretic util tot felul de modele de structurare a problemei descentralizării, este foarte greu de indicat recomandări utile cu privire la politica de structurare optimă a guvernării.

Externalitățile din domeniul sănătății, posibil a fi produse de descentralizare: În termeni economici, externalitățile (revărsările) se definesc ca spectrul de efecte care se răsfrânge asupra indivizilor, grupurilor sau populațiilor neimplicate într-un proces. Bunăoară, în cazul nostru, externalitățile se referă la efectele asupra rezidenților dintr-o jurisdicție provocate de măsurile altor jurisdicții. În sistemul de sănătate există suficiente date care să probeze prezența aspectelor cu efect de revărsare. Există externalități negative dar și pozitive. De exemplu, o unitate performantă finanțată într-o jurisdicție, în condiții de acces egal pentru pacienții din orice jurisdicție este o externalitate pozitivă pentru non-rezidenții jurisdicției gazdă. De importanță majoră pentru sistem este însă considerarea externalităților negative care de cele mai multe ori aduc prejudicii, pentru care jurisdicțiile evită responsabilizarea. Guvernele centrale trebuie să aibă în obiectiv de preluare și internalizare acele servicii care produc eventuale efecte de revărsare pe care altminteri jurisdicțiile le-ar ignora. Exemple de astfel de efecte pot fi identificate în orice sistem de sănătate și de aceea sunt un important motiv de intervenție centrală (Levaggi și Smith, 2004):

- *Instruirea clinică și cercetarea*, dacă ar fi lăsate la latitudinea autorităților locale ar fi practic nefuncționale. Pe de-o parte, autoritățile nu și-ar permite la nivel local o infrastructură adecvată nevoilor unui astfel de domeniu, pe de altă parte informația culeasă la nivel local nu ar putea fi în totalitate relevantă pentru prelucrare științifică. În aceste condiții jurisdicțiile ar putea adopta un comportament de "free-ride" (Venugopal, 2005) (capturarea de training și cercetare din afară, ca externalitate) fără a contribui material la dobândirea informațiilor.

- *Sănătatea publică*: dată fiind mobilitatea cetățenilor, ar exista un deficit de inițiativă la nivel local pentru acțiuni vizând promovarea sănătății, campanii de conștientizare, etc. adică servicii care generează efecte pe termen lung.

- *Inegalități*: diversitatea inerentă de preferințe ar compromite obiectivele de sănătate la nivel național. De exemplu, o jurisdicție poluată ar consuma resurse mai mari care ar împiedica existența unor obiective de interes național care nu ar cuprinde și ameliorarea situației poluării dintr-o zonă particulară.

- *Informația*: numai o autoritate centrală poate specifica și mandata colectarea și prelucrarea de date comparative (utile chiar și jurisdicțiilor) necesare unei decizionări optimale.

- *Alți factori macroeconomici*: sistemul de sănătate, deși puțin ponderat într-un buget, deține capacitatea de a influența un segment major din economie (de exemplu productivitatea și, implicit, piața muncii pot fi modificate în procent substanțial de schimbarea stării de sănătate). Pot exista elemente de sistem descentralizat care pot stimula sau inhiba mobilitatea pe piața muncii cu consecințe macroeconomice care pot determina nevoia de intervenție a statului. Totuși, în ciuda evidentelor probleme pe care le generează descentralizarea, guvernele centrale au la îndemână pârgii de absoarbere a efectelor de revărsare (internalizarea externalităților): sistemul de standarde și reguli, raportarea performanțelor (criteriile de categorizare a unităților) și stimulente financiare sau non-financiare. Acestea sunt și elementele care sunt ușor detașabile, care funcționează relativ independent de structura de bază a sistemului, în vreme ce, pentru serviciile directe către pacienți este nevoie de o anumită organizare locală democratică care să țină cont de preferințele locale.

Regulile care privesc drepturile pacienților sunt de asemenea importante pentru problematica externalităților. De exemplu, garantarea mobilității poate reduce inechitatea în caz de distribuție inegală a spitalelor după calitate. Pentru tratamente înalt specializate sau care cer performanțe de mari, pacienții au dreptul să aleagă jurisdicția în care pot fi tratați. Rămâne nerezolvată problema de proximitate, care însă poate fi asimilată unei probleme exogene, dar costurile și beneficiile calității aduse de concentrarea serviciilor de vârf pot compensa pierderea de echitate, câtă vreme este garantat dreptul la mobilitate și nu poate fi împiedicat de jurisdicțiile primitoare.

Pe lângă aceste efecte care trebuie cumpănite în demararea (sau respingerea) unui proces de descentralizare, se impune și nevoia unei evaluări a consecințelor asupra componentelor și mecanismelor directe din sistemul vizat. Câteva considerente despre impactul descentralizării în sistem au fost prezentate în secțiunea anterioară rezervată identificării problemelor ce au decurs din implementarea unei reforme. Dacă aspectele care au avut implicații asupra populației și pacienților au fost

lămurite, aici facem referire mai în detaliu la componenta care vizează managementul resurselor umane.

În mod paradoxal, resursele umane din sistemul de sănătate, deși cuprind o parte majoră a bugetului (dacă nu chiar majoritară) și joacă un rol crucial în calitatea provizionării cu sănătate, nu au fost un capitol foarte dezbătut și luat în considerare de diversele reforme care s-au succedat în sisteme. Reformele tind să se focalizeze pe „schimbări organizaționale” (descentralizare, introducerea regulilor de piață, managerierea pieței, relaționarea furnizori-prestatori-pacienți, etc.) și pe finanțarea sistemului (în termeni de decontare a prestațiilor și restructurări relative la rolurile și relația dintre sectorul public și cel privat). În ciuda rolului important pe care resursele umane îl joacă, chiar în îndeplinirea și implementarea reformelor menționate și în chestiunile de performanță, eficiență și echitate a sistemului, acest capitol nu a constituit și nu constituie un element prioritar (chiar dacă nu este totalmente ignorat) (Buchan, 2000). Bunăoară, un întreg spectru de probleme se poate corela problematicii resurselor umane vizând presupusa ameliorare a sistemului prin reformare: motivația personalului, lipsa stimulării, distribuția inechitabilă a personalului, lipsa supervizării, dificultăți în recrutarea de personal calificat, migrația personalului calificat, etc. Dincolo de faptul evident că aceste aspecte afectează sănătatea și starea de sănătate a populației în ansamblu, de importanță majoră este recunoșterea că aceste probleme nu pot fi separate de schimbările curente care au loc în sectorul sănătate. În fapt, trecerea la un sistem descentralizat are un impact notabil în problemele de personal. Acest fapt este vizibil din două unghiuri de vedere: În primul rând, descentralizarea resurselor, a autorităților și a responsabilităților a pus ea însăși în lumină aceste probleme de personal. Disiparea autorității către unitățile autonome și diminuarea controlului central au plasat pe agenda autorităților de la nivelurile mai joase ale statului problema resurselor umane așa încât problemele și contradicțiile din sector nu mai pot fi atribuite în totalitate ineficiențelor și birocrăției de la nivel central (chiar dacă statul central se face vinovat de lăsarea și dereglementarea sectorului fără o prevedere a efectelor și modalităților de absorbție în sistem a părților eliminate). În al doilea rând, descentralizarea a comportat un impact mixt asupra managementului resurselor

umane. Dacă descentralizarea poate fi asociată cu un management mai adaptabil și mai flexibil al resurselor umane, tot ea, poate genera pe de altă parte, probleme mai ales acolo unde autoritatea descentralizată nu are capacitatea sau nu are autoritatea completă să preia aceste noi responsabilități (Wang ș.a., 2002).

Important pentru orice proces este cunoașterea situației actuale (mai ales a personalului existent). Câtă vreme există un deficit de forță de muncă cu atribute diferențiate pe regiuni sau nu, o descentralizare poate afecta diferențiat regiunile și poate afecta negativ la modul general tot sistemul (exemplul cu încărcarea administrativă a personalului). De aceea, chestiunea planificării în managementul resursei umane trebuie explicit plasată pe agenda reformelor pentru a se putea corela din timp cu oportunitățile oferite de descentralizare.

De fapt, această considerație confirmă ideea prezentată pe parcursul acestui articol că descentralizarea este un proces de etapă care necesită mai întâi acomodarea sistemului. Descentralizarea poate duce la rezultatele preconizate numai dacă *precondițiile* necesare unei bune implementări sunt îndeplinite. Existența unui *cadru instituțional* și a *personalului instruit* la nivel local și regional pentru managementul sistemului descentralizat care să facă față complexității transformărilor care intervin în finanțare sau în responsabilitățile producției. Exemple de efort de planificare, preasigurare și constituire a unei capacități administrative înaintea devoluției instituțiilor centrale, des invocate de literatura de specialitate, vin tot din țările nordice. În Finlanda, de exemplu, municipalitățile au avut la dispoziție 15 ani pentru construirea capacităților înaintea preluării controlului asupra spitalelor. (Saltman ș.a., 2004). La fel Suedia, care a pornit o reformă a guvernării locale încă din 1970 a consolidat în timp zece mii de municipalități separate în 289 de structuri de guvernare optim dimensionate pentru a acoperi administrarea sistemului social și a altor servicii (Petersson, 1994). Exemple mai recente vin și din țările Baltice (Chinitz ș.a., 2004) care au pus întâi bazele unei infrastructuri guvernamentale și a unui cadru legal adecvat cu care un leadership național legitim a putut implementa treptat către nivelele subsidiare, o societate bine ordonată. În acest context, Chinitz invocă și importanța *existenței încrederii* ca atribut esențial al guvernării. Evident aceste exemple nu acoperă toate sistemele descentrali-

zate. S-a implementat descentralizare și fără pre existența acestei infrastructuri. Unitățile descentralizate furnizează de asemenea oportunități de generare a proceselor de learning care conduc până la urmă la setarea și ameliorarea din mers a configurațiilor instituționale.

Concluzii și recomandări politice

Obiectivul acestui articol a nu a fost judecarea descentralizării ca succes sau eșec, ci mai curând de a identifica efectele asupra sistemului care ulterior prin analize empirice și ale tendințelor pot furniza decidenților un material mai precis pentru planificare și finanțare.

Articolul a punctat natura multidimensională a conceptului și dificultatea de a încadra procesul pe o singură definiție. Am identificat pe exemplul României care sunt aspectele de importanță scăpată analizei decidenților și care sunt efectele adverse ale unei reforme insuficient proiectate. Apoi am trecut printr-o serie de argumente relevante în dezbaterile asupra descentralizării, în special pe trei direcții: implicațiile diversității asupra jurisdicțiilor locale, implicațiile avantajelor informaționale locale și implicațiile efectelor de revărsare între diversele jurisdicții sau niveluri ierarhice.

Diversitatea între jurisdicții și competiția care i se asociază pot induce atât comportamente pozitive cât și efecte adverse. Competiția stimulează inițiativa, inovația și eficientizarea, dar scopul competiției poate avea și rezultate adverse. O competiție pe taxare poate împinge jurisdicțiile la niveluri de taxare sub valoarea optimă, iar mobilitatea bazei de taxare se traduce prin migrarea cetățenilor sau respectiv a serviciilor provocând sau amplificând inegalități. În sistemul de sănătate aceasta se răsfrânge în pachete de servicii mai restrictive în raport cu optimalul sau poate favoriza înclinații spre diminuarea serviciilor ambulatorii care sunt cruciale pentru o stare de sănătate mai bună a populației în general. De aceea, în caz de descentralizare este important rolul statului de a asigura standardele minimale de la care să fie permisă competiția.

Literatura de specialitate nu consacră și nu confirmă existența unor intense variații în preferințele locale în ce privește serviciile de sănătate (Smith, 1997). De exemplu, este prezumabil ca fiind universal obiectivul maximizării stării de sănătate pentru orice sistem. Totuși e la fel de

rezonabilă și prezumpția că există diferențe considerabile cu care sunt gradate mărimi precum accesul sau echitatea. Date fiind aceste premise, există argumente serioase de instituire a unor nivele locale de guvernare măcar pentru solicitarea și stabilirea preferințelor locale. În acest context apare și reversul: o preocupare atentă asupra vulnerabilității proceselor politice vizând implementarea descentralizării de a putea fi capturate și deturnate în beneficiul unui grup de interese sau al altuia (fie pacienții, fie prestatorii, fie unele elite locale). Aceasta este o arie în care vigilența autorităților centrale trebuie să rămână fixată pe un anumit grad de alertă.

Unul din argumentele puernice în favoarea potențării rolului puterii centrale este existența externalităților (revărsărilor) în domeniul sistemului de sănătate. Cum am exemplificat, modelul de descentralizare preconizat și parțial implementat deja în România implică astfel de externalități. În plus, ca efect (încă neprobat prin studii la nivelul României) externalitățile pot provoca migrații nedorite de categorii de pacienți (de exemplu bolnavi cronici) către alte jurisdicții cu efect multiplicativ atât în regiunile primitoare cât și în cele părăsite. De exemplu, ponderile unor boli cronice au efecte directe majore pe piața muncii dintr-o regiune. De asemenea, modificarea configurației disponibilității și calității serviciilor are efecte adverse evidente în planul echității. În plus, există componente ale sistemului de sănătate a căror prezență nu poate fi distribuită uniform nici în sistemele perfect optime, cum ar fi educația în domeniul sănătății (în special latura studiilor superioare). Bunăoară, accesul la aceste tipuri de servicii trebuie să rămână un bun public central coordonat și nu atribuit jurisdicțiilor posesoare, caz în care aceste jurisdicții sunt generatoare de externalități. (De exemplu, spitalele universitare, pe lângă atributul de prestatoare de servicii – care în cazul românesc se subscriu unei arondări regionale – nu beneficiază de un suport și nici de o administrare regională. Acest gen de considerații converg spre un argument convingător în păstrarea unui puternic rol central al sistemului în aria standardizării, a cerințelor de performanță și raportare, și a transferurilor financiare, chiar dacă există sau trebuie instituită o guvernare descentralizată a serviciilor.

De asemenea, economiile de scară sunt citate adesea ca argument pentru centralizare. Anumite funcțiuni ale sistemului cum ar fi cercetarea și evaluarea tehnologiei ar beneficia în mod explicit de o economie de scară. Cu toate acestea, pentru restul serviciilor, deși descentralizarea necesită o utilizare mai frecventă a contractelor locale decât ar necesita un sistem centralizat, este greu de indentificat substanțiale economii de scară câtă vreme și un sistem pur centralizat necesită o anumită înzestrare cu birocrăție locală pentru a furniza eficient (optim) serviciile. Prin urmare, în termen de cost de tranzacționare, economiile de scară nu ar fi în pondere masiv ameliorată prin centralizare.

O considerație cvasifinală este aceea că un grad optim de descentralizare este probabil diferențiat pe funcțiile sistemului de sănătate. De exemplu, serviciile primare și serviciile pentru bolile cronice se pretează mult mai bine unei administrări descentralizate decât serviciile secundare. Pe de altă parte, serviciile primare comportă o arondare teritorială implicită care, coroborat cu asigurarea universală, le face mult mai greu gestionabile prin jurisdicții strict delimitate administrativ, mai ales că atât informația cât și pachetul de servicii sunt în grija autorității centrale (și nici nu este relevant către care autoritate se raportează entitățile din asistența primară) în vreme ce spitalele, ca entități compacte și localizate sunt mult mai ușor de atribuit unei anumite jurisdicții, deci mai ușor de descentralizat din perspectiva autorităților centrale. Argumentăm, prin urmare, că un nivel adecvat de descentralizare în sistemul de sănătate este o alegere politică dificilă, implicând compromisuri între obiective conflictuale. Economia serviciilor publice, ca disciplină, poate furniza informații acurate pentru dezbaterile în cauză, dar nu poate oferi recomandări tranșante. Ceea ce poate fi precizat este că un sistem optimal de organizare a sănătății presupune combinarea guvernării locale cu cea centrală prin alocarea unui rol important puterii centrale ca regulator de standarde și de fluxuri de informații, input și output relevante pentru sistem în ansamblu, în timp ce autoritățile locale își pot adjuca gestiunea producției (distribuirea și decontarea serviciilor după preferințele locale). Dar este dificil de văzut cum acest localism poate fi atins în mod real (mai mult decât retoric) fără un sistem local robust înzestrat cu autonomie financiară, capacitate de colectare și o acoperitoare putere de decizie.

Mulțumiri

Această lucrare a fost realizată în cadrul proiectului „Studii postdoctorale în domeniul eticii politicilor de sănătate” cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007- 2013 și implementat de Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași în cadrul contractului numărul POSDRU/89/1.5/S/61879.

Bibliografie

1. Bankauskaite. V, Saltman R.B., Vrangbaek K. (2004) *The Role of Decentralization of European Health Care Systems*, Institute for Public Policy Research Report.
2. Buchan J. (2000). Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom. *Health Policy and Planning* 15(3): 319-325.
3. Chinitz D, Wismar M, LePen C. (2004) Governance and (self –) regulation in social health insurance systems. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J.(editors). *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Open University Press.
4. Collins C. (1994) *Management and Organization of Developing Health Systems*. Oxford University Press: Oxford.
5. Enikolopov R. , Zhuravskaya E. (2007). Decentralization and political institutions. *Journal of Public Economics*. 91, 2261–2290.
6. Gilbert, G. and P. Picard (1996). Incentives and optimal size of local jurisdictions. *European Economic Review* 40(1), 19-41.
7. Government of Romania, Ministry of Health, *National Strategy to Rationalize Hospitals*, available at: www.ms.gov.ro/(2012)
8. Law nr. 95/2006 with the subsequent amendments and completions, regarding the Reform in the field of Health (2010) available at: www.ms.gov.ro/

9. Levaggi R., Smith, P. (2004) *Decentralization in health care: lessons from public economics*, Conference on Economics and Health Policy-Centre for Health Economics, University of York.
10. Mintzberg, H. (1979) *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
11. Oates, W.E. – (1999) An Essay on Fiscal federalism. *Journal of Economic Literature*, 37(3):1120-49.
12. Petersson O. (1994) *The Government and Politics of the Nordic Countries*. Fritzes, Stockholm.
13. Pokharel B. (2000) *Decentralization in Health Services*. WHO report. WHO Project: ICP OSD 001.
14. Porto M. (2009) Decentralization and Structural Policies: The European Experience. J.C. Oliveira and P. Cardinal (eds) *One Country, Two Systems, Three Legal Orders – Perspectives of Evolution*, Springer, Berlin Heidelberg.
15. Rubinchik-Pessach A. (2005) Can decentralization be beneficial? *Journal of Public Economics* 89. 1231–1249.
16. Saltman R.B., Bankauskaite. V, Vrangbaek K. (2007) *Decentralization in Health Care*. The European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press.
17. Saltman, R., V. Bankauskaite and K. Vrangbaek (2003) *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. Available at: http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20031112_1.
18. Saltman R.B., Busse R., Figueras J. (eds)(2004) *Social Health Insurance Systems in Western Europe*, Open University Press.
19. Seabright, P. (1996). Accountability and decentralization in government: An incomplete contracts model. *European Economic Review*, Elsevier, vol. 40(1), 61-89.
20. Smith B.C. (...) The decentralization of health care in developing countries: organizational options. *Public Administration. Development* . Vol.17, 399-412 John Wiley & Sons, Ltd.
21. Venugopal, J. (2005) Drug imports: the free-rider paradox. *Express Pharma Pulse* 11 (9).

22. Wang Y., Collins Ch., Tang S., Martineau T. (1997) *Health Systems Decentralization and Human Resource Management in Low and Middle Income Countries*.

23. Werlin H. (1992) Linking decentralization and centralization: a critique of the new development administration. *Public Administration and Development* 12: 223–235.

24. Yeung R. (2009) The Effects of Fiscal Decentralization on the Size of Government: A Meta-Analysis. *Public Financial Publications, Inc.*