

REȚELE DE SĂNĂTATE. STRUCTURĂ ȘI GUVERNARE. IMPLICAȚII PENTRU ECONOMIA SOCIALĂ

Doru Botezat^[1]

Rezumat

Acest articol pornește de la o analiză sistematică a literaturii specialitate pe subiectul integrării serviciilor de sănătate și a rețelelor, încercând să ofere explicații relevante pentru înțelegerea sistemului de organizare a serviciilor în rețea. Pentru început, articolul pune în lumină dinamica instituțională și spațială, care conduce la configurațiile de tip rețea. Apoi, sunt analizate procesele și măsurile care pot servi ca instrumente de planificare aflate la îndemâna politicilor, conturându-se câteva principii de guvernare a rețelelor din domeniul sănătății. În final, articolul prezintă câteva modele de configurare a rețelelor de sănătate consemnate de literatura de specialitate și pune în discuție corelația dintre evoluția naturală spre aceste noi forme de organizare a gestiunii și noile principii ale economiei sociale ca evoluție sistemică a organizării statului. Metodologic, articolul a rezultat din căutarea, selectarea, evaluarea și rezumarea unor lucrări axate pe economia sistemelor de sănătate și politici în domeniul sănătății.

Cuvinte cheie: *rețea de sănătate, sistem de sănătate, guvernarea rețelelor*

1. Structuri de rețea

În viziunea Organizației Mondiale a Sănătății, „de acum înainte, datorită resurselor limitate, țările vor fi constrânse să se deschidă la soluții noi și la noi moduri de gândire” (Kickbush, 2003, p. 383). Acest argument rezultă într-o recomandare: *de a se lua în calcul un sistem integrat de sănătate, sau, în alți termeni, sănătatea să fie considerată ca un întreg și nu doar ca „îngrijire” sau ca o industrie cu furnizori și clienți* (Fleuret, 2009). Din această perspectivă, crearea de rețele pare a fi

^[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.

„soluția universală”, „paradigma secolului XXI” (Bailly, Bernhardt și Gabella, 2006 p. 58). Cu toate acestea, dezvoltarea rețelelor de sănătate nu se realizează în aceleași moduri și condiții. Literatura de specialitate abundă de concepte asimilabile rețelelor de sănătate: îngrijire integrată, servicii integrate, managementul de caz, continuitate în îngrijire, îngrijire coordonată, îngrijire comprehensivă etc. (Nolte și McKee, 2008; Kodner, 2009, Shigayeva ș.a, 2010). Mai mult, sistemele de sănătate astfel configurate și gestionate, adică după regulile acceptate în literatură ca fiind „de rețea”, diferă prin aranjamentele de guvernare, normele de reglementare, normele de conducere și fluxurile de finanțare, mixul între abilități și calificări, structurile politice, instituționale și profesionale, precum și valorile culturale. Toate modelele, însă, pot fi subsumate unor principii unificatoare dictate de evoluția naturală a societății și de asimilarea unor noi exigențe de către guvernarea publică. Vorbim, în primul rând, de o *componentă demografică* a acestei evoluții, incluzând problematica generată de creșterea populației și de schimbarea structurii populației care implică și o creștere a complexității și a volumului de servicii. De exemplu, îmbătrânirea populației, dublată și de progresele medicinei, schimbă ponderea în tipologia serviciilor de îngrijire încărcând sistemul primar de asistență și degrevând sistemul secundar. În al doilea rând, există o *componentă geo-economică* vizând acoperirea teritoriului și accesul tuturor comunităților la servicii, precum și finanțarea echitabilă și acoperitoare a sistemului în noile condiții economice (de criză economică, în general și de subfinanțare cronică și criză în sănătate). De asemenea, noile tehnologii și progresul științific adaugă dimensiuni noi la domeniul de sănătate și crează noi servicii. În fine, există și *componenta socială* determinată de nevoile de asistență, de principiile economiei sociale și ale statului bunăstării care sunt asimilate de statele moderne ca fiind obligatorii (în anumite grade) și care statuează necesitatea asigurării accesului la sănătate pentru categorii largi de populații și pentru grupuri sociale vulnerabile. În acest mod, sistemul de sănătate devine o componentă a sistemului de asigurări sociale sau, cel puțin, cele două își interferează sferele de interes. Toate aceste componente au împins sistemele de sănătate către o gestiune comunitară (în sens social) și locală (în sens geografic) ca niveluri la care se poate asigura mai facil eficiența și

echitatea în condițiile acestei complexități. În acest sens, apelul la rețele este deplin justificat.

În epoca modernă, oamenii se confruntă frecvent cu ideea de „networking”, atât în activitățile lucrative cât și în contexte mai puțin formale (rețele de prieteni, rețele sociale). În termeni generali, rețelele presupun o desfășurare spațială de noduri și linii. Nodurile sunt acele puncte care se instituie extensiv în rețea, care concentrează actorii principali și care poartă/transmit informații și prestează acțiuni. Nodurile sunt unite și conexate prin linii care asigură difuzia serviciilor și fluxurile informaționale. Atât nodurile cât și liniile comportă o dimensiune fizică, materială (infrastructura fizică și logistica) cât și una „logică”, necorporală, care ține de organizare și procedură. În aceste contexte, „sociograma” unei rețele poate varia aproape zilnic, dar un anume patern, probabil, rămâne constant. Grandori și Soda (1995) se întrebă în acest sens dacă este posibilă dezvoltarea unei clasificări a formelor pe care le iau rețelele.

Raportat strict la aria de deservire a sănătății, rețele ar presupune *integrarea coordonată a serviciilor ținând cont de o componentă instituțională și de dimensiunea și limitările spațiale*. Această definiție nu poate oferi o imagine explicită asupra naturii organizaționale a rețelei. Care ar fi, de exemplu, diferența structurală între o rețea de informare în domeniul sănătății și o rețea de livrare de îngrijire la domiciliu? Din astfel de exemple s-ar putea extrage și criteriile de asociere între organizații care rezultă în diverse configurații. Aceste criterii ar fi un instrument util în alegerea corectă a tipului de rețea potrivit tipurilor de procese și activități deservit.

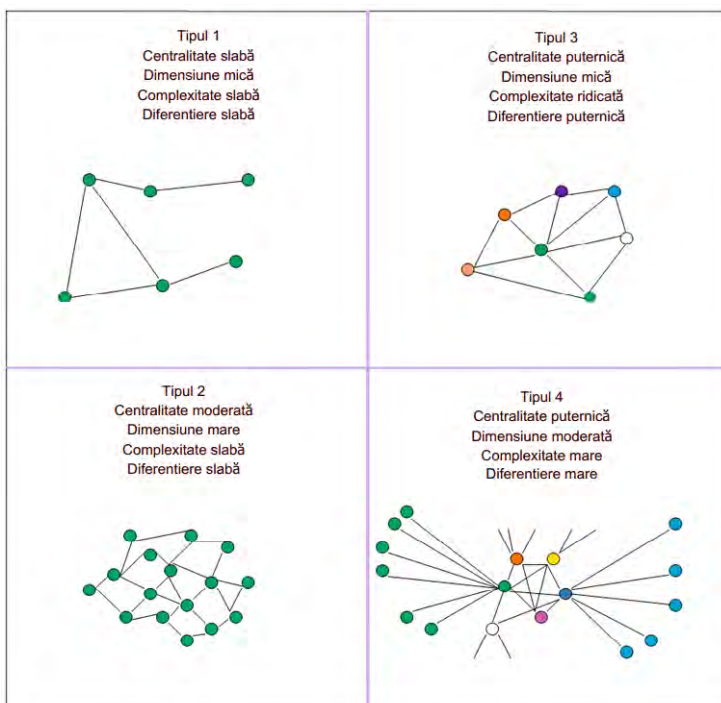
Hage și Alter (Warner și Gould, 2009) au dezvoltat două formate tipologice asociate rețelilor analizate în domeniul sănătății și al asistenței sociale. Mai întâi, bazat pe analiza studiilor de caz, au prezentat o *tipologie descriptivă* a relațiilor inter-organizaționale apoi, utilizând rezultatele cercetărilor proprii în domeniul sistemelor de sănătate și de asistență socială, au generat o *clasificare* mai *tehnică* a structurilor în rețea.

Descriptiv, rețele se pot așeza pe o axă a nivelelor de complexitate după statutul relațional dintre membri pe care autorii l-au ierarhizat pe trei trepte: obligație, promovare și producție. *Obligația* se rezumă la

schimburile uzuale din rețelele sociale (și practic este asimilabilă pieței): oamenii se găsesc în diverse tranzacții care obligă la menținerea unor legături informale între indivizi. Situațiile cu complexitate minimală nu cer decât foarte puțină coordonare. *Promovarea* implică mai multă formalitate și nevoia unei comunicări mai robuste. În fine, rețelele care presupun *producție* au cerințe complexe precum grade avansate de cooperare și coordonare.

Clasificarea tehnică rafinează această conjectură pe patru tipuri de bază rezultate din situarea pe cîte o axă a două dimensiuni: *gradul de diferențiere* (eterogenitatea) și *gradul de centralizare și integrare*. Pentru simplificare, autorii nu au luat în calcul și dimensiunea rețelei, ea neinfluențând tipologia tehnică, dar au considerat totuși dimensiunea ca atribuabilă tipului de rețea rezultat din clasa tehnică. De exemplu, o rețea diversă și foarte centralizată va fi obligatoriu de dimensiuni mici. De asemenea, autorii au asimilat complexitatea cu gradul de diferențiere. O ilustrare grafică a acestei tipologie este prezentată în fig. 1.

Fig. 1. Tipologia structurală a rețelelor adaptată după Hage și Alter (Warner și Gould, 2009)



2. Guvernarea rețelelor

Un alt aspect în înțelegerea naturii organizaționale de tip rețea este decriptarea mecanismului de coordonare a activităților între entități cu interese și obiective potențial diverse sau chiar adverse. Este evident că rețelele au nevoie de o guvernare a mecanismului intern de funcționare. În termeni generali, guvernarea se referă la procesul de luare a deciziilor în administrație sau în cadrul organizațiilor. Funcțiile sale principale sunt: formularea direcției politicii strategice, generarea de informație și metodologii, exercitare de influență asupra reglementărilor și alocarea și asigurarea responsabilităților. Dacă ne referim la servicii publice, acestea au loc la diferite niveluri (național, regional și local) și pot cuprinde sistemele ca întreg sau numai sectoare ale sistemelor.

În cazul rețelelor, guvernarea capătă anumite particularități. De exemplu, se pune întrebarea *cum pot fi generate și menținute scopul și obiectivele într-o rețea*, câtă vreme există mai multe centre de putere și instituții de sine stătătoare? În esență, răspunsul aici se referă la chestiuni de coordonare și de control, care înseamnă tot guvernare, dar care se exercită pe paliere diferite. Dacă la ierarhii sau piață, experiența este cvasicomună, cunoscute fiind rolul autorității și, respectiv, al mecanismelor prețurilor, la rețele, percepția guvernării este o noțiune destul de vagă (nu și percepția necesității ei). Există, desigur, o serie de mecanisme de coordonare și control care sunt comune cu alte forme de organizare, dar ponderea cea mai mare o au mecanismele cooperative, adică toate formele de înțelegeri și contracte, dublate de măsuri de facilitare a fluxurilor intra-rețea (cooperarea poate încetini unele procese datorită negocierii). Grandori și Soda (1995) includ aici măsurile de stimulare, sistemele de informare, precum și de planificare și control-de-rezultate.

Rețelele se bazează foarte mult și pe disponibilitatea infrastructurii comunicațiilor și pe abilitățile de negociere ale actorilor. Împreună, acestea reflectă rolul sperat al așa-numitului „*mecanism social*” în menținerea activității specifice unei rețele. Din această perspectivă, o descriere a guvernării în rețea este că aceasta *presupune un set rafinat, persistent, și structurat de entități autonome care se implică în produsul rețelei pe baza de contracte implicite și deschise*. Aceste contracte sunt „sociale”, nu „legale” (Jones, Hesterly și Borgatti, 1997). Unii autori

extind aceste contracte pe dimensiunile sociale și se referă la macrocultură, sancțiuni colective și reputație, iar alții pun în evidență încrederea și angajamentul (Warner și Gould, 2009). Astfel, selecția sau aderarea la rețea este deja o recunoaștere a faptului că există o competență care va completa sau suplimenta obiectivele de rețea. Susținerea rețelei depinde astfel de încrederea mutuală, inter-încurajare și dedicație. Numai în prezența acestor caracteristici se vorbește de o așa-numită *autoreproducere* a rețelei sau despre *autopropulsie*. Practic, membrii rețelei aporțează în permanență elemente de cultură și contribuie la realizarea obiectivelor, iar prin fluxuri succesive realimentează și spectrul de nevoi.

Simplificând, problema de guvernanta a rețelelor se rezumă la perpetuu balans între *diferențiere și integrare*. Teoretic, orice dezbatere despre natura și forma integrării poate fi pusă în termenii întrebării lui Coase (1988) (*de ce nu poate avea loc întreaga activitate într-o singură organizație?*). Tot imposibil practic, dar mai puțin exagerat, unii autori susțin că nu se pot postula limite stricte pentru dimensiunea organizației (Kickbush, 2003). Cu toate acestea, deoarece, și diferențierea permite organizațiilor să își atingă obiectivele, potrivit acestor autori, organizațiile cele mai de succes sunt cele care pot echilibra eficient diferențierea și integrarea. Această provocare în a găsi un echilibru între diferențiere și nevoia de integrare și coordonare, care încurajează oamenii să lucreze împreună în mod eficient la o misiune organizațională comună tuturor scoate în evidență una din tensiunile fundamentale identificate în teoria și practica organizațională (Jaffee, 2001). Ca urmare a modificărilor în diviziunea socială a muncii care au dus la specializare și diferențiere (sau la complexitatea crescută a sistemului), există o interdependență în creștere în rândul organizațiilor din ce în ce mai specializate și respectiv o dispută a resurselor pe care le necesită (Jaffee, 2001).

Alte teorii pun guvernarea într-un context mai tehnic și mai liberal (Bernier, 2003). Bunăoară, guvernarea unei rețele nu este altceva decât o presetare a condițiilor de interconectare între actori și de eliminare a obstacolelor. Bazat pe ideea autopropulsării mecanismului de funcționare al rețelelor, guvernarea este o activitate de asigurare a climatului

propice autodezvoltării prin crearea de condiții sau pași premergători și îndepărtarea barierelor.

Crearea unor lanțuri coordonate de asistență în domeniul sănătății cere cel puțin trei pași (Fleuret, 2009):

- primul este conștientizarea și evaluarea nevoilor de informare, acces, îngrijire și alte servicii. Adesea nevoile sunt evaluate aposteriori prin măsurarea consumului de servicii.

- al doilea pas este îndepărtarea partițiilor care compartimentează sistemul local.

- al treilea pas preliminar este delimitarea teritoriului rețelei.

Ideea, exprimată în termeni geografici, este asigurarea faptului că orice individ poate accesa o gamă de servicii într-un perimetru rezonabil în raport cu mediul său de viață. Rețeaua, mai ales cea locală, este răspunsul acestei necesități, ea permițând furnizorilor să partajeze sarcinile și instrumentele pentru o alocare rațională la nivel local. Mai trebuie notat că ea aduce unele schimbări de comportament și obiceiuri profesionale, dar, în același timp, favorizează emergența unor practici inovative care implică cooperare strânsă între actori (Fleuret, 2009). Setarea rețelelor este, de asemenea, o modalitate de a remedia (deși cu rezultate neuniforme) creșterea cheltuielilor din sănătate și reducerea fragmentării spațiale. Începând cu anii '80, mai multe țări occidentale au efectuat restructurări teritoriale (Fleuret, 2009) care au dus la fuziuni, grupări, carteluri cu scopul de a externaliza costurile, precum și pentru a salva costurile totale. Aceste strategii de restructurare au vizat, în principal sectorul spitalicesc secundar (de exemplu, închiderea de departamente sau de spitale) și au condus la încărcarea sistemului ambulatoriu prin reducerea timpilor de spitalizare și favorizarea îngrijirii „extra muros”. Pentru Bernier (2003), această schimbare a dus, pe lângă reducerea costurilor prin reducerea duratei de spitalizare, la îmbunătățirea serviciilor de bază și de specialitate la domiciliu oferite de sistemul de sănătate și de rețelele de servicii sociale. Consecința trecerii la îngrijirea la domiciliu este în fapt, o schimbare substanțială în scara de livrare de îngrijire. Pentru Cartier (2003), principala transformare a fost fragmentarea prin externalizarea unor tipuri de servicii de îngrijire, inclusiv non-medicale sau de lungă durată.

Privitor la eliminarea obstacolelor, pasul inițial este identificarea acestora. Provocarea cea mai mare la nivelul politicii locale este împăcarea stakeholder-ilor. Poziția și puterea exercitată local de diverși decidenți sunt obstacole foarte greu de surmontat în situația existenței unui spectru organizațional foarte larg care include servicii de sănătate, autorități locale, sector privat și sectorul voluntariatului. Fiecare organizație nu are numai strategii separate și management individualizat, dar și un spectru profesional cel mai adesea situat pe diverse niveluri sociale.

Este probat de studii empirice (Jaffee, 2001) faptul că organizarea tip rețea este superioară ca eficacitate unor structuri ierarhice. Dar, de foarte multe ori, status-quo-rile precedente au un grad de încastrare socială care este dobândit prin evoluții mai mult sau mai puțin naturale. Astfel, dacă locul sau regiunea nu au o cultură a colaborării și aranjamentelor colective nu se pot sedimenta astfel de aranjamente decât, poate, prin inginerie socială (Woods, 2001). Adresarea spre complexe probleme legate de determinanții sănătății de o manieră coordonată și cu un număr mare de organizații cere abordări inovative care să impună noi trenduri sociale.

Woods (2001) clasifică diversele obstacole care intervin în procesele de integrare după următoarea schemă:

- *Obstacole structurale*: care țin de fragmenarea responsabilităților de livrare a serviciilor între agenții și sectoare și de potențialele competiții între sisteme și subsisteme.

- *Obstacole procedurale*: care vizează diferențe în orizonturile de planificare și ciclurile de producție, diferențele în ciclurile bugetare și în proceduri, diferențe în sistemele de informații și în confidențialitate și acces etc.

- *Obstacole financiare*, constând în diferențe în mecanismele de finanțare, diferențe de stocuri, fluxuri și resurse financiare.

- *Obstacole profesionale*: ideologii competitive (în funcție și de poziția social-profesională), interese profesionale opuse, valori diferite, autonomie, competiții inter-profesionale, orgolii profesionale chiar în cadrul aceleiași nișe, securitatea angajării etc.

- *Obstacole de status și legitimitate*-interese conflictuale între organizații, autonomie, competiție inter-organizațională și diferențe de legitimitate între structuri alese și structuri administrative.

Alte posibile obstacole pot fi descoperite în situații contextuale: (supra)încărcarea cu muncă a unui sector, componentă a rețelei; inconsistența între sănătate și alte sisteme ca obiective și priorități pentru comunitate (conflicte între sisteme pentru alocarea resurselor); percepția generală, implicit, așteptarea că doar autoritățile din sănătate sunt responsabile, cultura conflictuală, lipsa cooperării.

Obstacole în calea integrării au o paralelă în conceptul de „limite”. În literatura de specialitate „limitele organizatorice” sunt un termen familiar. În anii '70 Aldrich și alții au dezvoltat conceptul de „limite” ca factor de dezvoltare în domeniul interorganizațional (Williams, 2002). Pe scurt, contrastul și comparația între bariere și limite este instructiv. Ca metaforă, o barieră semnifică ceva impenetrabil, rezistent la schimbare. În managementul instituțional, barierele pot fi foarte oportune ca mijloc de pază a drepturilor și de definire a responsabilităților. Serviciile umane, de multe ori, se încadrează în această categorie. Pe de altă parte, atunci când se analizează aspecte precum integrarea unor activități, *limita* este un termen mult mai util și permisiv. Limitele pot fi elastice, permeabile sau pot să ofere posibilitatea de adaptare sau de difuzie și schimb. În realizarea integrării prin alte mijloace decât asociere formală, „acoperirea limitelor” înlocuiește „înlăturarea barierelor”. Problema reziduală rămâne în întrebarea cu privire la cine sau ce face ca aceste limite să se întindă sau extindă. Warner și Gould, (2009) identifică patru domenii emergente de competență în care limitele sunt elastice sau greu de stabilit cu precizie:

- Relațiile între membrii rețelei: comunicarea/înțelegerea și soluționarea conflictelor/climatul de încredere.
- Managementul non-ierarhic bazat pe influențare/negociere/brokeraj.
- Interdependențele pentru care nu există/nu sunt specificate dimensiunile.
- Gestionarea rolurilor și responsabilităților – nu există/nu sunt specificate dimensiunile.

Date fiind aceste obstacole sau limite, gestionarea rețelelor implică obligariu nevoia de coordonare. Coordonarea este descrisă drept *calitatea relației dintre actorii umani într-un sistem de lucru*. Adesea este echivalată cu cooperarea. Dar calitatea relației este un termen larg care ar putea include aspecte tehnice și de comunicații. Hage și Alter (Warner și Gould, 2009) definesc coordonarea *drept un proces evolutiv care, pornind de la niște prezetări, prin cooperare culminează cu integrarea*. Thompson (Warner și Gould, 2009), de asemenea, indică faptul că integrarea depinde de procesul de coordonare la diferite niveluri de organizare: *coordonarea administrativă și coordonarea operațională* pe coordonata „orizontală” și, respectiv, coordonarea între nivelul reglementativ, executiv, management, practicieni și publicul larg pe „verticală”. Chiar proliferarea serviciilor constrânge furnizorii de servicii de la funcționarea ca un sistem coordonat prin creșterea numărului și tipurilor de (inter)dependențe.

În rezumat:

- Nu toate formele de acțiune integrată pot fi atinse prin eliminarea barierelor.
- Trebuie să ne gândim atât în termeni de bariere, cât și de limite.
- Limitele pot fi „elastice” prin comunicare și coordonare.
- Coordonarea implică înțelegerea gamei de dependențe și de proiectare a proceselor care au ca rezultat integrarea.

În consecință, guvernarea unui sistem integrat de livrare a serviciilor de sănătate presupune: unirea unor viziuni diferite, misiuni, structuri organizatorice și culturi, evitarea concurenței inutile și distructive între furnizorii de servicii, crearea unei abordări multi-disciplinare de luare a deciziilor, promovarea unei abordări colaborative pentru furnizarea de servicii.

3. Modele practice de integrare în sectorul sănătății. Corelarea rețelelor cu economia socială

Selectarea celei mai adecvate structuri depinde de obiectivele participanților și de factori financiari, legali și politici. Modelele organizaționale de bază pot fi clasificate după gradul de integrare și după sistemul de finanțare. Nivelul de integrare, cum s-a arătat, depinde de piață,

de abilitatea de cooperare, factori politici, considerații legale, finanțare, nevoi de personal, resurse și nevoile de îngrijire ale populației și de obligațiile de asistență ale economiei sociale.

Sistemele integrate pot fi forme de joint ventures (Sanders, 2006). Un joint venture este un aranjament legal între două sau mai multe entități cu scopul de a livra un nou serviciu, produs sau amândouă. În fapt, un *joint venture* este o relație de filiație între entități, una acordând celeilalte dreptul de a presta un serviciu pe care îl deține în portofoliu cu toate atributele sale. Participanții la un astfel de aranjament partajează, de regulă, riscurile și beneficiile asocierii (Sanders, 2006).

Parteneriatele sunt o altă formă de urmat. Există *parteneriate deschise* în care controlul este gestionat de parteneri în mod egal, fiecare păstrându-și autonomia iar riscurile și pierderile fiind partajate și *parteneriate limitate* în care există un partener principal și unul sau mai mulți parteneri limitați. Partenerul principal deține managementul întregului parteneriat, iar răspunderea partenerilor asociați se rezumă la limita investiției adăugate.

Câteva posibile forme de parteneriat consemnate de literatură în țările cu un anumit avans al formelor de integrare (Beckham, 1993; Rosenbaum ș.a. 2011):

- *Aranjamente referențiale* – în care părțile își distribuie sau recomandă servicii unele altora pe o bază preferențială.
- *Aranjamente de co-localizare*, în care un furnizor, în baza unui parteneriat convine să ofere asistență într-o altă locație (a partenerului), dar nu se modifică cu nimic statutul partenerilor. De exemplu, un doctor dintr-o instituție se duce să ofere tratament într-un spital de boli mintale.
- *Aranjamente contractuale non-exclusive* – în care un centru medical sau mai mulți parteneri contractează împreună un serviciu sau un echipament pentru a opera în beneficiul tuturor. De exemplu, un centru medical poate intra în parteneriat cu un centru de planificare familială și pot utiliza logistică și infrastructură pentru programe comune. Fiecare parte rămâne de sine stătătoare, dar colaborează pe un anumit serviciu (sau poate aplica un proiect de finanțare comun). O formă particulară a acestui tip sunt *aranjamente de leasing* care permit unor

entități de regulă spitale să controleze un serviciu fără o investiție masivă de capital sau fără să fie nevoie de o nouă organizație.

- *Aranjamente de tip umbrelă* – mai multe centre de sănătate se angajează în multiple colaborări și în planificare comună pe bază de afiliere. Partenerii rămân independenți, dar se pun de acord să colaboreze pentru diverse scopuri (de exemplu, își pot pune în comun sistemele de informații electronice sau serviciile de laborator).

- *Strategii de integrare între parteneri* –care implică și aranjamente legale prin care parteneri mari se angajează în dezvoltarea unor parteneriate formalizate (exclusiv preluarea controlului). De exemplu, autoritățile locale asociate cu un spital regional convin să adopte o strategie la nivel regional-acest tip de afiliere poate avea implicații legislative sau administrative pentru o comunitate, dar nu implică și controlul asupra entităților.

- *Grupuri de practică „fără ziduri”*. Un astfel de grup este o rețea de practicieni care au creat o entitate de sine stătătoare cu statut juridic, dar fiecare își menține propria locație de practică (asemănător aranjamentelor referențiale, cu deosebirea că e o formă de asociere contractuală). Poate deține și o structură centrală de bunuri și echipamente accesibile partenerilor și facilități de management și servicii administrative. Ideea de bază este de a lega diverse amplasamente care pot oferi servicii complementare sau de a diminua sau anula competiția dintre funcțiuni similare

- Crearea de *noi centre* sau transformarea unor instituții în centre de sănătate în baza unor acorduri între entități mai mici. De exemplu, transformarea unui spital în lichidare în centru de sănătate sau extensia unui centru de asistență socială la servicii medicale.

- Crearea de *noi centre non-medicale*, separate dar guvernate sau afiliate unor centre de sănătate- acoperă situații în care instituțiile medicale au nevoie de servicii non-medicale și convin asupra achiziționării sau înființării de astfel de servicii. Există multiple tipuri de entități cu scop special formate de instituțiile medicale în colaborare cu alți furnizori fie pentru profit, fie non-profit: de exemplu, organizații de management, rețele de furnizori, pacienți, centre de educare și prevenire, centre de planning familial, centre antidrog, centre farmaceutice etc.

• Nivelul maxim de integrare îl pot atinge *aranjamentele de tip corporatist* sau așa-numitul *furnizor integrat*. O corporație oferă management centralizat și deci implicit beneficiul răspunderii limitate a celor arondați. Un furnizor integrat oferă o umbrelă comprehensivă, corporatistă pentru managementul unui sistem diversificat de servicii de sănătate. Sistemul include spital(e), grupuri de practicieni, planuri de sănătate și alte operații de îngrijire. Are capacitatea de a deservi diverse niveluri de îngrijire și servicii de sănătate la pacienți din arii geografice. Marea schimbare pe care o aduce acest sistem constă în implementarea unui plan de sănătate. Cu acest adaos cuvântul integrare atinge sensul său deplin (Demetriow, 1997). În toate celelalte forme de colaborare entitățile caută fie o prestație, fie o plată. Furnizorul integrat este atât furnizor cât și plătitor pentru că implică pacienții în planul de sănătate, stabilește și încasează prime și oferă îngrijire. Prin urmare, toate serviciile sunt integrate pe verticală. Gradul ridicat de integrare permite implicarea medicilor în activitățile de planificare strategică la nivel de administrație. Alte avantaje includ: colectarea îmbunătățită de informații și integrarea statisticilor de operare, consolidarea activităților de evaluare și a capacității de utilizare a controlului costurilor. Dublarea serviciilor este mult redusă la acest nivel de integrare.

În concluzie, cheia selectării celui mai bun model organizațional de integrare este potrivirea nivelului de integrare cu modelul care permite atingerea obiectivelor și misiunii. Toate aceste forme enumerate mai sus, în ciuda evidentei diversități, au câteva caracteristici comune. Indiferent de implicarea sau participarea în aceste configurații a autorităților publice, toate instituțiile presupun o asociere voluntară cu un scop care, deși nu exclude profitul, este adresat interesului general. Motivația economică este una reală, dar ea vizează eficientizarea unor prestații comunitare finanțate prin mijloace ținând de sistemele de asigurări care nu exclud, în subsidiar, obținerea de profit. Din această perspectivă, rețele de sănătate se înscriu pe trendul de dezvoltare generat de aplicarea conceptului de *conomie socială* în politicile publice. Dar mai pregnant racordată la modelul economiei sociale pare a fi dimensiunea exclusiv *comunitară* și/sau *locală* a acestor forme de organizare. Fie că sunt aranjamente de tip corporatist, fie că sunt centre de interes public sau doar rețele referențiale, aceste organizații deservesc

zone restrânse teritorial și sunt adresate comunităților în ansamblu sau unor componente comunitare predefinite. Evident, această calibrare are la bază rațiuni de eficiență economică, dar este legată și de ameliorarea accesului și de echitate în acces pentru grupurile vulnerabile din comunitate. În fapt, aceste forme de rețea pot fi asimilate întreprinderilor sociale definite într-o accepțiune nouă ca *organizații care aplică strategii comerciale pentru a maximiza serviciile de bunăstare și de mediu, mai degrabă decât pentru maximizarea profitului pentru acționarii implicați*, deosebită de accepțiunile mai vechi care plasau întreprinderile sociale exclusiv în sfera serviciilor de caritate (Ridley-Duff și Southcombe, 2011). Caracteristic acestor sisteme rămân organizarea în cooperare mutuală și existența unei activități cu dimensiune socială care implică și o responsabilitate socială.

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. Bailly, A., Bernhardt, M., și Gabella, M. (2006). *Pour une santé de qualité en Suisse. Economica*, 161-183.
2. Beckham, J. (1993). *The Architecture of Integration. Healthcare Forum Journal*, 56-63.
3. Bernier, N. (2003). How health care reform impacts social policy and social redistribution. *Canadian Review of Social Policy/Revue Canadienne de politique sociale*, 52(fall/winter), 51-66.
4. Cartier, C. (2003). *From home to hospital and back again: Economic restructuring, end of life, and the gendered problems of place-switching health services. Social Science & Medicine*, 56(11), 2289-2301.

5. Coase, R.H. (1988). *The Firm, the Market and the Law*. The University of Chicago Press, Chicago.
6. Demetriow, A. (1997). *Integration Models*. Texas Health Law Conference. Austin.
7. Fleuret, S. (2009). *Networks in local health systems: towards new spaces? GeoJournal*. Springer Science+Business Media B.V.
8. Grandori, A., și Soda, G., (1995). *Inter-firm networks: Antecedents, mechanisms and forms*. *Organization Studies*, 16(2), 183–214.
9. Jaffee, D. (2001). *Organization Theory: Tension and Change*. New York: McGraw-Hill Higher Education.
10. Jones, C., Hesterly, W., și Borgatti, S. (1997). *A general theory of network governance: Exchange conditions and social mechanisms*. *Academy of Management Review*, 22(4), 911-945.
11. Kickbush, I. (2003). *The contribution of the World Health Organisation to a new public health and health promotion*. *American Journal of Public Health*, 93(3), 383-388.
12. Kodner, D. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly* 13 (Spec No), 6-15.
13. Nolte E, McKee, M. (2008). *Integration and chronic care: a review*. Nolte E, McKee M (eds). *Caring For People With Chronic Conditions: A Health System Perspective*. Maidenhead: Open University Press, 64-91.
14. Ridley-Duff, R. J. & Southcombe, C. (2011). *The Social Enterprise Mark: a critical review of its conceptual dimensions*. *The 34th International Small Business and Entrepreneurship Conference*. Institute for Small Business & Entrepreneurship. Sheffield.
15. Rosenbaum S., Zakheim, M., Leifer, J., Schulte J., Margulies R. (2011). *Assessing and Addressing Legal Barriers to the Clinical Integration of Community Health Centres and Other Community Providers*. Commonwealth Fund pub. no. 1525.
16. Sanders, M. (2006). *Joint Ventures Involving Tax Exempt Organizations, 2005 and 2006 Cumulative Supplement*. Englewood Cliffs, N.J.: John Wiley and Sons.
17. Shigayeva, A., Atun R., McKee, M., și Coker, R. (2010). *Health systems, communicable diseases and integration*. *Health Policy and Planning* 25, i4–i20.

18. Warner M., Gould N. (2009). *Integrating Health in All Policies at the Local Level: Using Network Governance to Create 'Virtual Reorganization by Design'*. Kickbusch (ed.). *Policy Innovation for Health*, Springer Science&Business Media, Geneva.

19. Williams, P. (2002). *The competent boundary spanner*. *Public Administration*. 80(1), 103-124.

20. Woods, K. (2001). *Development of integrated health care models*. *International Journals of Integrated Care*. 1. Disponibil on-line la <http://www.ijic.org/archive.html>.