Fişa suspiciunii de plagiat / Sheet of plagiarism's suspicion	Indexat la: 00276.05

Opera suspicionată (OS) Suspicious work	Opera autentică (OA) Authentic work

OS	BUŞOI, Cristian Silviu. Politici de sănătate în programele electorale și de guvernare în perioada de tranziție. Teză de doctorat. Cond.ştiințific: Prof. univ. dr. Cristian Vlădescu. Timişoara: Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș". 2010. Sursa de suspiciune: Stelian Ene / 5 februarie 2016 / www.contributors.ro.
OA	MUNGIU-PIPPIDI, Alina (coord), *Doctrine politice.* concepte universale şi realități româneşti. Iaşi: Polirom. 1998.

Incidența minimă a suspiciunii / Minimum incidence of suspicion	

Fişa întocmită pentru includerea suspiciunii în Indexul Operelor Plagiate în România de la
Sheet drawn up for including the suspicion in the Index of Plagiarized Works in Romania at
www.plagiate.ro

Notă: p.285:00 semnifică „pagina 285 până la capăt".

Note: p.285:00 means „page 285 to the end".

Plagiatul în teza de doctorat a lui Cristian Bușoi

Stelian Ene februarie 5, 2016 Analize, Educatie
42 comentarii 18,733 Vizualizari

Like 1.8K Tweet

Institutul pentru modernizarea educației a inițiat o acțiune de verificare a originalității lucrărilor de doctorat, a articolelor și a altor publicații academice autohtone. Dintre zecile de mii de persoane care au obținut în ultimii ani cel puțin titlul de doctor, am ales să ne concentrăm investigațiile pe un grup restrâns de persoane publice proeminente, lideri de organizații importante, care au roluri cheie în elaborarea politicilor publice și de la care se așteaptă, în mod justificat, o conduită academică ireproșabilă.

În acest context, prezentăm în continuare o analiză a lucrării de doctorat a europarlamentarului român **Cristian Silviu Bușoi**, având titlul "*Politici de sănătate în programele electorale și de guvernare în perioada de tranziție*" susținută în cadrul școlii doctorale a Universității de medicină și farmacie „Victor Babeș" din Timișoara, avându-l drept coordonator pe **Prof. univ. dr. Cristian Vlădescu**. Analiza se bazează pe o copie a tezei de doctorat obținută în urma unei solicitări oficiale către instituția menționată, așa cum ne-a fost remisă pe data de 20 ian 2016.

Am utilizat definiția plagiatului așa cum apare ea în codul de etică al Universității „Victor Babeș":

„ plagiatul – preluarea integrală sau parțială a unui material realizat de un alt autor şi prezentarea lui ca aparținând propriei

persoane;“ [1]. Identificarea secțiunilor preluate parțial și prezentate ca aparținând propriei persoane a fost făcută conform ghidului Harvard de utilizare a surselor[2], un standard relativ strict dar care este adecvat lucrărilor de cercetare așa cum este, prin excelență, o teză de doctorat.

Lucrarea, având un total de 128 de pagini, este împărțită în 4 secțiuni. Secțiunile I și II, introductive, detaliază obiectivele și metodologia lucrării care include, conform autorului, *o analiză* a programelor de guvernare dar și interviuri cu personalități importante pentru reforma sănătății, trei foști prim-miniștri și cinci miniștrii ai sănătății, printre alții.

Secțiunea III intitulată “Partea generală” este împărțită la rândul ei în două capitole. Primul capitol este dedicat introducerii noțiunilor de ideologie politică în contextul politicilor de sănătate. În urma analizei IMEDU, prezentarea ideologiilor politice este preluată aproape în întregime din două surse, Țăranu [3] și Pippidi [4] din care Bușoi copiază și aranjează paragrafe fără delimitare și în cele mai multe locuri fără citare adecvată. Metoda este interesantă prin aceea că Bușoi este în mod clar conștient de necesitatea de a cita și delimita textul reutilizat, deoarece există exemple de citare corectă din ambele lucrări, cu notă de subsol și ghilimele. Dacă ar fi însă aplicate consecvent, aceste metode ar necesita includerea între ghilimele a aproape întregului subcapitol, lucru evident inacceptabil într-o lucrare de doctorat. În figurile de mai jos, prezentăm pagini din Bușoi în stânga, alăturate surselor originale, în dreapta. Citările corecte sunt subliniate iar paragrafele duplicate fără citare sunt evidențiate cu culoare plină, portocaliu pentru Țăranu și verde pentru Pippidi.

(click pe imagini pentru marire)



Fig.1

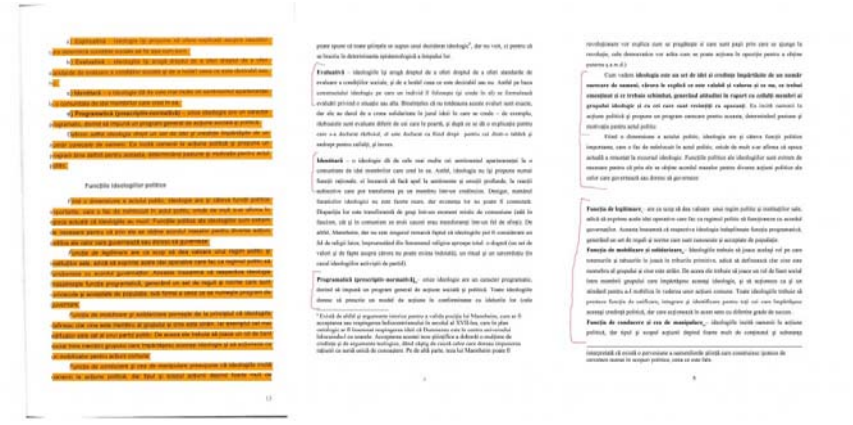


Fig.2

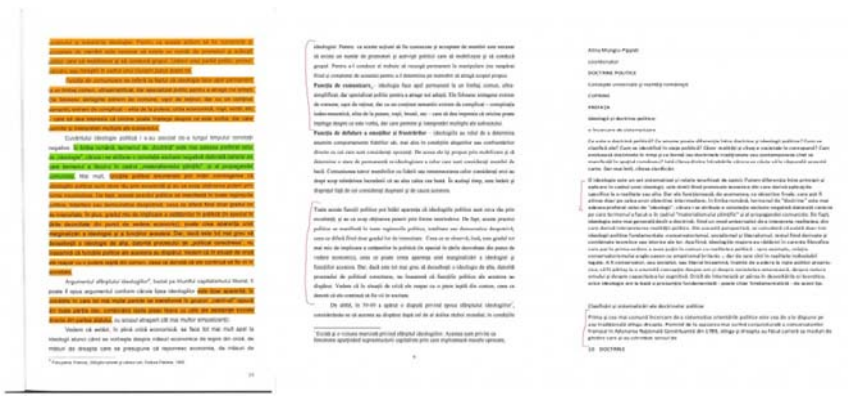


Fig.3



Fig.4



Fig.5



Fig.6

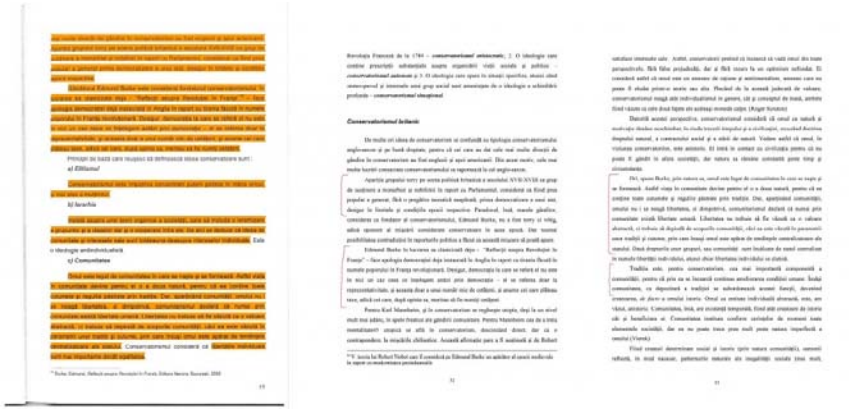


Fig.7



Fig.8

Prin preluarea identică în corpul tezei a unor paragrafe și pagini întregi din sursele Țăranu și Pippidi în afara secțiunilor corect citate, Bușoi își asumă implicit paternitatea acestora. Citarea inițială are rolul de asigura circumstanțe atenuante pentru ceea ce evident constituie un derapaj de la standardele academice de citare, iar în restul textului Bușoi se simte îndreptățit să refolosească oricât text are nevoie din lucrările sursă. De asemenea, Bușoi introduce note de subsol cu trimiteri la lucrări de referință menționate în blocurile de text preluate, insinuând astfel că a citit și analizat aceste lucrări și că interpretarea lor îi aparține lui, nu autorilor secundari, de exemplu o referință fictivă la *Capitalul* lui Marx care nu există în sursa Pippidi:



Fig. 9

Următorul subcapitol, III.1.2, dedicat legăturii dintre sănătate și ideologii, păstrează tehnica de construcție anterioară, Bușoi amestecând fragmente corect atribuite cu unele duplicate pe care și le asumă implicit. De această dată, sursa este Vlădescu [7], profesorul Vlădescu fiind totodată coordonatorul acestei teze de doctorat.

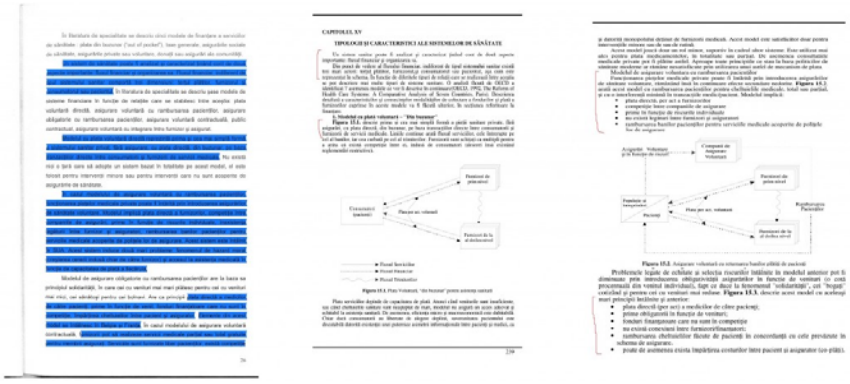


Fig.10

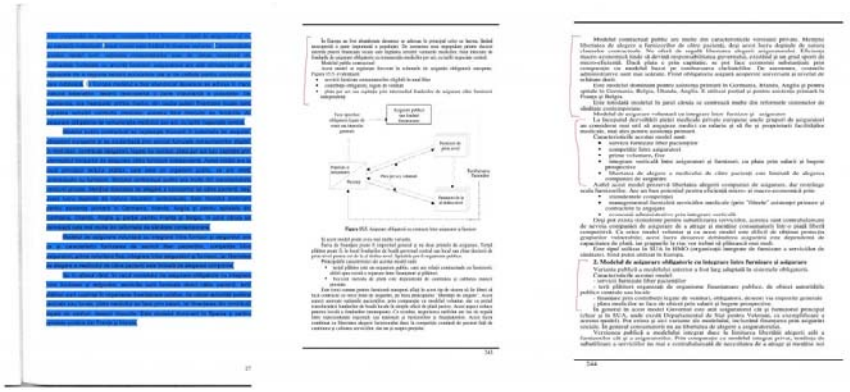


Fig.11

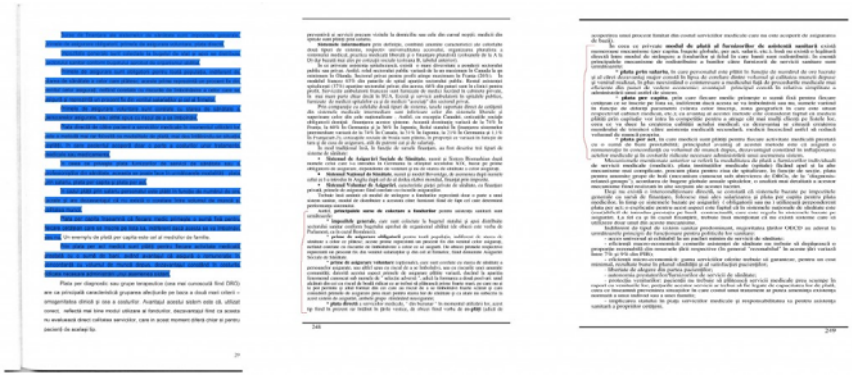
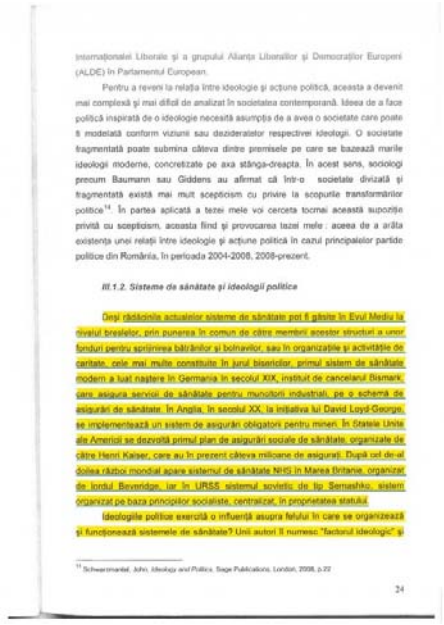


Fig.12

Un element inedit în cadrul tezei lui Bușoi îl constituie auto-plagiatul articolului „*Sisteme de sănătate și influența ideologiilor politice*” [5], reprodus aproape în totalitate în corpul tezei (circa 4 pagini) fără niciun fel de citare. Pentru a înțelege noțiunea de *auto-plagiat*, trebuie să ne distanțăm de definiția dată plagiatului în legea drepturilor de autor (reproducerea textului fără permisiunea autorului) și să înțelegem plagiatul ca o formă de fraudă academică: autorul încearcă să obțină beneficii și prestigiu fără să investească efortul necesar, reutilizând munca altor autori, al căror consimțământ e irelevant. O explicație pe larg a acestei distincții e disponibilă în lucrarea Cosimei Rughiniș dedicată subiectului[6]. În acest context, auto-plagiatul reprezintă diseminarea acelorași rezultate sub mai multe titluri și formate, cu scopul de a gonfla artificial numărul de publicații. Articolul auto-plagiat de Bușoi este inclus în dosarul tezei de doctorat așa cum ne-a fost remis, fiind o condiție cumulativă pentru acordarea titlului de doctor. E inacceptabil deci ca același text să fie reciclat, fără nici un fel de citare, în ambele lucrări, pentru a îndeplini doar formal condițiile cerute pentru acordarea titlului de doctor. Auto-plagiatul este de astfel definit și incriminat chiar în codul de etică al Universității „Victor Babeș”.

Indiferent însă de gravitatea pe care o acordăm fenomenului de auto-plagiat, relativ des întâlnit și pe larg ignorat la noi, lucrurile iau o întorsătură kafkiană la constatarea că si articolul auto-plagiat conține, la rândul său, elemente de plagiat. Sursa este din nou Vlădescu iar prin preluarea „propriului” articol în teză, Bușoi agravează împrumutul din Vlădescu, din nou fără citare. Blocurile incriminate sunt intercalate cu alte elemente extrase tot din Vlădescu (figuri, tabele etc.) citate corect ca și la Țăranu și Pippidi. De remarcat că împrumuturile din articol sunt unele mai atente decât cele din restul tezei de doctorat, cu reformularea și schimbarea anumitor expresii și cuvinte. Prezentăm mai jos o parte din secțiunile auto-plagiate marcate cu galben, în care s-au subliniat cu albastru secțiunile ce conțin parafraze necitate din Vlădescu.



internaționalei Liberale și a grupului Alianța Liberalilor și Democraților Europeni (ALDE) în Parlamentul European.

Pentru a reveni la relația între ideologie și acțiune politică, aceasta a devenit mai complexă și mai dificil de analizat în societatea contemporană. Ideea de a face politică inspirată de o ideologie necesită asumpția de a avea o societate care poate fi modelată conform viziunii sau dezideratelor respectivei ideologii. O societate fragmentată poate submina câteva dintre premisele pe care se bazează marile ideologii moderne, concretizate pe axa stânga-dreapta. În acest sens, sociologi precum Baumann sau Giddens au afirmat că într-o societate divizată și fragmentată există mai mult scepticism cu privire la scopurile transformărilor politice[14]. În partea aplicată a tezei mele voi cerceta tocmai această supoziție privită cu scepticism, aceasta fiind și provocarea lazei mele : aceea de a arăta existența unei relații între ideologie și acțiune politică în cazul principalelor partide politice din România, în perioada 2004-2008, 2008-prezent.

III.1.2. Sistema de sănătate și ideologii politice

Orgi rădăcinile actualelor sisteme de sănătate pot fi găsite în Evul Mediu la nivelul breslelor, prin punerea în comun de către membrii acestor structuri a unor fonduri pentru sprijinirea bătrânilor și bolnavilor, sau în organizațiile și activitățile de caritate, cele mai multe constituite în jurul bisericilor, primul sistem de sănătate modern a luat naștere în Germania în secolul XIX, instituit de cancelarul Bismark, care asigura servicii de sănătate pentru muncitorii industriali, pe o schemă de asigurări de sănătate. În Anglia, în secolul XX, la inițiativa lui David Loyd-George, se implementează un sistem de asigurări obligatorii pentru mineri. În Statele Unite ale Americii se dezvoltă primul plan de asigurări sociale de sănătate, organizate de către Henri Kaiser, care au în prezent câteva milioane de asigurați. După cel de-al doilea război mondial apare sistemul de sănătate NHS în Marea Britanie, organizat de lordul Beveridge, iar în URSS sistemul sovietic de tip Semashko, sistem organizat pe baza principiilor socialiste, centralizat, în proprietatea statului.

Ideologiile politice exercită o influență asupra felului în care se organizează și funcționează sistemele de sănătate? Unii autori îl numesc "factorul ideologic" și

[11] Schwarzmantel, John, Ideology and Politics, Sage Publications, London, 2008, p.22

24

culturali ce vor fi prezentați pe parcursul acestei lucrări.

Factorul istoric are de multe ori relevanță în explicarea unui anumit model sanitar, experiența istorică a unei societăți putând influența modul în care arată un anumit sistem de sănătate. Rădăcinile actualelor sisteme de sănătate pot fi găsite în Evul Mediu la nivelul breslelor. Membrii acestor structuri puneau împreună fonduri pentru sprijinirea bătrânilor și

172

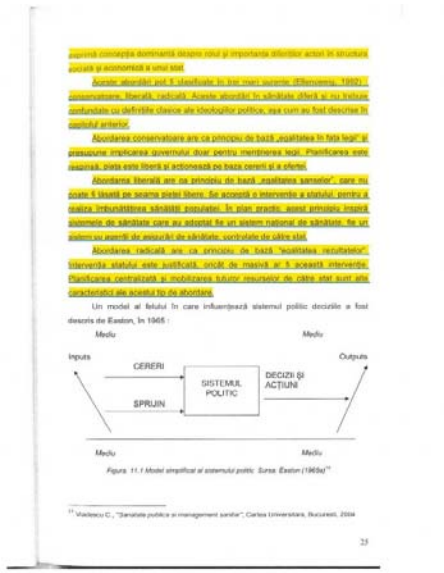
bolnavilor, realizându-se astfel solidaritatea între membrii breslei în cazul ce priveste asistența unor membrii cu nevoi socio-sanitare. Acest model cu participare individuală și responsabilitate comună este similar cu principiile de bază ale sistemelor de asigurări de sănătate din zilele noastre, acest aspect explicând în parte și apariția sistemelor de asigurări în zone cu mare dezvoltare a breslelor (Germania, Franța).

Tot în Evul Mediu un alt precursor al sistemelor de sănătate a fost reprezentat de către organizațiile și activitățile de caritate, de cele mai multe ori dezvoltate de sau în preajma unor instituții religioase, fiind vorba în majoritatea cazurilor de asistența medicală preponderent ancorată în realitatea comunității, fără existența unor politici sau planuri de ampioare naționali. Pentru o lungă perioada de timp instituțiile și activitățile de caritate au reprezentat cel mai important actor din domeniul medical. Acest pattern s-a modificat substanțial spre sfarșitul secolului 19, consecutiv revoluției industriale. În Germania, cancelarul Bismarck a instituit primul sistem de sănătate modern. În acesta era asigurată asistență medicală gratuită pentru muncitorii industriali, pe o schemă de asigurări de sănătate, motiv pentru care asemenea sisteme se mai numesc și astazi **sisteme de tip Bismarckian.** O abordare asemănătoare a apărut și în Anglia, unde la începutul sec. 20 au fost introduse asigurări de sănătate obligatorii pentru mineri. Peste ocean, pe același fundal se dezvoltă primul plan de asigurări sociale de sănătate, organizate de către Henri Kaiser, și care de atunci poartă numele de organizațiile medicale "Kaiser Permanente" și care au în prezent câteva milioane de asigurați în SUA.

Odată cu emergența statului bunăstării sociale au loc mutații și la nivelul sistemelor de sănătate, în sensul **asumării de către stat și societate a responsabilității pentru asistența sanitară a populației.** După cel de-al doilea război mondial apare sistemul de sănătate britanic (NHS), organizat de către lordul Beveridge (de unde și denumirea de sisteme de **tip Beveridge** pentru toate sistemele bazate pe aceleași principii). În Europa de Est este generalizat modelul sovietic de sănătate, numit de **tip Semaško**, după numele celui care a organizat asistența medicală în fosta URSS în anii 30 ai secolului XX și care avea la bază principiile politicilor socialiste, cu un sistem ierarhic, puternic centralizat, în proprietatea statului, cu puține alternative pentru individ și cu acces universal la o serie de servicii sanitare.

După schimbarea regimurilor comuniste în Europa de Est, majoritatea țărilor din acestă zonă se îndreaptă către sisteme de tip Bismarckian, acest fapt putând fi explicat și prin faptul că în prima parte a acestui secol aceste țări au fost puternic influențate de experiența germană (și în acest domeniu).

Un alt important factor pentru dezvoltarea sistemelor de sănătate este **factorul ideologic și politic.** Acest factor este de fapt complementar cu cel istoric de vreme ce "politica de astăzi reprezintă istoria de mâine", așa cum notează Roemer, unul din cercetătorii cei mai cunoscuți din zona sistemelor de sănătate. În esență majoritatea deciziilor din această zonă se poartă între adepții liberei inițiative cu bază a funcționării sistemului sanitar și susținătorii planificării guvernamentale cu principal mijloc al funcționării sistemului, o prezentare mai detaliată a acestui subiect fiind făcută în secțiunea rezervată principalelor tendințe ideologice din sectorul sanitar. Desigur că și **factorii socio-economici** au un rol important în determinarea politicii de sănătate, a tipului de sistem sanitar adoptat și a performanțelor acestuia. Sunt descrise o serie de corelații interesante între o serie de indicatori



aspirină concepția dominantă despre rolul și importanța diferitilor actori în structura ființă și economică a unui stat.

Acestе abordări pot fi identificate în trei mari secrete (Ellenwerg, 1992) : conservatoare, liberală, radicală. Aceste abordări în sănătate diferă și nu trebuie confundate cu definițiile clasice ale ideologiilor politice, așa cum au fost descrise în capitolul anterior.

Abordarea conservatoare are ca principiu de bază „egalitatea în fața legii" și presupune implicarea guvernului doar pentru menținerea legii. Planificarea este respinsă, piața este liberă și actionează pe baza cererii și a ofertei.

Abordarea liberală are ca principiu de bază „egalitatea șanselor", care nu poate fi lăsată pe seama pieței libere. Se acceptă o intervenție a statului pentru a asigura întreținătirea sănătății populației. În plan practic, acest principiu inspiră sistemele de sănătate care au adoptat fie un sistem național de sănătate, fie un sistem cu asigurări de sănătate, controlate de către stat.

Abordarea radicală are ca principiu de bază "egalitatea rezultatelor": intervenția statului este justificată, oricât de masivă ar fi aceasta intervenție. Planificarea centralizată și mobilizarea tuturor resurselor de către stat sunt alte caracteristici ale acestui tip de abordare.

Un model al felului în care influențează sistemul politic deciziile a fost dezvoltat de Easton, în 1965 :

Figura. 11.1 Model simplificat al sistemului politic. Sursa: Easton (1965a)[11]

[11] Vladescu C., "Sanatate publica si management sanitar", Carlea Universitara, Bucuresti, 2004

23



CAPITOLUL XII

TENDINȚE IDEOLOGICE ȘI GRUPURI DE INTERESE ÎN POLITICILE SANITARE

Așa cum am menționat anterior unul din factorii ce influențează major structura unei politici sanitare și a unui sistem de sănătate este cel numit convențional "factor ideologic", adică altfel spus, concepțiile dominante despre rolul diferitilor actori în structura socială și economică a unui stat, acestea bazate în rândul lor pe convingeri mai profunde despre valori sociale,umane, morale etc. Din acest punct de vedere, una din cele mai simple, dar totodată și cele mai expresive(deoare abordări, clasifică politicile de sănătate în trei mari categorii (Ellenewerg, 1992):

1. conservatoare
2. liberală
3. radicală

1. Abordarea **conservatoare** implică intervenția guvernului doar pentru menținerea legii: suveranitatea consumatorului este arbitrară de bază derivat din această concepție, fiind acceptate ca legitime doar intervențiile ce sprijină **"egalitatea în fața legii** "a tuturor cetățenilor .Planificarea în domeniul sanitar este respinsă ca o intervenție ce poate perturba mecanismele pieței: se susține o piață liberă ca doar doi actori importanți: vânzătorii de servicii de sănătate și cumpărătorii acestor servicii, acționând pe baza cererii și ofertei.

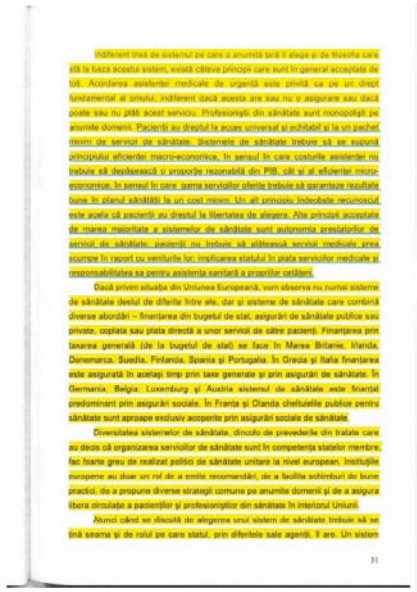
2. Abordarea **liberală** consideră că Guvernul este o forță mediatoare ce încearcă profesionale individuale între o politică ce reflectă interesele unor secoare largi ale populației, guvernul asumându-și astfel responsabilitatea furnizării unor servicii către populație, constrângând din acest punct de vedere cu conceptia conservatoare de nonintervenție. Scopul global al acestei politici este de a obține **o "egalitate a șanselor"**. Se acceptă faptul că piața medicală nu este o piață liberă. De aceea, realizarea "egalității șanselor" nu poate fi lăsată doar pe seama pieței și necesită intervenția statului pentru a spori raționalitatea în procesul de alocare a resurselor, a proteeva responsabilitatea succeselor și insucceselor în sistemul sanitar. Principiul de bază al intervenției este imbunătățirea sănătății populației. În mod practic acest lucru implică adoptarea unui sistem național de sănătate sau a unor agenții de asigurări sociale, ghidate de către stat.

3. Abordarea **radicală** se preocupă mai mult de obiectivele decât de mijloace, justificând astfel intervenția statală, oricât de masivă și cu indiferent ce costuri pentru realizarea scopului atins "egalitatea rezultatelor" . Echitatea este garantată prin planificarea centralizată și mobilizarea tuturor resurselor de care stat. Atât input-urile cât și output-urile sunt strict controlate, toti profesioniștii medicali având statut de salariat. Socializarea profesioniștilor duce la diminuarea autonomiei profesionale și a libertății de luare a deciziilor.

Cu o exemplificare concretă a modului în care o anumită orientare ideologică poate influența politica sanitară și structura sistemului sanitar vom prezenta impactul pe care ideologia de dreapta (conservatoare) îl are în anii '80 asupra sistemului din S.U.A și a celui britanic, mai ales în ceea ce privește mixul public-privat.

Astfel, reducerea rolului statului și privatizarea serviciilor publice în general și a celor sanitare în particular a fost una dintre componentele de bază ale guvernelor bazate pe ideologii de dreapta : cele mai cunoscute în acest sens sunt exemple reprezentate de guvernul conservator britanic Thatcher și de Executivul American condus de republicanul Ronald Reagan. În cazul SUA privatizarea serviciilor de sănătate nu implica modificari esențiale, practica privată - cuplată cu asigurările de sănătate private - reprezentând norma.

206



Indiferent însă de sistemul pe care o anumită țară îl alege și de filosofia care stă la baza acestui sistem, există câteva principii care sunt în general acceptate de toți. Acordarea asistenței medicale de urgență este privită ca pe un drept fundamental al omului, indiferent dacă acesta are sau nu o asigurare sau dacă poate sau nu plăti acest serviciu. Profesioniștii din sănătate sunt monopoliști pe anumite domenii. Pacienții au dreptul la acces universal și echitabil și la un pachet minim de servicii de sănătate. Sistemele de sănătate trebuie să se supună principiului eficienței macro-economice, în sensul în care costurile asistenței nu trebuie să depășească o proporție rezonabilă din PIB, cât și al eficienței micro-economice, în sensul în care gama serviciilor oferite trebuie să garanteze rezultate bune în planul sănătății la un cost minim. Un alt principiu îndelobate recunoscut este acela că pacienții au dreptul la libertatea de alegere. Alte principii acceptate de marea majoritate a sistemelor de sănătate sunt autonomia prestatorilor de servicii de sănătate; pacienții nu trebuie să abuzeaxă serviciul medicului atrei scumpe în raport cu veniturile lor; insiticarea statutul în piața serviciilor medicale și responsabilitatea sa pentru asistența sanitară a propriilor cetățeni.

Dacă privim situația din Uniunea Europeană, vom observa nu numai sisteme de sănătate deslul de diferite între ele, dar și sisteme de sănătate care combină diverse abordări – finanțarea din bugetul de stat, asigurări de sănătate publice sau private, coplata sau plata directă a unor servicii de către pacienți. Finanțarea prin taxarea generală (de la bugetul de stat) se face în Marea Britanie, Irlanda, Danemarca, Suedia, Finlanda, Spania și Portugalia. În Grecia și Italia finanțarea este asigurată în același timp prin taxe generale și prin asigurări de sănătate. În Germania, Belgia, Luxemburg și Austria sistemul de sănătate este finanțat predominant prin asigurări sociale. În Franța și Olanda cheltuielile publice pentru sănătate sunt aproape exclusiv acoperite prin asigurări sociale de sănătate.

Diversitatea sistemelor de sănătate, dincolo de prevederile din tratate care au dedis că organizarea serviciilor de sănătate sunt în competența statelor membre, fac foarte greu de realizat politici de sănătate unitare la nivel european. Instituțiile europene au doar un rol de a emite recomandări, de a facilita schimburi de bune practici, de a propune diverse strategii comune pe anumite domenii și de a asigura libera circulație a pacienților și profesioniștilor din sănătate în interiorul Uniunii.

Atunci când se discută de alegerea unui sistem de sănătate trebuie să se țină seama și de rolul pe care statul, prin diferitele sale agenții, îl are. Un sistem

31



Un alt obstacol major în calea găsirii unui răspuns ferm la întrebarea referitoare la cel mai bun sistem de sănătate este cel reprezentat de **lipsa informațiilor adecvate** despre funcționarea și performanțele diferitelor sisteme de sănătate.

În fine, indiferent de tipul de sistem sanitar predominant, majoritatea țărilor din Uniunea Europeană au aderat la următoarele **principii** cu baza pentru politicile lor sanitare:

- acces universal și echitabil la un pachet minim de servicii de sănătate;
- eficiență macro-economică: costurile asistenței de sănătate nu trebuie să depășească o proporție rezonabilă din resursele țării respective (în general "rezonabil" în acest țări variază între 7% și 9% din PIB);
- eficiență micro-economică: gama serviciilor oferite trebuie să garanteze, pentru un cost minimal, rezultate bune în planul sănătății și al satisfacției pacienților;
- libertate de alegere din partea pacienților;
- autonomia prestatorilor/furnizorilor de servicii de sănătate;
- protecția veniturilor: pacienții nu trebuie să plătească servicii medicale prea scumpe în raport cu veniturile lor, prețurile acestor servicii ar trebui să fie legate de capacitatea lor de plată, ceea ce înseamnă prevenirea situațiilor în care costul unui tratament ar putea semnifica existența normală a unui individ sau a unei familii;
- implicarea statului în piața serviciilor medicale și responsabilitatea sa, în diferite grade, pentru asistența sanitară a propriilor cetățeni.

Majoritatea statelor dezvoltate economic și-au elaborat politicile sanitare pe bazele acestor principii comune, diferite fiind doar modalitățile de punere a acestor principii în practică, i.e. tipul de sistem de sănătate adoptat.

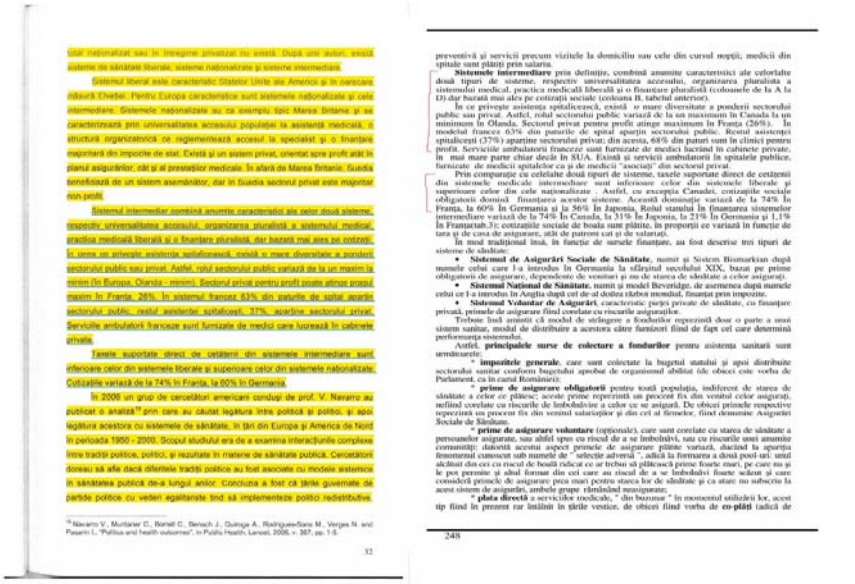
Trebuie menționat că toate aceste diferite și incertitudini stau de fapt la baza politicilor prin care diferiți actori încearcă să-și impună propria viziune asupra celui mai adecvat sistem de sănătate. În continuare vor fi dezbătute modalitățile prin care politicile de sănătate pot duce la atingerea obiectivelor sistemelor sanitare, atât la nivel național cât și la cel comunitar.

174

Fig.13

Fig.14

Fig.15



total naționalizat sau în întregime privatizat nu există. După unii autori, există sisteme de sănătate liberale, sisteme naționalizate și sisteme intermediare.

Sistemul liberal este caracteristic Statelor Unite ale Americii și în oarecare măsură Elveției. Pentru Europa caracteristice sunt sistemele naționalizate și cele intermediare. Sistemele naționalizate au ca exemplu tipic Marea Britanie și se caracterizează prin universalitatea accesului populației la asistență medicală, o structură organizatorică ce reglementează accesul la specialist și o finanțare majoritară din impozite de stat. Există și un sistem privat, orientat spre profit atât în planul asigurărilor, cât și al prestațiilor medicale. În afară de Marea Britanie, Suedia beneficiază de un sistem asemănător, dar în Suedia sectorul privat este majoritar non-profit.

Sistemul intermediar combină anumite caracteristici ale celor două sisteme, respectiv universalitatea accesului, organizarea pluralistă a sistemului medical, practica medicală liberală și o finanțare pluralistă, dar bazată mai ales pe cotizații. În ceea ce privește asistența spitalicească, există o mare diversitate a ponderii sectorului public, respectiv privat. Astfel, rolul sectorului public variază de la un maxim în Olanda, la un minim în Franța. Sectorul privat pentru profit atinge maximum în Franța (26%). În modelul francez 63% din paturile de spital aparțin sectorului public, 37% aparține sectorului privat. Serviciile ambulatorii franceze sunt furnizate de medici care lucrează în cabinete private.

Taxele suportate direct de cetățeni din sistemele intermediare sunt inferioare celor din sistemele liberale și superioare celor din sistemele naționalizate. Cotizațiile variază de la 74% în Franța, la 60% în Germania.

În 2006 un grup de cercetători americani condus de prof. V. Navarro au publicat o analiză[9] prin care au căutat legătura între politică și politici, și apoi legătura acestora cu sistemele de sănătate, în țări din Europa și America de Nord în perioada 1950 - 2000. Scopul studiului era de a examina interacțiunile complexe între tradiții politice, politici, și rezultate în materie de sănătate publică. Cercetătorii doreau să afle dacă diferitele tradiții politice au fost asociate cu modele sistemice în sănătatea publică de-a lungul anilor. Concluzia a fost că țările guvernate de partide politice cu vederi egalitariste tind să implementeze politici redistributive.

[9] Navarro V., Muntaner C., Borrell C., Benach J., Quiroga A., Rodriguez-Sanz M., Verges N. and Pasarin I., "Politics and health outcomes", in Public Health, Lancet, 2006, v. 367, pp. 1-5.

32

preventivă și servicii precum vizitele la domiciliu sau cele din cursul nopții; medicii din spitale sunt plătiți prin salariu.

Sistemele intermediare prin definiție, combină anumite caracteristici ale celorlalte două tipuri de sisteme, respectiv universalitatea accesului, organizarea pluralistă a sistemului medical, practica medicală liberală și o finanțare pluralistă (coloanele de la A la D) dar bazată mai ales pe cotizații sociale (coloana B, tabelul anterior).

În ce privește asistența spitalicească, există o mare diversitate a ponderii sectorului public sau privat. Astfel, rolul sectorului public variază de la un maximum în Canada la un minimum în Olanda. Sectorul privat pentru profit atinge maximum în Franța (26%). În modelul francez 63% din paturile de spital aparțin sectorului public. Restul asistenței spitalicești (37%) aparține sectorului privat; din acesta, 68% din paturi sunt în clinici pentru profit. Serviciile ambulatorii franceze sunt furnizate de medici lucrând în cabinete private, în mai mare parte chiar decât în SUA. Există și servicii ambulatorii în spitalele publice, furnizate de medicii spitalelor ca și de medicii "asociați" din sectorul privat.

Prin comparație cu celelalte două tipuri de sisteme, taxele suportate direct de cetățenii din sistemele medicale intermediare sunt inferioare celor din sistemele liberale și superioare celor din cele naționalizate . Astfel, cu excepția Canadei, cotizațiile sociale obligatorii dețin finanțarea acestor sisteme. Această dominație variază de la 74% în Franța, la 60% în Germania și la 36% în Japonia, Rolul statului în finanțarea sistemelor intermediare variază de la 74% în Canada, la 31% în Japonia, la 23% în Germania și 1,1% în Franța(tab.3); cotizațiile sociale de boală sunt plătite, în proporții ce variază în funcție de țara și de casa de asigurare, atât de patroni cât și de salariați.

În mod tradițional însă, în funcție de sursele finanțare, au fost descrise trei tipuri de sisteme de sănătate:

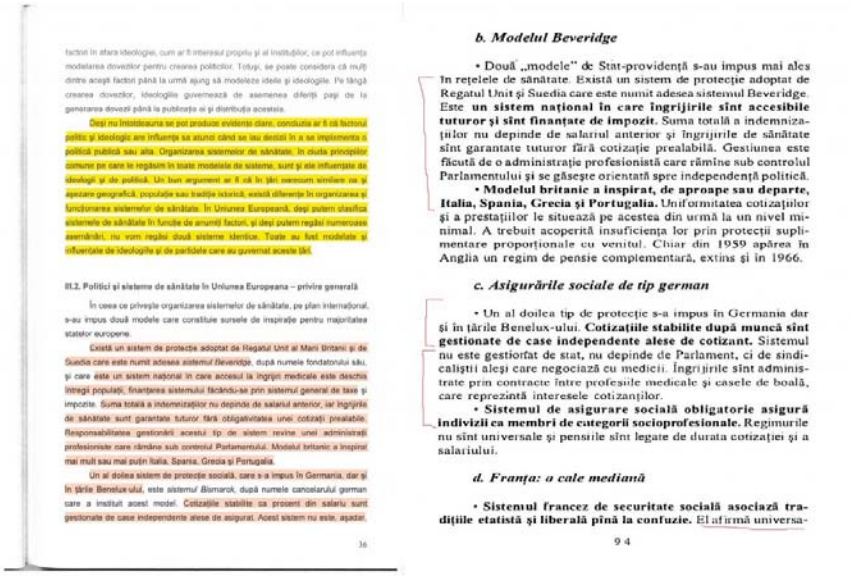
- **Sistemul de Asigurări Sociale de Sănătate**, numit și Sistem Bismarkian după numele celui care l-a introdus în Germania la sfârșitul secolului XIX, bazat pe prime obligatorii de asigurare, dependente de venituri și nu de starea de sănătate a celor asigurați.
- **Sistemul Național de Sănătate**, numit și model Beveridge, de asemenea după numele celui ce l-a introdus în Anglia după cel de-al doilea război mondial, finanțat prin impozite.
- **Sistemul Voluntar de Asigurări**, caracteristic pieței private de sănătate, cu finanțare privată, primele de asigurare fiind corelate cu riscurile asiguraților.

Trebuie însă amintit că modul de sfărâmare a fondurilor reprezintă doar o parte a unui sistem sanitar, modul de distribuire a acestora către furnizori fiind de fapt cel care determină performanța sistemului.

Astfel, **principalele surse de colectare a fondurilor** pentru asistența sanitară sunt următoarele:

- **impozitele generale**, care sunt colectate la bugetul statului și apoi distribuite sectorului sanitar conform bugetului aprobat de organismul abilitat (de obicei este vorba de Parlament, ca în cazul României);
- **prime de asigurare obligatorii** pentru toată populația, indiferent de starea de sănătate a celor ce plătesc; aceste prime reprezintă un procent fix din venitul celor asigurați, neflind corelate cu riscurile de îmbolnăvire a celor ce se asigură. De obicei primele respective reprezintă un procent fix din venitul salariaților și din cel al firmelor, fiind denumite Asigurări Sociale de Sănătate.
- **prime de asigurare voluntare** (opționale), care sunt corelate cu starea de sănătate a persoanelor asigurate, sau altfel spus cu riscul de a se îmbolnăvi, sau cu riscurile unei anumite comunități; datorită acestui aspect primele de asigurare plătite variază, diacând în aparția fenomenul cunoscut sub numele de " selecție adversă ", adică la formarea a două pool-uri: unul alcătuit din cei cu risc de boală ridicat ce ar trebui să plătească prime foarte mari, pe care nu și le pot permite și altul format din cei care au risc de a se îmbolnăvi foarte scăzut și care consideră primele de asigurare prea mari pentru starea lor de sănătate și ca atare nu subscriu la acest sistem de asigurări, ambele grupe rămânând neasigurate.
- **plata directă** a serviciilor medicale, " din buzunar " în momentul utilizării lor, acest tip fiind în prezent cel întâlnit în țările vestice, de obicei fiind vorba de **co-plăți** (adică de

248



factorii în afara ideologiei, cum ar fi interesul propriu și al instituțiilor, ce pot influența modelarea dovezilor pentru crearea politicilor. Totuși, se poate considera că mulți dintre acești factori până la urmă ajung să modeleze ideile și ideologiile. Pe lângă crearea dovezilor, ideologiile guvernează de asemenea diferiți pași de la generarea dovezii până la publicația și și distribuția acesteia.

Deși nu întotdeauna se pot produce evidențe clare, conducta ar fi că factorul politic și ideologic are influență sa atunci când se iau deciziii în a se implementa o politică publică sau alta. Organizarea sistemelor de sănătate, în ciuda principiilor comune pe care le regăsim în toate modelele de sisteme, sunt și ele influențate de ideologii și de politică. Un bun argument ar fi că în țări aproape similare ca și apropiere geografică, populație sau tradiție istorică, există diferențe în organizarea și funcționarea sistemelor de sănătate. În Uniunea Europeană, deși putem clasifica sistemele de sănătate în funcție de anumiți factori, și deși putem regăsi numeroase asemănări, nu vom regăsi două sisteme identice. Toate au fost modelate și influențate de ideologiile și de partidele care au guvernat aceste țări.

III.2. Politici și sisteme de sănătate în Uniunea Europeană – privire generală

În ceea ce privește organizarea sistemelor de sănătate, pe plan internațional, s-au impus două modele care constituie sursele de inspirație pentru majoritatea statelor europene.

Există un sistem de protecție adoptat de Regatul Unit al Marii Britanii și de Suedia care este numit adesea *sistemul Beveridge*, după numele fondatorului său, și care este un sistem național în care accesul la îngrijiri medicale este deschis întregii populații, finanțarea sistemului făcându-se prin sistemul general de taxe și impozite. Suma totală a indemnizațiilor nu depinde de salariul anterior, iar îngrijirile de sănătate sunt garantate tuturor fără obligativitatea unei cotizații prealabile. Responsabilitatea gestionării acestui tip de sistem revine unei administrații profesioniste care rămâne sub controlul Parlamentului. Modelul britanic a inspirat mai mult sau mai puțin Italia, Spania, Grecia și Portugalia.

Un al doilea sistem de protecție socială, care s-a impus în Germania, dar și în țările Benelux-ului, este *sistemul Bismarck*, după numele cancelarului german care a instituit acest model. Cotizațiile stabilite ca procent din salariu sunt gestionate de case independente alese de asigurat. Acest sistem nu este, așadar,

36

b. Modelul Beveridge

• Două „modele" de Stat-providență s-au impus mai ales în rețelele de sănătate. Există un sistem de protecție adoptat de Regatul Unit și Suedia care este numit adesea sistemul Beveridge. Este **un sistem național în care îngrijirile sînt accesibile tuturor și sînt finanțate de impozit.** Suma totală a indemnizațiilor nu depinde de salariul anterior și îngrijirile de sănătate sînt garantate tuturor fără cotizație prealabilă. Gestiunea este făcută de o administrație profesionistă care rămîne sub controlul Parlamentului și se găsește orientată spre independență politică.

• **Modelul britanic a inspirat, de aproape sau departe, Italia, Spania, Grecia și Portugalia.** Uniformitatea cotizațiilor și a prestațiilor le situează pe acestea din urmă la un nivel minimal. A trebuit acoperită insuficiența lor prin protecții suplimentare proporționale cu venitul. Chiar din 1959 apărea în Anglia un regim de pensie complementară, extins și în 1966.

c. Asigurările sociale de tip german

• Un al doilea tip de protecție s-a impus în Germania dar și în țările Benelux-ului. **Cotizațiile stabilite după muncă sînt gestionate de case independente alese de cotizant.** Sistemul nu este gestiorfat de stat, nu depinde de Parlament, ci de sindicaliști aleși care negociază cu medicii. Îngrijirile sînt administrate prin contracte între profesiile medicale și casele de boală, care reprezintă interesele cotizanților.

• **Sistemul de asigurare socială obligatorie asigură indivizii ca membri de categorii socioprofesionale.** Regimurile nu sînt universale și pensiile sînt legate de durata cotizației și a salariului.

d. Franța: a cale mediană

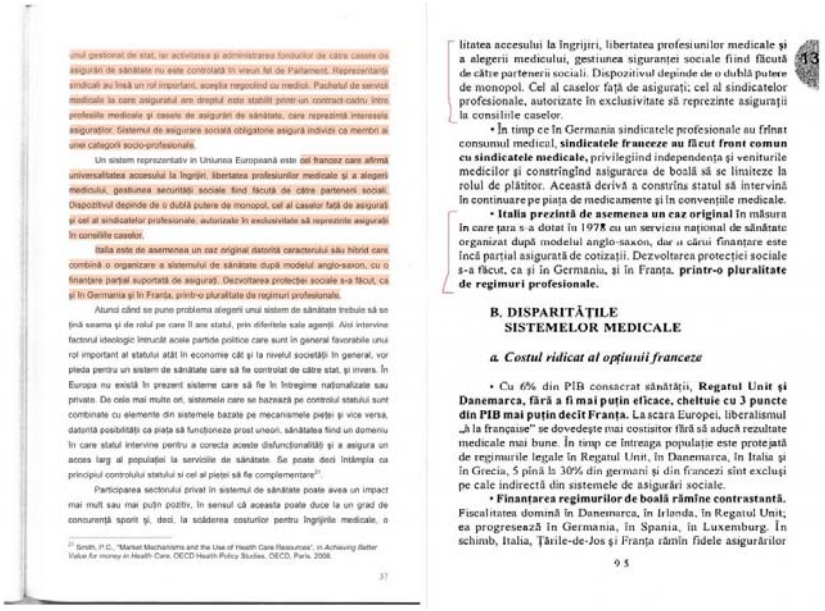
• **Sistemul francez de securitate socială asociază tradițiile etatistă și liberală pînă la confuzie.** El afirmă universa-

9 4

Fig.16

În deschiderea capitolului III.2 dedicat sistemelor de sănătate din Europa, Bușoi preia aproximativ o pagină din Demier[8], fără citare și cu ușoare alterări, probabil via o sursă intermediară la care nu am avut acces. Am evidențiat cu culoarea roz textul preluat din Demier:

Fig.17



unul gestionat de stat, iar activitatea și administrarea fondurilor de către casele de asigurări de sănătate nu este controlată în vreun fel de Parlament. Reprezentanții sindicali au însă un rol important, aceștia negociind cu medicii. Pachetul de servicii medicale la care asigurații are dreptul este stabilit printr-un contract-cadru între profesiile medicale și casele de asigurări de sănătate, care reprezintă interesele asiguraților. Sistemul de asigurare socială obligatorie asigură indivizi ca membri ai unei categorii socio-profesionale.

Un sistem reprezentativ în Uniunea Europeană este cel francez care afirmă universalitatea accesului la îngrijiri, libertatea profesiunilor medicale și a alegerii medicului, gestiunea securității sociale fiind făcută de către partenerii sociali. Dispozitivul depinde de o dublă putere de monopol, cel al caselor față de asigurați și cel al sindicatelor profesionale, autorizate în exclusivitate să reprezinte asigurații în consiliile caselor.

Italia este de asemenea un caz original datorită caracterului său hibrid care combină o organizare a sistemului de sănătate după modelul anglo-saxon, cu o finanțare parțial suportată de asigurați. Dezvoltarea protecției sociale s-a făcut, ca și în Germania și în Franța, printr-o pluralitate de regimuri profesionale.

Atunci când se pune problema alegerii unui sistem de sănătate trebuie să se țină seama și de rolul pe care îl are statul, prin diferitele sale agenții. Aici intervine factorul ideologic întrucât acele partide politice care sunt în general favorabile unui rol important al statului atât în economie cât și la nivelul societății în general, vor pleda pentru un sistem de sănătate care să fie controlat de către stat, și invers. În Europa nu există în prezent sisteme care să fie în întregime naționalizate sau private. De cele mai multe ori, sistemele care se bazează pe controlul statului sunt combinate cu elemente din sistemele bazate pe mecanismele pieței și vice versa, datorită posibilității ca piața să funcționeze prost uneori, sănătatea fiind un domeniu în care statul intervine pentru a corecta aceste disfuncționalități și a asigura un acces larg al populației la serviciile de sănătate. Se poate deci întâmpla ca principiul controlului statului să cel al pieței să fie complementare[37].

Participarea sectorului privat în sistemul de sănătate poate avea un impact mai mult sau mai puțin pozitiv, în sensul că aceasta poate duce la un grad de concurență sporit și, deci, la scăderea costurilor pentru îngrijirile medicale, o

[37] Smith, P.C., "Market Mechanisms and the Use of Health Care Resources", in *Achieving Better Value for money in Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD, Paris, 2006.

37

litatea accesului la îngrijiri, libertatea profesiunilor medicale și a alegerii medicului, gestiunea siguranței sociale fiind făcută de către partenerii sociali. Dispozitivul depinde de o dublă putere de monopol. Cel al caselor față de asigurați; cel al sindicatelor profesionale, autorizate în exclusivitate să reprezinte asigurații la consiliile caselor.

• În timp ce în Germania sindicatele profesionale au frînat consumul medical, **sindicatele franceze au făcut front comun cu sindicatele medicale,** privilegiind independența și veniturile medicilor și constrîngînd asigurarea de boală să se limiteze la rolul de plătitor. Această derivă a constrîns statul să intervină în continuare pe piața de medicamente și în convențiile medicale.

• **Italia prezintă de asemenea un caz original** în măsura în care țara s-a dotat în 1978 cu un serviciu național de sănătate organizat după modelul anglo-saxon, dar a cărui finanțare este încă parțial asigurată de cotizații. Dezvoltarea protecției sociale s-a făcut, ca și în Germaniu, și în Franța, **printr-o pluralitate de regimuri profesionale.**

B. DISPARITĂȚILE SISTEMELOR MEDICALE

a. Costul ridicat al opțiunii franceze

• Cu 6% din PIB consacrat sănătății, **Regatul Unit și Danemarca, fără a fi mai puțin eficace, cheltuie cu 3 puncte din PIB mai puțin decît Franța.** La scara Europei, liberalismul „à la française" se dovedește mai costisitor fără să aducă rezultate medicale mai bune. În timp ce întreaga populație este protejată de regimurile legale în Regatul Unit, în Danemarca, în Italia și în Grecia, 5 pînă la 30% din germani și din francezi sînt excluși pe cale indirectă din sistemele de asigurări sociale.

• **Finanțarea regimurilor de boală rămîne contrastantă.** Fiscalitatea domină în Danemarca, în Irlanda, în Regatul Unit; ea progresează în Germania, în Spania, în Luxemburg. În schimb, Italia, Țările-de-Jos și Franța rămîn fidele asigurărilor

95

Fig.18

În continuarea capitolului întâlnim un mozaic de paragrafe care se regăsesc pe Internet în mai multe studii anterioare tezei de doctorat [9][10]. Autorul inițial s-a pierdut în negura copierilor succesive, probabil este vorba tot despre o lucrare de Vlădescu la care nu am avut acces. Bușoi nu citează aceste surse dar augmentează la rândul lui textul cu date statistice Eurostat, corect citate.

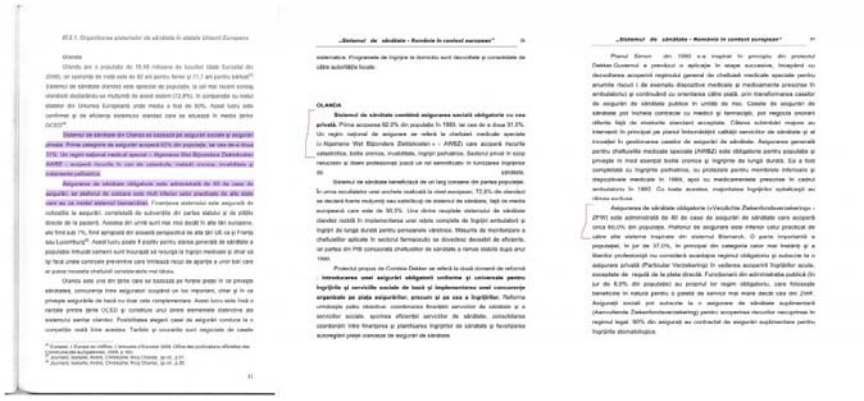


Fig.19

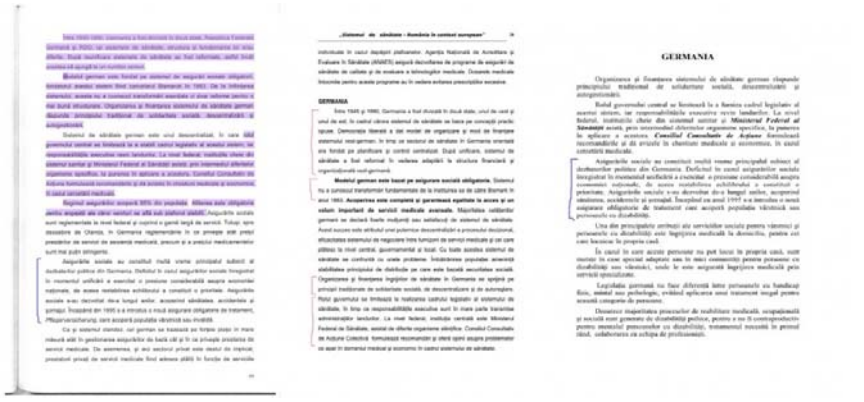
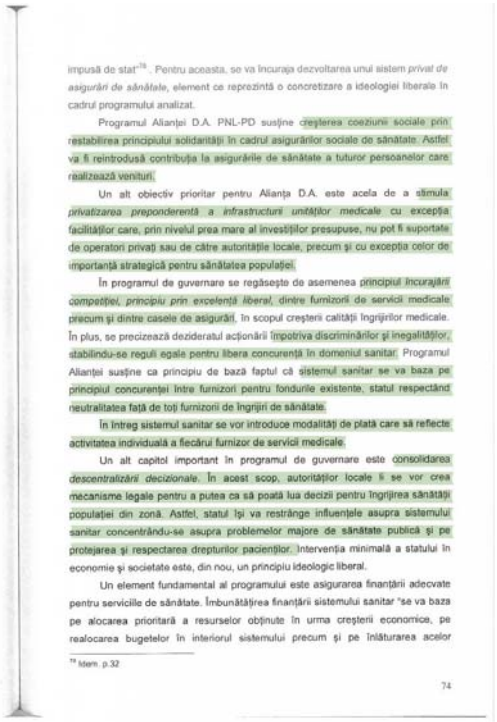


Fig.20

Secțiunea IV, rezervată, conform spuselor autorului din introducere, exclusiv contribuțiilor proprii, debutează cu un subcapitol dedicat istoriei sistemelor de sănătate românești care citează de circa 12 ori Vlădescu-Scânteie[11], o lucrare în limba engleză. Acesta este singurul bloc mai lung de 20 de pagini al lucrării în care nu am detectat paragrafe preluate identic din alte surse în limba română.

Capitolele IV.2 și IV.3 ale secțiunii IV se ocupă de analiza programelor de guvernare și a celor electorale publicate în perioada 2004-2009. Ce frapează la aceste capitole este spațiul modest acordat *analizei* propriu-zise și zecile de pagini în

care autorul citează sau parafrazează textul programelor la care face referire. Subliniem încă o dată că nu discutăm de o anexă, ci de secțiunea pe care autorul a rezervat-o tocmai pentru prezentarea contribuțiilor proprii și care ar trebui să fie substanțiale în corpul tezei. Cu titlu de exemplu, prezentăm în figurile de mai jos câteva pagini din subcapitolele dedicate analizei programelor electorale ale alianței D.A. (verde), PNL (bleu), PSD+PC (gri), PDL (portocaliu) și PSD 2009-2012 (roșu). (click pe imagine pentru marire)



impusă de stat"[73]. Pentru aceasta, se va încuraja dezvoltarea unui sistem *privat de asigurări de sănătate*, element ce reprezintă o concretizare a ideologiei liberale în cadrul programului analizat.

Programul Alianței D.A. PNL-PD susține creșterea coeziunii sociale prin restabilirea principiului solidarității în cadrul asigurărilor sociale de sănătate. Astfel va fi reintrodusă contribuția la asigurările de sănătate a tuturor persoanelor care realizează venituri.

Un alt obiectiv prioritar pentru Alianța D.A. este acela de a stimula *privatizarea preponderentă a infrastructurii unităților medicale* cu excepția facilităților care, prin nivelul prea mare al investițiilor presupuse, nu pot fi suportate de operatori privați sau de către autoritățile locale, precum și cu excepția celor de importanță strategică pentru sănătatea populației.

În programul de guvernare se regăsește de asemenea principiul *încurajării competiției, principiu prin excelență liberal*, dintre furnizorii de servicii medicale precum și dintre casele de asigurări. În scopul creșterii calității îngrijirilor medicale. În plus, se precizează dezideratul acționării împotriva discriminărilor și inegalităților, stabilindu-se reguli egale pentru libera concurență în domeniul sanitar. Programul Alianței susține ca principiu de bază faptul că sistemul sanitar se va baza pe principiul concurenței între furnizori pentru fondurile existente, statul respectând neutralitatea față de toți furnizorii de îngrijiri de sănătate.

În întreg sistemul sanitar se vor introduce modalități de plată care să reflecte activitatea individuală a fiecărui furnizor de servicii medicale.

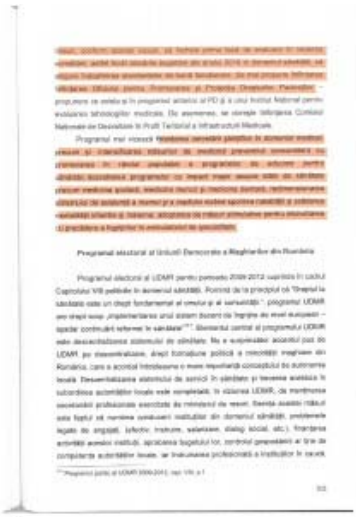
Un alt capitol important în programul de guvernare este consolidarea *descentralizării decizionale*. În acest scop, autorităților locale li se vor crea mecanisme legale pentru a putea ca să poată lua decizii pentru îngrijirea sănătății populației din zonă. Astfel, statul își va restrânge influențele asupra sistemului sanitar concentrându-se asupra problemelor majore de sănătate publică și pe protejarea și respectarea drepturilor pacienților. Intervenția minimală a statului în economie și societate este, din nou, un principiu ideologic liberal.

Un element fundamental al programului este asigurarea finanțării adecvate pentru serviciile de sănătate. Îmbunătățirea finanțării sistemului sanitar "se va baza pe alocarea prioritară a resurselor obținute în urma creșterii economice, pe realocarea bugetelor în interiorul sistemului precum și pe înlăturarea acelor

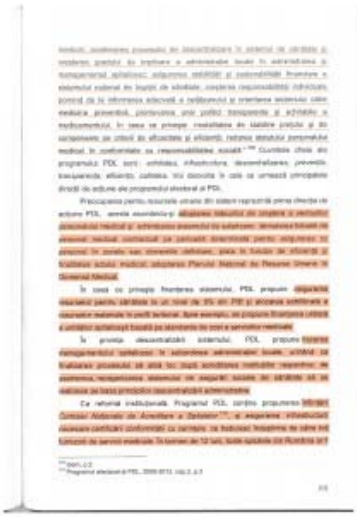
[73] Idem. p.32

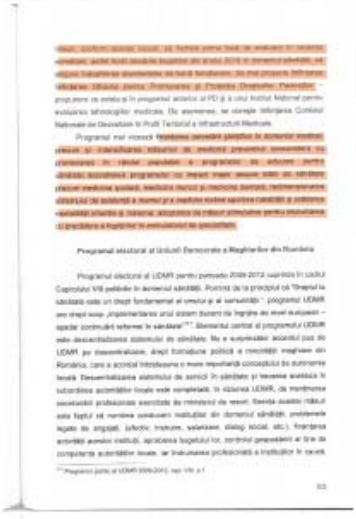
74



























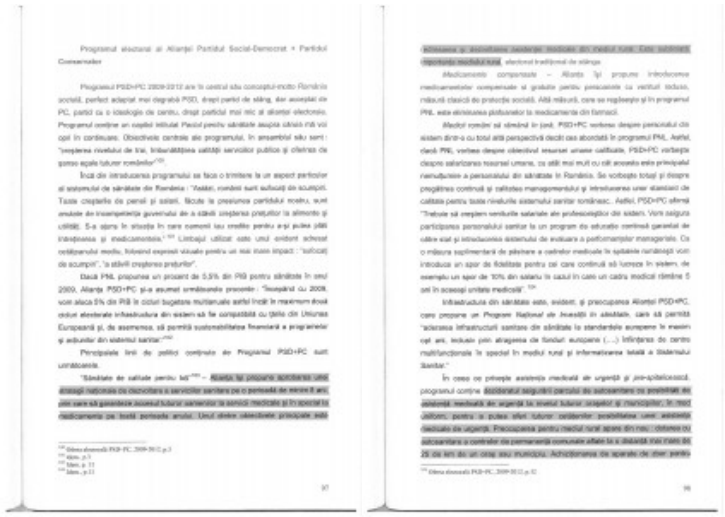


Fig. 21-41

Concluzii

În cadrul tezei analizate, un procent alarmant din text îl constituie preluările din alte surse, citate corespunzător sau nu. Este evident că autorul cunoaște rigorile citării – căci în anumite cazuri citează corect – cu toate acestea, în numeroase rânduri, transcrie textul din alte surse, fără să utilizeze ghilimele, apoi numește cu nonșalanță sursa, ca și cum ar încerca să se absolve de greșeală. Fără a ne pronunța asupra relevanței științifice a tezei, pe care o vom lăsa la aprecierea specialiștilor, ne vom limita la a observa că contribuțiile științifice ale autorului, în măsura în care ele există, sunt foarte greu de localizat fizic în corpul tezei care pare construită în esență ca un exercițiu tehnoredactare de text, nu de diseminare a unor rezultate științifice.

Nota: *Institutul pentru Modernizarea Educației (IMEDU) este o organizație non-guvernamentală apolitică având ca scop sprijinirea procesului de reformă a sistemului național de educație. IMEDU promovează strategiile didactice moderne, educația centrată pe elev și integritatea academică la toate nivelurile de învățământ.*

Referințe

[1] Codul de etică și deontologie profesională al Universității de medicină și farmacie „Victor Babeș” din Timișoara, Art 13 (2) litera a.

[2] Harvard Guide to Using Sources, http://usingsources.fas.harvard.edu/

[3] Andrei Țăranu, Doctrine politice contemporane, curs SNSPA 2001

[4] Alina Mungiu-Pippidi coord., *Doctrine politice*, Polirom 1998

[5] Cristian Bușoi, *Sisteme de sănătate și influența ideologiilor politice*, *Management în sănătate*, XIV/2/2010

[6] Cosima Rughiniș, *Plagiatul*, Universitatea București 2010

[7] Cristian Vlădescu coord., *Sănătate publică și management sanitar*, Cartea Universitară, 2004

[8] Francis Demier, *Istoria politicilor sociale*, Institutul European, 1998

[9] Consiliul Național al persoanelor vârstnice, *Sistemul sanitar: România în context european*, 2009

[10] *Îngrijiri medicale comunitare la nivelul Uniunii Europene*, 2005, document accesat pe site-ul Senatului României

[11] C. Vlădescu, G. Scîntee, V. Olsavszky, *Romania: Health system review,* Health Systems în transition. European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 10, No. 3 2008

Ai informatii despre tema de mai sus? Poti contribui la o mai buna intelegere a subiectului? Scrie articolul tau si trimite-l la editor[at]contributors.ro

Share |

Citeste mai multe despre: plagiat