

Criteria de alegere a unui sistem de asigurări de sănătate

Dr. Silvia Gabriela Scîntee, Școala Națională de Sănătate Publică Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar București, sgscintee@snspsms.ro

Rezumat

Scopul lucrării este de a crește nivelul de cunoștințe al pacienților cu privire la modalitățile de finanțare ale sistemelor de sănătate, astfel încât aceștia să poată contribui la dezbaterile publice privind acest subiect în baza unei opinii informate. Lucrarea prezintă o analiză comparată a sistemelor de finanțare pe baza unor criterii privind accesul la servicii, acoperirea riscului financiar și gradul de performanță al sistemului de sănătate. De asemenea, lucrarea analizează câțiva indicatori de performanță a trei sisteme de sănătate cu finanțare diferită: Marea Britanie (sistem național de sănătate), Germania (sistem de asigurări sociale de sănătate) și SUA (sistem de asigurări private de sănătate). Concluziile analizei invită la aprofundarea și completarea cunoștințelor în acest domeniu, lăsînd dezbateră deschisă, deoarece nu se poate face o afirmație fermă privind cel mai bun, sau cel mai puțin bun sistem. Fiecare metodă de finanțare are avantaje și dezavantaje și din această cauză se preferă o finanțare mixtă. Metoda de finanțare nu este singurul determinant al performanțelor sistemului de sănătate așa că trebuie avute în vedere și alte aspecte, cum ar fi organizarea și natura furnizorilor de servicii (publică/privată), metodele de plată a furnizorilor, gradul de descentralizare. În alegerea metodelor de finanțare trebuie să se aibă în vedere atingerea obiectivelor sistemului de sănătate care în general vizează îmbunătățirea stării de sănătate a populației, răspunsul sistemului la așteptările populației și asigurarea protecției financiare față de costurile bolii.

Cuvintele cheie

Asigurări de sănătate, sisteme de sănătate, finanțarea sistemelor de sănătate, performanța sistemelor de sănătate

Introducere

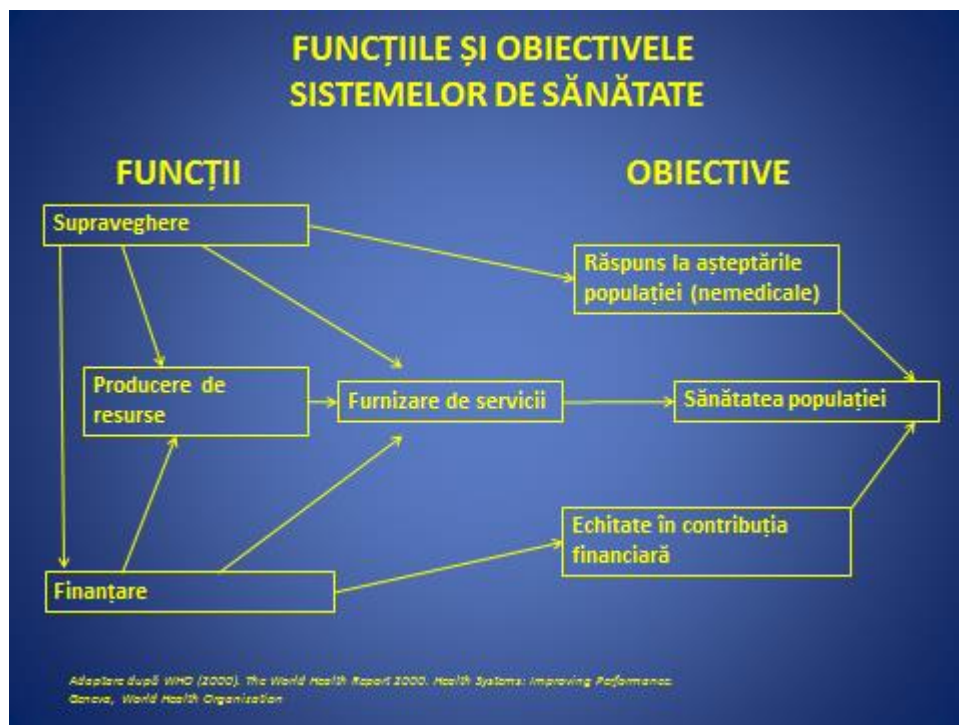
Pacienții sunt tot mai solicitați să participe la luarea deciziei, atât în privința tratamentelor și a îngrijirilor de sănătate pe care le primesc, cât și privind adoptarea politicilor de sănătate. Acest lucru este benefic, deoarece contribuie pe de o parte la responsabilizarea pacienților privind propria stare de sănătate, iar pe de altă parte la crearea unui sistem de sănătate și furnizarea de servicii cât mai centrate pe nevoile pacientului. Influențarea deciziei de către pacienți, așa cum consideră Alianța Internațională a Organizațiilor de Pacienți, este limitată de o serie de factori, cum ar fi: aspecte practice sau financiare, bariere culturale, atitudini personale sau lipsa cunoștințelor adecvate (IAPO, 2016). Această prezentare are ca scop creșterea nivelului de cunoștințe al pacienților în domeniul finanțării sistemelor de sănătate, prin furnizarea de informații privind modul de finanțare a unui sistem de sănătate și principalele criterii care ar trebui să stea la baza formulării politicilor și luării deciziilor în această privință. Astfel, diversele metode de finanțare sunt analizate din prisma gradului de atingere a obiectivelor care trebuie urmărite de un sistem de sănătate, și analiza comparată a acestora este însoțită și de exemple reale, astfel încât concluziile rezultate să poată sprijini pacienții sau potențialii pacienți în formularea unei opinii informate privind reformele propuse în cadrul sistemului de sănătate.

Funcțiile și obiectivele unui sistem de sănătate

Deși unele state au început să emită legi cu caracter sanitar încă din secolul XVIII, majoritatea impuse de nevoia de a preveni răspândirea epidemiilor de boli infecțioase, sistemele de sănătate care protejează populația împotriva riscului de boală au apărut doar după cel de-al 2lea Război Mondial (Liaropoulos și colab., 2015). Chiar și în zilele noastre, sistemele de sănătate care garantează acoperirea cu servicii a populației sunt întâlnite doar în țările dezvoltate - aproximativ 40 din cele 200 de țări ale lumii (Reid, 2010).

În conformitate cu Raportul Organizației Mondiale a Sănătății din anul 2000, care a avut ca temă sistemele de sănătate și îmbunătățirea performanței acestora, prin sistem de sănătate se înțelege totalitatea activităților care au ca scop promovarea, restaurarea sau menținerea stării de sănătate (WHO, 2000). O astfel de definiție este foarte cuprinzătoare, incluzând de la ultimele tehnologii de diagnostic și tratament până la acțiuni de educație pentru sănătate sau tratamente aplicate de vraci tradiționali (acolo unde aceștia există). Sistemele de sănătate sunt specifice fiecărei țări, și chiar în cadrul unor organizații interstatale cum este Uniunea Europeană care a dezvoltat o piață unică în cadrul unui sistem standardizat și unificat de legi care se aplică tuturor statelor membre, responsabilitatea organizării sistemului de sănătate revine guvernelor naționale, Uniunea Europeană având doar rol de facilitator în atingerea obiectivelor și în rezolvarea provocărilor comune (Uniunea Europeană, 2016). La nivelul organizațiilor internaționale sunt elaborate doar definiții, linii directe, principii sau standarde. Astfel, tot în Raportul din anul 2000, Organizația Mondială a Sănătății definește obiectivele care trebuie urmărite de un sistem de sănătate, respectiv: (1) îmbunătățirea stării de sănătate a populației, (2) răspunsul la așteptările populației și (3) asigurarea protecției financiare față de costurile bolii. În vederea îndeplinirii acestor obiective, sistemul de sănătate are de îndeplinit patru funcții majore: (1) supraveghere (*Stewardship*), (2) finanțare, (3) producere de resurse și (4) furnizare de servicii (fig. 1) (WHO, 2000).

Fig. 1 Relația dintre funcțiile și obiectivele sistemelor de sănătate



Sursa: WHO, 2000

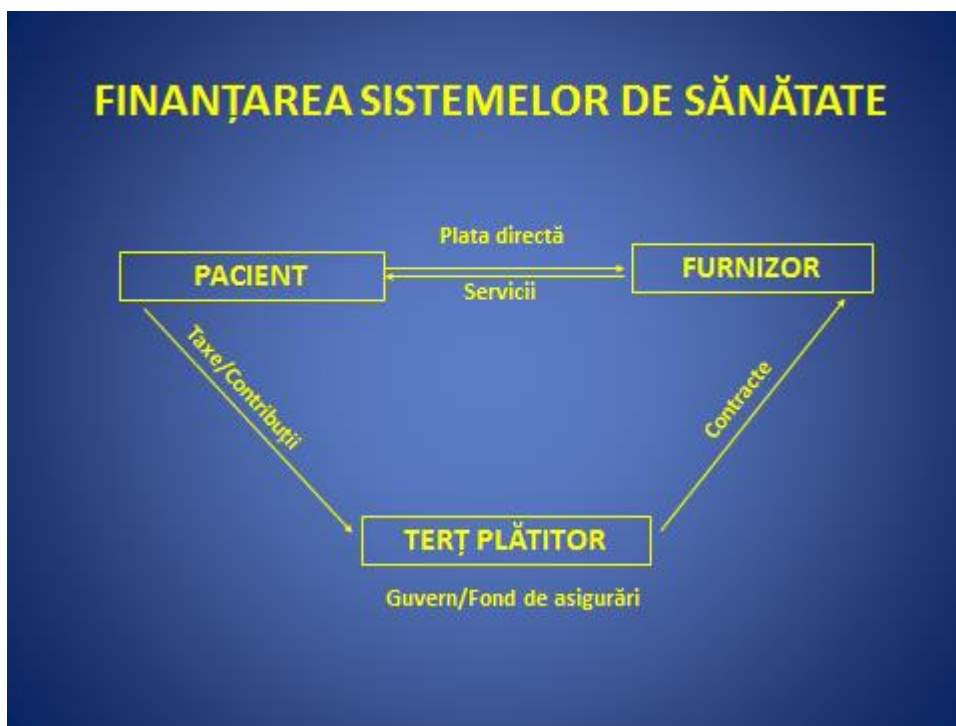
Ca urmare, în alegerea formei de organizare a sistemului de sănătate, trebuie să se asigure condițiile necesare pentru îndeplinirea cu succes a celor patru funcții, astfel încât să se atingă rezultatul final – o populație cât mai sănătoasă posibil, dar și celelalte două obiective conexe: răspunsul față de așteptările populației, de altă natură decât medicală (ex. timp de așteptare redus, respect, informare, etc) și asigurarea protecției financiare împotriva bolii, asigurându-se echitate în plata contribuției pentru sănătate, astfel încât aceasta să nu constituie un factor care determină sărăcia într-o gospodărie. Dintre funcțiile sistemului de sănătate, finanțarea este considerată cea mai importantă. Modul în care se realizează această funcție, determină în mare măsură gradul de asigurare a echității în plata contribuției pentru sănătate, dar

și nivelul stării de sănătate a unei populații, prin susținerea celorlalte funcții, mai ales producerea de resurse și furnizarea de servicii. Nu în ultimul rând finanțarea sistemului are impact și asupra răspunsului față de așteptările populației, prin stimulentele pe care le crează asupra furnizorilor de servicii de sănătate (Normand și colab., 2009).

Metode de finanțare a sistemelor de sănătate

Sistemele de sănătate pot fi finanțate în patru moduri: prin plată directă, din taxe și impozite, prin asigurări sociale de sănătate și prin asigurări private de sănătate (Mossialos și colab., 2002). În cazul în care sursele de finanțare sunt taxele și impozitele sau contribuțiile de asigurări de sănătate, între pacient și furnizor intervine un terț plătitor (fig. 2). În situația reală, cele mai multe sisteme de sănătate au o finanțare mixtă, dar tipologia sistemului este dată de metoda de finanțare predominantă. Având în vedere importanța finanțării sistemului de sănătate pentru îndeplinirea celorlalte funcții, precum și impactul pe care îl are asupra performanței sistemului de sănătate, aceasta constituie principalul criteriu de clasificare a sistemelor de sănătate. Astfel, făcând abstracție de plata efectuată direct de consumator în momentul furnizării serviciilor, corespunzătoare unui sistem de piață liberă, în tipologia sistemelor de sănătate sunt descrise trei modele, care în funcție de metoda predominantă de finanțare sunt: sistem național de sănătate, sistem de asigurări sociale de sănătate și sistem de asigurări private de sănătate.

Fig. 2 Metode de finanțare a sistemelor de sănătate



Plata directă

Plata directă făcută de pacient în momentul furnizării serviciului este cea mai răspândită metodă de finanțare la nivel mondial (Savedoff, 2004). Analiza efectuată de Organizația Mondială a Sănătății în 2000 arăta că în 60% din țările cu venit redus (sub 754 Euro pe cap de locuitor) plata directă reprezintă 40% sau mai mult din cheltuielile totale pentru sănătate (WHO, 2000). Dezavantajul major al acestui mod de finanțare este crearea de inechități prin faptul că persoanele cu venit redus sunt incapabile să plătescă

serviciile de îngrijiri de sănătate de care au nevoie, sau în cazul în care plătesc, ajung în situația așa numită de ”risc financiar catastrofal”. Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății plata pentru serviciile de sănătate este considerată ”catastrofală” atunci când reprezintă 40% sau mai mult din venitul care rămâne gospodăriei după scăderea cheltuielilor de bază pentru existență (hrană, îmbrăcăminte, locuință, etc) (Xu și colab., 2005). În România, plata directă reprezintă 19% din totalul cheltuielilor pentru sănătate, iar cheltuielile pentru sănătate pe gospodărie sunt de 12,2% din venitul rămas după scăderea cheltuielilor de bază (23% pentru pensionari) (date pentru 2014) (INS, 2016).

Eșecul pieței libere în sănătate

În mecanismul de plată directă, se creează o piață nemijlocită pentru servicii de sănătate: pacienții cumpără serviciile oferite de furnizori. Chiar dacă în realitate nu prea există această situație, pentru a fi eficientă o piață trebuie să se afle în echilibru. Aceasta înseamnă că la un anumit preț - ”prețul de echilibru” - producătorii sunt capabili să vândă tot ceea ce doresc (obținând profitul maxim posibil), iar consumatorii pot să cumpere tot ce vor ei (atingând valoarea maximă posibilă a utilității). La prețul de echilibru, cantitatea vândută este egală cu cantitatea cumpărată – situație ideală, în care neexistând pierderi se atinge eficiența maximă. Pentru a atinge însă acest echilibru, piața trebuie să îndeplinească anumite condiții, printre care: certitudine asupra nevoilor de servicii și consumatori informați cu privire la prețul și calitatea serviciilor, lipsa monopolului, intrarea și ieșirea liberă pe piață a producătorilor, lipsa externalităților.

Certitudinea asupra apariției nevoilor de servicii se referă la faptul că toți consumatorii știu foarte bine ce au nevoie, când au nevoie și de unde pot obține ceea ce au nevoie. Aceasta ar da posibilitatea ca obținerea de îngrijiri să poată fi previzibilă și planificată. Acest lucru este posibil doar pentru unele tipuri de îngrijiri, dar majoritatea bolilor vin pe neașteptate, iar serviciile de îngrijiri de obicei sunt scumpe și oamenii nu și le pot permite. Consumatori informați înseamnă că aceștia își pot evalua propria stare de sănătate, precum și toate opțiunile care le au pentru a-și rezolva cât mai bine problema de sănătate. Acest lucru însă nu este posibil deoarece sunt necesare cunoștințe medicale specifice iar în lipsa lor consumatorul apelează la sfatul unui specialist, între consumator și producător stabilindu-se o relație de agenție. În piețele perfecte există mulți producători, dar mici, fără putere pe piață și care intră în competiție, ducând la scăderea prețurilor și creșterea calității, iar intrarea acestora pe piață este liberă. În cadrul serviciilor de sănătate însă se întâlnesc frecvent situații de monopol iar intrarea medicilor pe piață este limitată de obținerea licenței. Externalitățile sunt efecte indirecte ale unei activități de consum sau de producție asupra altor agenți economici care nu pot fi controlate de producători sau consumatori iar costurile și beneficiile lor nu sunt luate în considerare în tranzacțiile de piață. Dacă producătorul nu obține întregul beneficiu de pe urma producerii unui bun, atunci el tinde să renunțe la producerea acelui bun. În sistemele de sănătate există numeroase servicii din această categorie (de ex. vaccinarea).

Piața îngrijirilor de sănătate nu îndeplinește nici una din aceste condiții. Principalele cauze ale ”eșecului pieței” serviciilor de sănătate menționate în literatura de specialitate sunt: incertitudinea consumatorilor asupra propriilor nevoi, asimetria informațională dintre consumatori și furnizori, puterea de monopol a furnizorilor, și faptul că numeroase servicii de sănătate sunt considerate bunuri publice sau externalități. Pe de altă parte serviciile de îngrijiri sunt costisitoare și mare parte a populației nu și le pot permite, iar sănătatea în general este considerată un ”bun meritoriu” (adică un bun care este de dorit a fi consumat pentru binele social) și este un drept fundamental al omului (Normand și colab., 2009). Eșecul pieței serviciilor de sănătate a dus la apariția piețelor de asigurări de sănătate în care între cumpărător și furnizor se interpune o altă entitate - ”terțul plătitor”. Aceste piețe pot suporta financiar apariția subită a bolilor, dar și ele, la rândul lor, sunt imperfecte. Datorită faptului că sănătatea este un bun de care nu ne putem lipsi, este nevoie ca guvernul să intervină pentru susținerea acestor piețe, prin politici care să asigure furnizarea și consumul de servicii de sănătate. Principalele căi de intervenție ale guvernelor sunt: furnizarea de servicii (ex. implementarea de programe naționale de sănătate), asigurarea accesului la

servicii a populației defavorizate ("gratuitate" sau plata contribuției), asigurarea cadrului legislativ necesar funcționării pieței (cadrul legal de funcționare a sistemului, reglementări privind calitatea și prețurile). Există trei tipuri de finanțare a unui sistem de sănătate care presupune un element de asigurare prin crearea de fonduri comune și diseminarea riscului: finanțarea de la bugetul de stat, finanțarea prin sistem de asigurări sociale de sănătate și finanțarea prin sistem de asigurări private de sănătate.

Finanțarea de la bugetul de stat

Finanțarea de la bugetul de stat, caracteristică așa numitelor "sisteme naționale de sănătate" (sisteme tip Beveridge) este o formă de asigurare împotriva riscului financiar individual în care rolul de "terț platitor" revine de obicei Ministerului Sănătății. În acest sistem fondurile pentru sănătate sunt nespecifice. Ele provin din taxele și impozitele care duc la formarea bugetului de stat. Sumele pentru sănătate sunt alocate Ministerului Sănătății pe bază de negociere, sau pe criteriul așa zis "istoric". În unele cazuri finanțarea se poate face și prin colectarea de taxe și impozite specifice (de exemplu, taxe stabilite pentru penalizarea unor comportamente nesănătoase). Acestea pot avea o destinație dinainte stabilită, sau pot intra în bugetul general al sănătății sau, în cel mai rău caz, în bugetul de stat. Sumele destinate sănătății sunt alocate de Ministerul Sănătății instituțiilor medicale din subordine, fie pe baza unor criterii specifice, fie tot prin negociere sau pe criteriul "istoric". În acest sistem, toată populația are acces la toate serviciile oferite, fără restricții și fără obligația plății acestora în momentul accesării. Există totuși excepții de servicii pentru care se solicită co-plată (de exemplu, pentru medicamente) sau plată directă (de exemplu, pentru servicii dentare) (Normand și colab, 2009).

Finanțarea prin sistem de asigurări sociale de sănătate

În cazul sistemelor de asigurări sociale de sănătate (sisteme tip Bismark), fondurile sunt colectate separat, sub formă de contribuție sau primă de asigurare, iar terțul plătitor este o instituție autonomă și independentă de Ministerul Sănătății – Casa de Asigurări Sociale de Sănătate. Quantumul contribuției este în general o decizie politică, și se stabilește ca procent din venit. Astfel, spre deosebire de sistemul național de sănătate, în sistemul de asigurări sociale, prin colectare separată, există transparență asupra fondurilor alocate pentru sănătate. Aplicându-se principiile solidarității și echității, în acest tip de sistem, fiecare persoană asigurată plătește în funcție de mărimea venitului și primește serviciile de care are nevoie, indiferent de mărimea contribuției. Colectarea fondurilor se poate face fie la nivel central, fie la nivel local. În cea de a doua situație, se menține principiul solidarității prin redistribuirea unei părți a fondurilor colectate de la regiunile mai bogate spre cele mai puțin bogate. În baza contribuțiilor plătite, pacienții fie primesc îngrijiri de sănătate fără să plătească în momentul acordării lor, plata furnizorului făcându-se de către casa de asigurări, fie plătesc serviciul consumat și sunt ulterior rambursați de către casa de asigurări de sănătate. Accesul este limitat la serviciile incluse într-un anumit "pachet de beneficii". Sistemele de asigurări sociale de sănătate sunt obligatorii pentru toată populația – o altă caracteristică a acestui tip de sistem.

Finanțarea prin sistem de asigurări private de sănătate

La baza asigurărilor private de sănătate stă tot solidaritatea și dispersarea riscurilor – indivizii plătesc în mod regulat o anumită sumă, și pot beneficia de servicii de sănătate când au nevoie. Principalele caracteristici care deosebesc asigurările private de asigurările sociale de sănătate sunt legate de condițiile de includere și de modul de stabilire a contribuțiilor și beneficiilor. Participarea la sistemele de asigurări private de sănătate este voluntară (opțională). Contribuțiile în sistemele private de asigurări sunt corelate cu starea de sănătate a persoanelor asigurate, sau cu riscul de a se îmbolnăvi (Vlădescu, 2004), ne mai ținând cont de principiul echității. Companiile de asigurări private pun la dispoziția asiguraților pachete de beneficii diversificate, în funcție de disponibilitatea de a plăti a acestora. Astfel, unul din dezavantajele acestui sistem este "selecția adversă" reprezentată de tendința companiilor de asigurări de a selecta doar persoane cu risc crescut de îmbolnăvire și de a crește valoarea primelor de asigurare la valori peste

posibilitățile financiare ale multor persoane (Svedoff, 2004). Pe de altă parte asigurătorii au și tendința de a face selecția “riscurilor bune” (cream-skimming), adică de a-i asigura doar pe cei care au o probabilitate mică de a face boala¹.

Analiza comparativă a sistemelor de asigurări de sănătate

Alegerea modului de finanțare și a tipului de sistem de sănătate este o decizie politică și trebuie să aibă în vedere îndeplinirea obiectivelor politicii de sănătate din țara respectivă. Indiferent de formularea lor specifică, aceste obiective gravitează în jurul obiectivelor principale ale unui sistem de sănătate definite de Organizația Mondială a Sănătății, respectiv: îmbunătățirea stării de sănătate a populației, răspunsul la așteptările populației și asigurarea protecției financiare față de costurile bolii. De asemenea, un aspect important care trebuie avut în vedere este performanța sistemului de sănătate.

Atingerea obiectivelor politicii de sănătate și realizarea indicatorilor de performanță ai sistemului de sănătate este condiționată nu doar de forma de finanțare a sistemului, ci și de o serie de alți factori, precum organizarea și natura furnizorilor de servicii (publică/privată), metodele de plată a furnizorilor, gradul de descentralizare. Fără a considera și aceste aspecte, lucrarea de față face o analiză comparată a celor trei tipuri de sisteme de asigurări în baza unor criterii privind accesul la servicii de sănătate, acoperirea riscului financiar al populației și performanța sistemului de sănătate.

Criterii privind accesul la servicii de sănătate a populației

	Acoperirea populației	Acoperirea cu servicii	Calitatea serviciilor	Echitate în accesul la servicii
Sistem național de sănătate	Caracter universal	Totală	Asigurată de legislația existentă	Limite impuse de resursele existente, atitudinea furnizorilor
Sistem de asigurări sociale de sănătate	Obligativitate/dovada plății contribuției	Pachete de servicii (în funcție de statutul de asigurat / neasigurat)	Criterii de calitate stabilite la încheierea contractelor	Limite impuse de resurse, de reglementări, de existența formelor complementare de finanțare
Sistem de asigurări private de sănătate	Caracter voluntar	Pachete de servicii (în funcție de quantumul contribuției)	Concurență crescută a furnizorilor	Limite impuse de capacitatea de a plăti

Din punct de vedere al acoperirii populației cu servicii, atât sistemul național de sănătate, cât și sistemul de asigurări sociale de sănătate au caracter universal, acoperind întreaga populație. Accesul la servicii în sistemul de asigurări sociale de sănătate este însă condiționat de prezentarea dovezii plății contribuției la fond. Sistemul de asigurări private de sănătate are caracter voluntar.

¹ Risc – posibilitatea de a fi expus bolii. Probabilitate – măsură definită prin numărul cazurilor în care apare boala/numărul cazurilor posibile de apariție a bolii.

Dacă în sistemul național de sănătate populația are acces la toate serviciile disponibile, în sistemele de asigurări, populația asigurată are acces la serviciile incluse în pachete de beneficii specifice. De exemplu, în sistemul românesc de asigurări sociale de sănătate, populația care face dovada plății contribuției are acces la serviciile incluse în ”pachetul de servicii de bază”, iar cei care nu pot face dovada plății contribuției la fond au acces la un ”pachet minimal de servicii”. În sistemele de asigurări private de sănătate pachetele de servicii diferă în funcție de cuantumul contribuției.

Calitatea serviciilor de îngrijiri de sănătate este influențată pe de o parte de modul în care acestea sunt cumpărate, și pe de altă parte de modul în care sunt plătiți furnizorii (Thomson și colab., 2009). O părere unanim acceptată este că finanțarea privată cumpără servicii de o calitate crescută, prin competiția pe piață a furnizorilor. În sistemele de asigurări sociale de sănătate calitatea serviciilor este în general asigurată de prevederile contractuale referitoare la acest aspect al îngrijirilor. La fel și în sistemele naționale de sănătate, dacă se utilizează sistemul de contractare. Indiferent de metoda de finanțare a sistemului se caută continuu metode de asigurare a calității serviciilor furnizate, un exemplu fiind introducerea evaluării tehnologiilor medicale² (Thomson și colab., 2009).

Echitatea implică tratament egal al persoanelor cu nevoi egale (echitatea orizontală) și în mod corespunzător tratament diferențiat pentru persoane cu nevoi diferite (echitate verticală). Atât în cazul sistemului național de sănătate, cât și în cazul sistemului de asigurări sociale de sănătate, având în vedere că ambele aplică principiul solidarității, serviciile medicale sunt acordate indivizilor potrivit nevoilor lor și independent de valoarea contribuției plătite, realizându-se astfel echitatea orizontală (Vlădescu C, 2004). În aceste sisteme echitatea poate fi însă limitată de resursele insuficiente și atitudinea furnizorilor (de exemplu, listele de așteptare pot fi scurtcircuitate de cei care pot să plătească serviciul respectiv în mod direct), sau de existența unor reglementări specifice (de exemplu, introducerea co-plății ca metodă de modificare a unor comportamente, nediferențiată în funcție de nivelul socio-economic al diverselor grupe de populație). În sistemele de asigurări private de sănătate echitatea este limitată de accesul la servicii în funcție de capacitatea de a plăti.

Criterii privind acoperirea riscului financiar al populației

	Echitate în contribuția financiară	Nivel de prefinanțare și dispersia riscurilor	Asigurarea plății contribuției pentru cei care nu pot plăti contribuția	Evitarea fragmentării fondurilor și existența unei strategii de cumpărare a serviciilor
Sistem național de sănătate	Taxe și impozite în funcție de venit	Nivel înalt de prefinanțare	Nu este cazul	Lipsa fragmentării Lipsa competiției
Sistem de asigurări sociale de sănătate	Contribuții în funcție de venit	Plata directă pentru serviciile neincluse în pachetul de beneficii	Plata făcută din alte fonduri sau asigurați fără plata contribuției	Posibilitate de fragmentare Competiție limitată
Sistem de asigurări private de sănătate	Contribuții corelate cu riscurile de boală	Excluderea populației care nu își poate plăti contribuția	Excluderea populației care nu își poate plăti contribuția	Fragmentare Competiție între fonduri și între cumpărători

² Prin ”tehnologie medicală” înțelegând orice combinație de resurse care face posibilă protejarea și menținerea sănătății: sisteme, programe de prevenție și reabilitare, vaccinuri, medicamente și aparatură, proceduri medicale și chirurgicale (INAHTA, 2016; WHO, 2016)

Pe lângă echitatea privind accesul la servicii, un aspect important este și echitatea la nivelul generării veniturilor pentru sistem. Echitatea orizontală presupune tratarea egală a indivizilor cu același venit, respectiv, toți indivizii aparținând aceleași clase de venit contribuie la formarea veniturilor sistemului în mod egal. Echitatea verticală presupune tratarea diferențiată a indivizilor cu venituri diferite adică, distribuirea poverii impozitelor în funcție de capacitatea indivizilor de a plăti, respectiv, persoanele cu venituri mai mari contribuie mai mult la constituirea veniturilor sistemului decât cei cu venituri reduse (Vlădescu C, 2004). În cazul sistemelor naționale de sănătate, nu se pune problema inechității în generarea veniturilor sistemului deoarece indivizii nu contribuie direct la bugetul sănătății. În cazul sistemelor de asigurări, modul de stabilire a contribuțiilor diferă între sistemul public și cel privat. Dacă în sistemul de asigurări sociale de sănătate stabilirea contribuțiilor respectă principiul echității verticale prin stabilirea nivelului de impozitare sau a contribuțiilor în funcție de venitul individului, fără legătură cu nevoile actuale sau posibile de servicii sănătate, în sistemul de asigurări private de sănătate, stabilirea contribuțiilor se face în funcție de nivelul stării de sănătate a individului sau de riscurile individuale asociate vârstei, sexului, antecedentelor personale sau familiale.

Pentru a asigura acoperirea riscului financiar al populației în condiții echitabile, este necesară îndeplinirea anumitor condiții: existența unui nivel înalt de prefinanțare, dispersia riscurilor, asigurarea plății contribuției pentru cei care nu pot plăti contribuția, evitarea fragmentării fondurilor și existența unei strategii de cumpărare a serviciilor astfel încât să se asigure acoperirea cât mai bună a nevoilor de sănătate și să se răspundă așteptărilor populației (WHO, 2000)

În toate cele trei tipuri de sisteme de sănătate care asigură populația împotriva riscului de boală există un nivel înalt de prefinanțare și un înalt grad de dispersie a riscurilor. Cu toate acestea, sunt situații în care fie pacienții sunt nevoiți să plătească în momentul accesării serviciilor, cum ar fi co-plata solicitată pentru unele servicii, plata directă a serviciilor neincluse în pachetul de beneficii sau plata directă în cazul pacienților care sunt asigurați (fie nu doresc, fie nu își permit să plătească contribuția). Aceste situații pot duce la scăderea accesului la servicii pentru populația care nu poate plăti și apariția de inechități.

Acoperirea celor care nu își permit plata contribuției la sistemul de asigurări de sănătate se realizează doar în sistemele de asigurări sociale de sănătate. De exemplu, în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, există categorii de populație asigurate fără plata contribuției (de exemplu, tinerii cu vârsta de până la 26 de ani care provin din sistemul de protecție a copilului și nu realizează venituri din muncă sau nu sunt beneficiari de ajutor social, persoanele cu handicap care nu realizează venituri, femeile însărcinate și lăuzele, dacă nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară) și categorii de asigurați cu plata contribuției din alte surse (de exemplu, șomeri, persoanele care au dreptul la ajutor social, pensionarii cu venituri din pensii mai mici de 740 lei). În SUA de exemplu, unele dintre persoanele neincluse în sistemele de asigurări private de sănătate, sunt asigurate prin două sisteme naționale de asigurări sociale de sănătate: Medicare destinat vârstnicilor și persoanelor cu dizabilități și Medicaid pentru persoanele cu venit scăzut.

Sistemele naționale de sănătate sunt cele în care de regulă nu există fragmentarea fondurilor destinate sănătății, prin lipsa competiției. Aceste sisteme beneficiază de avantajele lipsei competiției, respectiv stabilitate financiară, costuri de administrare scăzute, efectele economiei de scală, dar în același timp și de dezavantajele lipsei competiției, respectiv costuri ridicate și calitate scăzută. În cazul sistemelor de asigurări de sănătate, dacă acestea nu sunt organizate la nivel național, ci există mai multe fonduri separate, există o fragmentare a resurselor ceea ce înseamnă o putere de cumpărare scăzută, cu incapacitatea de a urma o strategie eficientă de cumpărare a serviciilor. De asemenea, costurile de administrare a acestor fonduri sunt mari și asta e un motiv în plus pentru aceste fonduri de a proceda la selecția riscurilor (vezi mai jos) (Thomson și colab., 2009).

Criteria privind performanța sistemului de sănătate

	Finanțare	Controlul costurilor	Utilizarea serviciilor	Costuri de administrare
Sistem național de sănătate	Competiție cu alte sectoare în alocarea fondurilor	Control asupra resurselor Liste de așteptare	Hazard moral	Reduse
Sistem de asigurări sociale de sănătate	În funcție de structura forței de muncă Scade în perioade de recesiune economică	Controlul furnizării serviciilor Tratamente costisitoare pe bază de aviz	Hazard moral Selecția adversă	Crescute
Sistem de asigurări private de sănătate	În funcție de numărul și caracteristicile asiguraților	Cream skimming (selecția “riscurilor bune”)	Hazard moral Selecția adversă	Crescute

În privința gradului de finanțare fiecare din cele trei tipuri de sisteme de sănătate au determinanți diferiți. Nivelul de finanțare al sistemului național de sănătate depinde de locul în care este plasată sănătatea pe lista de priorități a guvernului și de abilitatea de a negocia a Ministerului Sănătății cu Ministerul de Finanțe, deoarece în acest sistem sănătatea intră în competiție cu alte sectoare în procesul de alocare a fondurilor bugetului de stat. De asemenea, atât valoarea bugetului sănătății, cât și procentul din Produsul Intern Brut alocat sănătății depinde și de nivelul economic al țării respective. Cu cât o țară este mai dezvoltată din punct de vedere economic, cu atât procentul din PIB alocat sănătății este mai mare. Finanțarea prin sistemul de asigurări sociale de sănătate elimină competiția în alocarea fondurilor, acestea fiind colectate cu destinație precisă, în schimb gradul de finanțare al sistemului depinde de structura forței de muncă și de caracteristicile populației. De exemplu, un procent redus de populație activă, un număr crescut de șomeri sau de populație cu venituri instabile (de exemplu agricultori), scade nivelul de finanțare al sistemului. Nivelul de finanțare al sistemului de asigurări sociale de sănătate scade de asemenea în perioadele de recesiune economică. În cazul sistemelor de asigurări private, volumul finanțării este dependent de numărul și caracteristicile asiguraților. Pentru a-și asigura o cât mai bună finanțare, asiguratorii sunt tentați să recurgă la selecția riscurilor (vezi mai jos) (WB, 2016).

Sistemul național de sănătate are ca principale mecanisme de control al costurilor, reglementările referitoare la investiții, echipamente, personal, metodele de plată a furnizorilor. Acest control limitează capacitatea furnizorilor de a oferi servicii, astfel că un bun control al costurilor poate însă fi însoțit de o acoperire limitată a nevoilor, deficitul de servicii fiind relevat de existența listelor de așteptare. În sistemele de asigurări sociale de sănătate, controlul costurilor se face prin controlul furnizării de servicii. Acesta se poate exercita fie prin finanțarea unui pachet de servicii de bază (alese pe criterii de cost-eficacitate) (WHO, 2000), fie prin utilizarea a diferite metode de plată a furnizorilor (de exemplu, metoda plății pe grupe de diagnostic, cunoscută sub numele de DRG – a fost introdusă ca metodă de control a costurilor spitalicești) (Vlădescu, 2004), fie prin impunerea de restricții furnizorilor, cum ar fi acordarea de tratamente costisitoare doar cu avizul casei de asigurări. În cazul sistemului de asigurări private de sănătate, controlul costurilor poate determina excluderea unor categorii de populație, prin fenomenul de selecție a “riscurilor bune” (cream-skimming): asiguratorii preferă să asigure persoane tinere, sănătoase, cu venituri ridicate și cu riscuri mici de boală, și să evite persoanele în vârstă, cu afecțiuni cronice, sau pe cei cu expunere mare la riscul unei afecțiuni, astfel încât să încaseze mai mult decât plătesc pentru serviciile acordate acestora (Normand și colab., 2009).

În toate cele trei sisteme de sănătate prin care se asigură populația împotriva riscului financiar în caz de boală, există tendința de suprautilizare a serviciilor de către pacienți, și lipsă de preocupare a prevenirii îmbolnăvirilor, având în vedere că, în baza asigurării, pacienții nu plătesc în momentul consumării serviciilor. Acest fenomen este cunoscut sub numele de "hazard moral". În unele cazuri, fenomenul este amplificat de atitudinea furnizorilor în anumite circumstanțe (cum ar fi plata acestora pe serviciu sau pe act medical) care, în baza relației de agenție pe care o au cu pacientul (vezi mai sus) induc suprautilizarea de servicii. Sistemele de asigurări private de sănătate sunt cele mai preocupate de combaterea hazardului moral, dar și sistemele publice tind să utilizeze măsuri de reducere a consumului de servicii, cum ar fi utilizarea plafoanelor asupra volumului de servicii sau co-plata. Co-plata ar putea duce la scăderea consumului de servicii pentru populația cu venituri mici, împiedicând utilizarea serviciilor și pentru cazurile care necesită îngrijire medicală. Furnizorii pot de asemenea influența nu doar volumul utilizării serviciilor, dar și structura cazurilor. De exemplu, plata pe caz, care presupune rambursarea unui cost mediu al cazurilor sau al grupelor diagnostice, determină furnizorii să selecteze doar cazurile care implică cheltuieli sub valoarea costului mediu, și trimiterea cazurilor mai costisitoare spre alți furnizori, dacă este posibil (Normand și colab., 2009).

Din punct de vedere al administrării, sistemele naționale de sănătate sunt cele mai simple și mai ieftine. În cazul sistemelor de asigurări sociale sau private, costurile de administrare sunt crescute, deoarece sunt necesare sisteme de colectare a fondurilor, sisteme contabile corespunzătoare, sisteme de monitorizare și analiză statistică pentru sprijinirea procesului de planificare, administrare și conducere a sistemului.

Comparația performanțelor sistemelor de sănătate din Marea Britanie, Germania și Statele Unite ale Americii

Analiza comparativă a câtorva indicatori de performanță corespunzători celor trei sisteme diferite (Tabel 1) - sistem național de sănătate (Marea Britanie), sistem de asigurări sociale de sănătate (Germania) și sistem de asigurări private de sănătate (SUA), ilustrează, în mare, diferențele dintre cele trei sisteme. Concluziile acestei comparații punctuale, sunt în acord cu rezultatele altor studii și analize, și exemplifică teorii și concepte enunțate de numeroși specialiști în domeniu, bazate pe evidențe.

Un nivel ridicat de cheltuieli pentru sănătate nu este o garanție a unei stări mai bune de sănătate a populației sau a unei mai bune acoperiri a nevoilor pentru servicii. Acest lucru se datorează faptului că de multe ori aceste cheltuieli sunt induse de furnizorii de servicii sau de medicamente și aparatură medicală (Normand și colab, 2009) ceea ce a făcut ca unele țări să suprainvestească în tehnologie medicală fără ca acest lucru să contribuie la o mai bună realizare a obiectivelor sistemului de sănătate. SUA este țara cu cea mai mare cheltuială pentru sănătate din lume (16,4% din PIB, în 2013), și cu cele mai avansate tehnologii medicale, dar și cu cel mai mare număr de persoane neacoperite cu servicii de sănătate. Dacă în Marea Britanie și Germania există acoperire universală a populației prin efectul legii, în SUA doar 84% din populație este acoperită cu servicii de sănătate, fie prin asigurări private (70%) fie prin programe guvernamentale (26%) (Ridic și colab, 2012).

Speranța de viață la naștere în SUA (78,8 ani în 2013) este mai mică decât în multe țări europene. Printre motivele care determină o speranță de viață scăzută, specialiștii au identificat comportamentele nesănătoase ale populației (deci lipsa sau ineficacitatea serviciilor de educație pentru sănătate) și natura extrem de fragmentată a sistemului de sănătate (mai multe fonduri și forme de asigurări private, două fonduri de asigurări publice) (OECD, 2015b). Mortalitatea infantilă în SUA în 2012 este aproape dublă față de multe țări din vestul Europei (6 decese la 1000 de născuți vii) și de asemenea, se pierde un număr aproape dublu de ani potențiali de viață la 100 000 de locuitori (4918,6 ani).

Tabel 1 Analiza comparată a unor indicatori privind performanța sistemelor de sănătate din Marea Britanie, Germania, SUA, pentru anul 2013

	Marea Britanie	Germania	SUA
Speranța de viață la naștere	82,9	83,2	78,8
Ani potențiali de viață pierduți (100000 locuitori)	2356	2158,5	4918,6*
Mortalitatea infantilă(1000 născuți vii)	3,8	3,3	6*
Acoperirea populației (%)	100	99,8	85,5
Au renunțat la consultație datorită costului ridicat (100 pacienți peste 16 ani)	2,2	7,9	27,7
Lista de așteptare mai lungă de o lună pentru a vedea un specialist (100 pacienți peste 16 ani)	18,3	27,2	25,3
Mortalitatea la 30 de zile după internare cu infarct (100 pacienți peste 45 ani)	7,6	8,7	5,5*
Rata de supraviețuire cu cancer de sân la 5 ani (2006-2011)	80,5	85,3	88,9
Cazuri astm trimise pentru internare de medicul de familie (100 000 populație peste 15 ani)	60,5	22,6	103,1*
Cheltuieli pentru sănătate (%PIB)	8,5	11,0	16,4
Cheltuieli publice pentru sănătate (%PIB)	7,3	8,4	7,9

Sursa: OECD, 2015 a,b

***2012**

Calitatea îngrijirilor spitalicești în Statele Unite este excelentă, superioară față de cele mai multe țări europene. Ca exemple, mortalitatea la 30 de zile după internare cu infarct este mult redusă față de valorile din Europa, iar rata de supraviețuire la 5 ani a pacienților cu cancer de sân este mai crescută (Tabelul 1). Spre deosebire de celelalte sisteme, în SUA există o rată ridicată a spitalizărilor evitabile, în special pentru cazurile de astm, boală pulmonară cronică obstructivă sau diabet. Aceasta arată accentul slab care se pune pe acțiuni de sănătate publică și îngrijiri primare (OECD, 2015b).

În SUA există mari disparități în ceea ce privește accesibilitatea și calitatea serviciilor de sănătate. Acest lucru face ca principala preocupare să fie acoperirea cu servicii a populației care nu își permite plata contribuției la asigurările private de sănătate (Mossialos și colab., 2015). Și în Germania și Marea Britanie există disparități, chiar dacă sistemele lor de sănătate acoperă cu servicii toată populația. În Germania, preocupările sunt orientate către activități de sănătate publică și prevenție primară, care în mod tradițional nu erau acoperite de asigurări. Din 2001 fondurile de asigurări sociale de sănătate acoperă și aceste servicii și finanțează programe pentru populații țintă, cum ar fi copii din școli sau grădinițe (Mossialos și colab., 2015). În Marea Britanie, preocupările sunt de asemenea legate de acțiuni la nivel populațional, specialiștii din această țară considerând că pentru îmbunătățirea stării de sănătate a britanicilor este nevoie, printre altele, de programe care să responsabilizeze pacienții, să determine comportamente sănătoase, să identifice bolile în stadii precoce, și să aplice intervenții multisectoriale – de exemplu medico-sociale (Naylor și colab., 2015).

Concluzii

Analiza celor trei metode de finanțare prin care se asigură populația împotriva riscului financiar în caz de boală, nu duce la o concluzie fermă privind cel mai bun, sau cel mai puțin bun sistem. Fiecare metodă de finanțare are avantaje și dezavantaje specifice, astfel încât un sistem se poate declara mai bun decât altul doar cu referire la un anumit criteriu. Așa cum s-a văzut, sistemele de asigurări private de sănătate pot oferi servicii de o calitate crescută, comparativ cu celelalte sisteme, dar numai un număr limitat de persoane poate beneficia de aceste servicii deoarece are un grad redus de acoperire a populației. Acoperirea întregii populații cu servicii de sănătate este o caracteristică a sistemului de asigurări sociale și a sistemului național de sănătate dar și între cele două există probleme de acces care pleacă de la nivelul de resurse existent. În sistemul de asigurări sociale de sănătate accesul populației asigurate este redus la un pachet bazal de servicii. În sistemul național de sănătate accesul este teoretic liber la toate serviciile, dar practic este limitat de lipsa furnizării unor servicii sau furnizarea lor în cantitate insuficientă.

În vederea contracarării acestor dezavantaje, se preferă o finanțare mixtă a sistemelor de sănătate. De exemplu, unele servicii neincluse din pachetul de bază al asigurărilor sociale de sănătate ar putea fi furnizate prin sisteme de asigurări private complementare, iar altele prin programe finanțate de la bugetul de stat. Sistemele de asigurări private de sănătate nu pot reprezenta, la modul singular, o soluție de finanțare a sistemului de sănătate, deoarece exclud populația cu riscuri crescute de boală și venituri reduse. Indiferent de metoda predominantă de finanțare, care impune clasificarea unui sistem de sănătate în una din cele trei categorii – sistem național de sănătate, sistem de asigurări sociale sau sistem de asigurări private de sănătate – în orice sistem o parte din finanțare vine direct de la pacienți. Aceasta include: plăți efectuate direct de pacienți pentru serviciile neacoperite de terț plătit, co-plăți, co-asigurări sau alte forme de plăți suplimentare pentru serviciile deja plătite de terțul plătitor și plăți informale (Rechel și colab., 2010).

Metoda de finanțare nu este singurul determinant al performanțelor sistemului de sănătate. Pentru a veni în întâmpinarea efectelor determinate de eșecul pieței în sănătate, unele măsuri trebuie luate indiferent de sistemul de finanțare. De exemplu, dreptul pacientului de a alege furnizorul este un mecanism prin care se asigură creșterea calității stimulând competitivitatea între furnizori. În multe situații însă dreptul pacientului de alegere este limitat de numărul redus de furnizori sau chiar de situația de monopol. Pentru a asigura calitatea serviciilor în asemenea situații sunt necesare prevederi legislative (standarde, protocoale). Lipsa eficienței – cealaltă mare consecință a faptului că sistemul de piață liberă nu funcționează în sănătate, poate fi corectată prin introducerea unor metode de control al expansiunii costurilor, cum ar fi reglementări privind prețurile, taxa claw-back, co-plată, monitorizarea cheltuielilor,

obligativitatea evaluării tehnologiilor medicale. Performanța sistemelor de sănătate din perspectiva criteriilor analizate poate fi influențată și de alți factori, precum organizarea și natura furnizorilor de servicii (publică/privată), metodele de plată a furnizorilor, gradul de descentralizare.

Metodele de finanțare alese trebuie să aibă în vedere atingerea obiectivelor generale ale unui sistem de sănătate, respectiv asigurarea unei stări de sănătate cât mai bune posibil a populației, întâmpinarea așteptărilor populației și asigurarea protecției financiare față de costurile bolii, în mod echitabil, pentru toate categoriile de populație.

Bibliografie

IAPO (2016). [*Alianța Internațională a Organizațiilor de Pacienți*] International Alliance of Patients Organizations>Resources>Policy and advocacy>Patient involvement in health policy (<https://www.iapo.org.uk/patient-involvement>)

INAHTA (2016). [*Rețeaua Internațională a Agențiilor de Evaluare a Tehnologiilor Medicale*] International Network of Agencies for Health Technology Assessment>HTA Tools & Resources (<http://www.inahta.org/hta-tools-resources/>)

INS (2016). Institutul Național de Statistică>Baze de date și metadate statistice>TEMPO-online (<http://statistici.inse.ro/shop/>)

Liaropoulos L, Goranitis I (2015). Health care financing and the sustainability of health systems, *Int J Equity Health*. 2015; 14: 80.

Mossialos E, Dixon A (2002). Funding Health Care: an Introduction. In: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin Mossialos E, Dixon A, Figueras J, et al, eds. Funding health care: options in Europe. Buckingham: Open University Press

Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C (2015). International Profiles of Health Care Systems, 2014, Commonwealth Fund pub. no. 1802

Naylor C, Imison C, Addicott R, Buck D, Goodwin N, Harrison T, Ross S, Sonola L, Tian Y (2015). Transforming our healthcare system. Ten priorities for commissioners The Kings Fund Revised edition 30 April 2015

Natasha CurryNormand C, Weber A (2009). Social Health Insurance. A guidebook for planning, Second Edition

OECD (2015a). OECD Home>Health> OECD Health Statistics 2015 (<http://www.oecd.org/health/health-data.htm>)

OECD (2015b). Health at a Glance 2015. How does the United States compare? (<http://www.oecd.org/unitedstates/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-UNITED-STATES.pdf>)

Reid T.R (2010). The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care, Penguin Press

Rechel B, Thomson S, van Ginneken E (2010). Health Systems in Transition. Template for Authors, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/127497/E94479.pdf?ua=1)

Ridic C, Gleason S, Ridic O (2012). Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada, *Matr Socio-med*. 2012; 24(2): 112–120. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633404/>)

Savedoff W (2004). Tax based financing for health systems: options and experiences. Geneva: World Health Organization

Thomson S, Foubister T, Mossialos E (2009). Financing health care in the EU Challenges and policy responses. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

Uniunea Europeană (2016). Uniunea Europeană EUROPA>Tematici>Sănătate, (http://europa.eu/pol/health/index_ro.htm)

Vlădescu C (2004). Sănătate publică și management sanitar, ed. Cartea Universitară, București

WB (2016). World Bank Home > Topics > Health > Health Systems > Financing, (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,conten:ntMDK:22523961~menuPK:6485082~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:376793,00.html>)

WHO (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva, World Health Organization

WHO (2016). World Health Organization>Health topics>Technology, health (http://www.who.int/topics/technology_medical/en/)

Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM (2005). Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. *Technical briefs for policy-makers* Nr.2, World Health Organization (http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_05_2-cata_sys.pdf)

Yadav S, Cheng C.S, Odigwe C, Shibata W, Ham C.J (2009). International Healthcare Systems. *Stud BMJ*. 2009;9(4):b1488