

ACTUALITATEA ȘI IMPORTANȚA ECONOMIEI SOCIALE ÎN ASIGURAREA ECHITĂȚII ACCESULUI LA SERVICII DE SĂNĂTATE

Adina Rebeleanu^[1]

Rezumat

Este recunoscut și acceptat faptul că economia socială are o contribuție semnificativă în sfera politicilor de incluziune socială. Domeniile de intervenție vizate sunt extrem de diverse: educația și formarea profesională, politica de ocupare a forței de muncă, servicii sociale și socio-medicale, asigurările sociale, mediul baccar și cultural, activități de timp liber, servicii de proximitate destinate populației cu risc de excluziune socială etc. Prezenta lucrare focalizează câteva dintre modalitățile în care ar putea fi introduse mecanismele economiei sociale în domeniul protecției sănătății din România. Acceptarea și recunoașterea utilității structurilor de tip asigurări mutuale este dezirabilă pentru creșterea premiselor unei echități reale în accesul la servicii de îngrijire medicală, inclusiv a grupurilor vulnerabile, fără a pune în pericol solidaritatea socială, focalizând nevoia de servicii și garantând participarea activă la constituirea și gestionarea fondurilor astfel create.

Cuvinte cheie: *economie socială, sănătate, asigurări mutuale, echitate*

Premise

Prin documentele europene^[2], statele sunt încurajate să dezvolte politici naționale de asistență socială și structuri integrate în abordare,

^[1] Centrul de Etică și Politici de Sănătate, UMF Iași / Universitatea „Babes-Bolyai”, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, Bd. 21 Decembrie 1989, no. 128, Cluj-Napoca, Romania; e-mail: adinarebeleanu@yahoo.com

^[2] COM(2007) 725 (Comunicarea Comisiei „Servicii de interes general, inclusiv servicii sociale de interes general: un nou angajament european”, Recomandarea Consiliului Europei 224 (2007) „Asigurarea continuității teritoriale a serviciilor sociale în zonele rurale”, COM (2010)2020 (Comunicarea Comisiei „Europa 2020: o strategie europeană pentru o creștere inteligentă, durabilă și favorabilă incluziunii”), Raportul biennial privind serviciile sociale de interes general (SEC(2008)2179 și SEC(2010) 1284), Recomandarea Comisiei din 3 oct 2008 privind incluziunea activă a persoa-

să se concentreze pe măsurile privind menținerea forței de muncă, pe facilitarea tranziției de la un loc de muncă la altul, pe sprijinirea accesului la piața forței de muncă pentru șomeri, să crească oportunitățile pentru dezvoltarea competențelor de formare și educația de calitate. Documentele amintite reiterează și susțin importanța economică și socială a serviciilor sociale de interes general. Serviciile sociale de interes general transformă în realitate drepturile sociale fundamentale, deși depind în mare măsură de finanțarea publică pentru a asigura accesul egal, indiferent de starea materială și venit; contribuie la nediscriminare, la egalitatea de șanse, la protejarea sănătății, ameliorarea standardelor de viață, prin implicarea activă a persoanelor în societate. Astfel, furnizorii de servicii sociale pot contribui la incluziunea socială, la coeziunea socială a comunităților locale și la solidaritatea între generații.

Necesitatea unui sistem de protecție socială coerent este menționat și în Strategia Guvernului privind reforma în sistemul de asistență socială, 2011-2013. Reforma asistenței sociale este gândită în acord cu asumarea, de către România, a obiectivelor fundamentale ale Uniunii Europene – combaterea excluziunii, promovarea justiției sociale și a drepturilor fundamentale ale omului. Protecția socială eficientă reprezintă „realizarea unei construcții formate din ocuparea forței de muncă, sănătate, locuire, educație și asistență socială” (p. 33). În capitolul IV, al noii legi a asistenței sociale se recunoaște legal importanța economiei sociale în cadrul acțiunilor de promovare a incluziunii sociale [Legea 292/2012, art. 53 alin. (4)].

Putem spune că decidenții, dar și actorii sociali au devenit conștienți, cel puțin în materie de intenție, de necesitatea asigurării unui climat propice dezvoltării unor sectoare care să preia o serie de problematice ale sectorului protecției sociale. S-au creat premisele, și în contextul României, pentru dezvoltarea, la toate nivelele decizionale, a interesului pentru forme alternative, recunoscându-se „limitele sectoarelor tradi-

nelor excluse de pe piața muncii (C(2008)5737), Raportul „Un cadru european de calitate pe bază voluntară pentru serviciile sociale” (Comitetul de protecție socială 2010) și, nu în ultimul rând, Raportul Comisiei pentru Ocuparea Forței de Muncă din Parlamentul European cu privire la viitorul serviciilor sociale de interes general (2009/2222(INI) (raportul De Rossa).

ționale public și privat în a răspunde provocărilor actuale de pe piața muncii” (Parlamentul European, *Raport privind economia socială*, 2009, p. 15).

Economia Socială a început să reprezinte una dintre soluțiile cele mai vehiculate, în special în ceea ce privește capacitatea sa a genera și asigura locuri de muncă, cu precădere destinate incluziunii sociale a categoriilor de populații considerate vulnerabile (romi, femei, persoane cu dizabilități, persoane cu venituri reduse etc).

Activitățile ce țin de domeniul economiei sociale, începând cu reducerea șomajului, promovarea egalității de șanse, asigurarea securității migrației forței de muncă și a asistenței sociale pentru persoanele defavorizate, crearea unor noi locuri de muncă, promovarea cetățeniei europene într-o economie a comunităților locale, ar fi în măsură să genereze soluții pentru rezolvarea urgentă a situației generate de criza actuală (Zamfir și Fitzek, 2010, pp. 2-3).

Importanța diferitelor sectoare ale economiei sociale este ilustrată prin utilizarea rețelelor de solidaritate ale comunităților locale sau regionale în crearea unor noi locuri de muncă pentru persoanele marginalizate. Organizațiile din cadrul *sistemului cooperatist, sectorul de asociere, asociațiile mutuale, inclusiv asociațiile voluntare de bunăstare* sunt doar câteva dintre exemplele privitoare la modalitatea de dezvoltare și poziționare a principiilor de organizare și de funcționare ale unor instituții sau proiecte modelate de filozofia modernă a unei economii sociale de tip nediscriminatoriu. La acestea se adaugă și accentul deosebit pus pe problema motivației cetățenești, fără de care nu ar fi posibilă o economie comunitară locală ca obiectiv strategic al procesului de euroregionalizare, într-un spirit de competitivitate, dar și de cooperare și întrajutorare (Zamfir et al, 2010:3).

Structurile organizaționale de tip *întreprindere socială*, precum: *cooperativele, asociațiile, fundațiile, asocieri de ajutor mutual în comunitate* etc. au la bază forme specifice de antreprenariat cu actori economici și sociali proprii, care au scopuri centrate atât pe dezvoltarea producției cât și pe efectele sociale și umane ale acesteia. Se vizează, astfel, creșterea calității vieții a persoanelor vulnerabile. Domeniile de bază în care economia socială poate câștiga teren se leagă de sfera politicilor de

incluziune socială a populației cu risc de marginalizare și de protecție socială.

Echitatea în sănătate și economia socială

Echitatea și accesul la servicii de sănătate reprezintă preocupări constante pentru politicile de sănătate europene; sunt invocate frecvent ca principii fundamentale: accesibilitatea pentru toți, calitatea ridicată a serviciilor de îngrijire medicală și sustenabilitatea financiară pe termen lung. Combaterea exluziunii sociale, a discriminării, promovarea egalității de șanse și a dreptății sociale în protecția socială la nivel de sistem de securitate socială, sunt repere importante ce trebuie luate în considerație într-o reformare a sistemului de sănătate (Șoitu, Rebeleanu, 2011).

Echitatea în sănătate implică faptul că fiecare persoană are în mod ideal oportunitatea corectă de a-și atinge potențialul de sănătate deplin, respectiv, nici o persoană nu ar fi împiedicată de la realizarea acestui potențial, dacă acest lucru poate fi evitat. Altfel spus, scopul politicilor de sănătate destinate promovării echității ar fi nu eliminarea tuturor diferențelor în sănătate, ci mai degrabă reducerea sau eliminarea factorilor care sunt considerați a fi concomitent "evitabili și inuștați" (Whitehead, 1991, p. 7). Evoluțiile din contextul economic și social al României confirmă și pledează pentru a se lua în considerare acest aspect de către decidenții politici. Pentru a acționa în sensul dezirabil al promovării echității, statele ar trebuie să colecteze date asupra inechităților economice, sociale, culturale, inclusiv în starea de sănătate existente în rândul diferitelor grupuri populaționale (a se vedea în acest sens și Vlădescu, Astărăstoae, Scîntee, 2010; Astărăstoae, 2010). Promovarea acțiunilor combinate (strategie menționată în lucrări semnificative în domeniu: Braveman, 2010; Bambas, Casas, 2008, 2010; Oprea, 2010) este mai mult decât dezirabilă în politica de sănătate din România, în scopul promovării atât invocatei egalități de șanse. Abordarea unor strategii combinate ar presupune concertarea acțiunilor decidenților asupra venitului redus, condițiilor de muncă, șomajului, condițiilor de viață nesănătoase și asupra stilului de viață personal, cu strategii

pentru menținerea accesului la îngrijiri de sănătate la profesioniști aflați la toate nivele de asistență a stării de sănătate, dar și cu strategii pentru întărirea drepturilor pacienților și strategii de îmbunătățire a echității în finanțarea sistemului și în informarea asupra îngrijirilor de sănătate.

Structurile economiei sociale sunt puternic prezente în sectorul sănătății, în termeni de prevenire și acces la servicii de îngrijire, prin intermediul asigurărilor mutuale de sănătate, dar și prin intermediul asociațiilor și fundațiilor ce asigură servicii socio-medicale. Economia socială are în centrul preocupărilor crearea unei societăți democratice, egalitaristă și inclusivă care să promoveze justiția socială, drepturile fundamentale și egalitatea de șanse (Amin, Cameron, Hudson, 2002, pp. 1-2), principii de altfel invocate și dezirabile în orice sistem de securitate socială.

Vom prezenta, în continuare, câteva dintre modalitățile de funcționare efectivă a structurilor de economie socială cu impact asupra accesului la servicii de îngrijire medicală și socio-medicală.

Asigurările mutuale de sănătate sunt organisme cu scop nonlucrativ, ce intervin ca prime finanțatoare, după asigurarea obligatorie, ale cheltuielilor cu sănătatea. Ele preiau o parte dintre cheltuielile legate de serviciile extraspitalicești, dar și achiziționarea de medicamente, ochelari, proteze etc. În condițiile în care inegalitățile în sistemul de sănătate sunt o evidență acceptată la nivel mondial, european, național, asigurările mutuale de sănătate ocupă un loc complementar, în raport cu asigurarea socială obligatorie.

Este o realitate fundamentarea pe considerente financiare a cadrului legal și instituțional din domeniile sănătății și al protecției sociale (vezi ultimele măsuri de transformare a unor spitale în centre medico-sociale, de alocare a resurselor în funcție de populația dintr-un județ/numarul de paturi, legea asistenței sociale etc.). Rolul mutualelor este determinant în asigurarea accesului la serviciile de sănătate, mai ales pentru cele în care rambursarea prin sistemul asigurărilor sociale este scăzută sau chiar inexistentă (de exemplu servicii stomatologice destinate îngrijirii dentare, cele de optică medicală, chirurgia dentară).

Deseori criticate în legătură cu depășirea onorariilor profesioniștilor din sănătate, mutualele țin cont de cererea aderenților lor. Prin pro-

punerea celui mai bun raport calitate-preț posibil în menținerea unei politici de prevenire foarte active, ele contribuie, de asemenea, la menținerea unui anumit nivel al chetuielilor cu sănătatea.

Ele sunt în concurență cu asigurările comerciale, dar se disting mai ales prin voința lor de a nu selecta aderenții lor numai după funcționarea stării lor de sănătate. Ori, calitatea egală a îngrijirii medicale reclamă existența, la nivelul unei societăți, a oportunităților egale bazate mai degrabă pe nevoie decât pe pe influența apartenenței la un grup social sau altul; este de dorit ca furnizorii de servicii să depună eforturi pentru a oferi tuturor cetățenilor același standard profesional al asistenței medicale (inclusiv din punct de vedere al timpului alocat).

Asigurările mutuale sunt, în fapt, societăți / entități de economie socială, alături de cooperative și asociații. Sunt bazate pe adeziune voluntară și facultativă. Sunt societăți private, cu rol în acoperirea îngrijirilor de sănătate neacoperite prin asigurările sociale de sănătate. Scopul lor este de a redistribui cotizațiile sub formă de prestații. Principalele misiuni sunt rambursarea chetuielilor de sănătate și focalizarea pe acțiunile preventive. Compensează pierderile veniturilor în situații de boală (rambursază chetuielile medicale, compensează pierderile salariale în situații de boală prin acordarea împrumuturilor sub formă de credit) și oferă ajutoare celor în dificultate. Cotizația este direct proporțională cu veniturile, ceea ce crează sistemul de egalitate. Compensarea veniturilor este de asemenea proporțională cu veniturile, iar ajutoarele pentru cei cu venituri mici presupune cotizații mai mici și acordarea unor prestații mai mari (solidaritate).

În contextul actual, dezirabilitatea extinderii rețelei de asigurări mutuale este justificată de o medicină de calitate fără a intra într-o logică a profitului. Sunt bazate pe o guvernare democratică. Plasează omul în centrul preocupărilor, iar voluntarii au posibilitatea de a prezenta ideile și principiile societății mutuale. Nu exclud concurența cu sistemele de asigurări private. Dacă accesul la servicii de sănătate este garantat prin asigurările sociale de bază, ce implică obligativitatea contribuției asigurat-angajator, suplimentar, intervin societățile mutuale, instituțiile de prevenție și societățile de asigurări.

În practică, mutualele de sănătate sunt specializate pe meserii, pe tranșe de vârstă (de exemplu pentru studenți), pe statut (mutuale pen-

tru cei cu funcții publice) sau sunt generalizate. Pentru a adera la mutualitate, sunt două modalități posibile: pe cale colectivă, trecând prin întreprinderea sa (contractul este uneori obligatoriu), sau de o manieră individuală, pentru pensionari, solicitanții de locuri de muncă, salariații unei întreprinderi fără contract colectiv etc.

De exemplu, în Franța, pentru personalul din educație funcționează *Mutuelle Generale de L Education Nationale* (MGEN^[1]). Sunt societăți ce au scop non-lucrative, fără acționari, ci doar cu aderenți. Persoanele cărora li se adresează nu sunt doar beneficiari sau clienți, sunt parteneri implicați activ în economia socială, iar acest principiu conduce la îmbunătățirea calității relațiilor interumane (Bleandă, 2012). Creșterea satisfacției persoanelor care beneficiază de bunurile și serviciile furnizate este una dintre consecințele asigurărilor mutuale – se îmbunătățește calitatea relației furnizor de îngrijire – utilizator, se evită listele de așteptare etc.

Pentru persoanele în situații de dezavantaj economic, este posibilă funcționarea unor centre de sănătate, care să ofere servicii medicale și sociale. Astfel, în Franța^[2], de exemplu, există centre de urgență deschise pentru persoanele fără adăpost sau domiciliu fix, ce asigură servicii de îngrijire medicală, adăpost și servicii sociale și de recuperare. Pentru persoanele în situații de precaritate socială, ce suferă de afecțiuni maligne sau maladii severe, ce reclamă adăpost de lungă durată, funcționează *apartamentele de coordonare terapeutică*. Acestea sunt administrate prin asociații și sunt utile pentru situațiile care nu reclamă spitalizare, dar pentru care este necesară o monitorizare medicală zilnică, supraveghere psihologică, facilitarea accesului spre ajutorul de inserție socială. Funcționează de asemenea stabilimente pentru persoanele fără domiciliu fix, post-spitalizare, care sunt autonome în ceea ce privește tratamentul medical, dar starea lor de sănătate necesită repaos și nu le permite intrarea într-un centru de urgență.

[1] Vezi: www.mgen.fr

[2] Vezi: www.alternatives-economiques.fr

Considerații finale

Dacă avem în vedere caracteristicile activităților derulate prin modelul economiei sociale (Bleandă, 2012, CIRIEC, 2007, Spear, 2010), entitățile anterior prezentate au scopul de a asigura volumul de servicii ce lipsește populației comunității respective, datorită insuficienței resurselor financiare la nivel local, dar și individual (vezi serviciile destinate persoanelor fără adăpost), calitatea serviciilor este comparabilă sau superioară oricăror servicii publice/private, deoarece principiul motivațional rezidă în solidaritatea socială și nu vizează doar profitul, iar orientarea spre beneficiar este mai pregnantă față de sectorul public/privat, de cele mai multe ori programele fiind rezultatul acțiunii persoanelor vulnerabile, confruntate, pe de o parte cu lipsa serviciilor oferite prin asigurarea socială obligatorie (fie sunt în afara sistemului, fie accesul este defitar etc.), iar pe de altă parte sunt excluse de la asigurarea privată de sănătate. Astfel, persoanele care realizează venituri din transferuri și care oricum au fost defavorizate din punct de vedere al accesului la servicii de sănătate și în cadrul funcționării sistemului public de asigurări de sănătate (populația vârstnică, romii, persoanele beneficiare de venit minim garantat, familiile cu mulți copii, fără ca expunerea să fie limitativă) s-ar putea să nu-și permită opțiunea asigurării private. Pentru persoanele care și-ar permite dubla opțiune, obligatorie și voluntară, în materie de asigurări de sănătate, există alternativa ca acestea să utilizeze serviciile acoperite prin asigurarea privată, ceea ce ar permite conservarea ori creșterea resurselor pentru fondul public. Pentru ambele categorii, alternativa asigurărilor mutuale, pare să fie o realitate viabilă a sistemului de sănătate românesc ce se dorește a fi centrat pe nevoile cetățenilor (Vlădescu, Astărăstoae, Scîntee, 2010, pp. 87-96), în care accesul egal la servicii incluse de pachetul de bază să nu fie în funcție de fondurile existente. Pacientul, conform Legii nr. 95/2006 trebuie să aibă libertatea alegerii, ori în actualul sistem contractul de asigurare se încheie între furnizor și casa națională de asigurări. Teoretic, individul trebuie să aibă posibilitatea de a opta pentru o societate mutuală sau un sistem privat de asigurări. Societățile mutuale sunt cele care, conform regulilor și principiilor de organizare,

permit supremația aderenților și posibilitatea acestora de a fi participanți activi la creșterea calității serviciilor de sănătate acordate.

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. Amin, A., Cameron, A., Hudson, R. (2002). *Placing the Social Economy*, London: Routledge.
2. Astărăstoae, V. (2010). *Is it necessary an ethical analysis of the Romanian healthcare system? Romanian Journal of Bioethics*, Vol. 8, No. 1, pp. 114-115.
3. Bambas, A., Casas, J.A. (2008). *Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria*. Disponibil la: http://paho.org/english/dbi/op/OP08_02.pdf (accesat la data de 12 iulie, 2011).
4. Braveman, P. (2010). *Social Conditions, health equity, and human rights. Health and Human Rights*, Vol.12, No.2, www.hhrjournal.org/index.php/hhr/article/view/367/563 (accesat la data de 12 iulie, 2011).
5. Bleadă, C. (2012). *Economia socială și statul. Un nou tip de contract social* [Social economy and the state. The new type of social contract]. *Revista de Economie* vol. II, nr. 3, pp. 90-114.
6. European Parliament (2009). *Report regarding social economy*, www.socialeconomy.eu.org/skip.php?article795 (accesat la data de 8 iunie, 2011).
7. International Center of Research and Information on the Public, Social and Cooperative Economy (CIRIEC). 2007. *The social economy in the European Union* (http://www.ciriec.ulg.ac.be/fr/telechargements/RESEARCH_REPORTS/EESC2007_%20EnglishReport.pdf, accesat la data de 16 iulie, 2012).

8. Guvernul României, Ministerul Muncii, Familiei și Protecției Sociale. 2011. *Memorandum. Strategia privind reforma în domeniul asistenței sociale*. Nr. 20/5541/D.N.A. 3 martie 2011.

9. *Legea nr.95 privind reforma sistemului de sănătate în România* (2006). [Law regarding reform in health care system]. Monitorul Oficial al României [Romanian Official Gazette] issue 372/2006.

10. *Legea nr.292/2011 a asistenței sociale* [Law no.292/2011 regarding the social work], publicată în Monitorul Oficial al României [Romanian Official Gazette], Partea I, nr.905 din 20 decembrie 2011.

11. Oprea, L. 2010. *Aspecte etice ale inegalităților sociale în îngrijirile medicale*, *Romanian Journal of Bioethics*, 8, 2, April-June 2010, pp. 3-6.

12. Șoitu, D., Rebeleanu, A. (2011). *Vulnerabilities of the socio-medical legal framework for the elderly*. *Revista de Asistență Socială*, nr.3/2011, pp. 137- 152.

13. Spear, R. (2010). *The social economy in Europe: trends and challenges*, dspace.ruc.dk/bitstream/1800/7334/.../Spear_Revd_SE_in_Europe.doc. (accesat July 16th, 2012).

14. Vlădescu, C., Astărăstoaie, V., Scîntee, S. (2010). *A health system focused on citizen's needs. Romania situation analysis (I)*. *Romanian Journal of Bioethics*, 8, 2, April-June 2010, 87-96.

15. Whitehead, M. (1991). *The concepts and principles of equity and health*, WHO, Regional Office for Europe, www.ansl.re.it/HpH/Front-End/Home/Documentviewer.aspx?document_ (accesat July 12nd, 2011).

16. Zamfir, E., Fitzek, S. (2010). *Economia socială o soluție la incluziunea socială pe piața muncii*. [Social Economy – a solution for social inclusion on market place]. *Inovația Socială* nr. 2, 2010, pp. 2-19.