

MODALITĂȚI DE FINANȚARE A SISTEMELOR DE SĂNĂȚATE

Dr. Mihaela Narcisa Murgea

În „Raportul asupra sănătății în lume – 2000”, Organizația Mondială a Sănătății definește sistemul de sănătate prin „totalitatea organizațiilor, instituțiilor și resurselor consacrate ameliorării sănătății”.

Finanțarea unui sistem de sănătate se referă la modul în care sunt colectate fondurile necesare desfășurării activității în sectorul sanitar, precum și la modalitatea în care aceste fonduri sunt alocate și apoi utilizate.

Modalitatea de finanțare aleasă, combinată cu tipul de organizare a sistemului sanitar, determină cine are acces la îngrijirile de sănătate, costul acestor îngrijiri, eficiența productivă și nu în ultimul rând calitatea serviciilor oferite. Toate aceste rezultate intermediare, la rândul lor, determină rezultatele finale ale oricărui sistem de sănătate: starea de sănătate a populației, protecția financiară contra riscurilor și nu în ultimul rând gradul de satisfacție a consumatorilor de servicii.

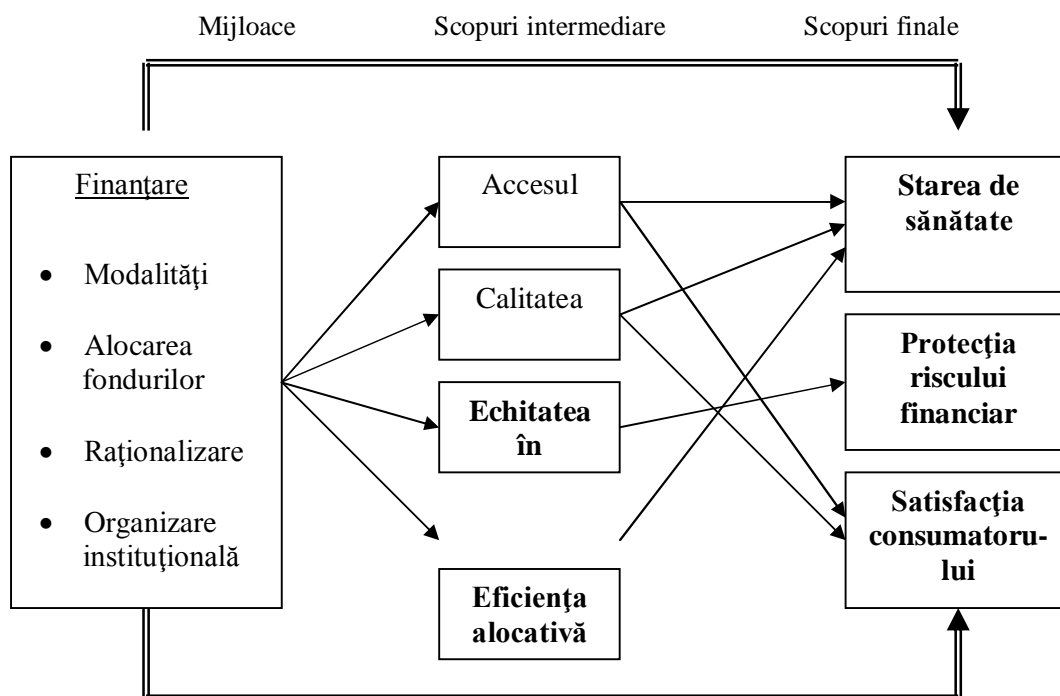


Figura nr. 11.1 - Relațiile existente între instrumentele de finanțare și scopuri, după Hsiao, W.C.

Capacitatea unei țări de a mobiliza fonduri, folosind diferite modalități de finanțare, este strâns legată de venitul acesteia pe cap de locuitor. Acesta determină capacitatea fiecărei gospodării de a plăti pentru sănătate și implicit cererea pentru aceste servicii. Există o multitudine de factori corelați cu

mărirea fondurilor care pot fi disponibile pentru sănătate: baza de impozitare, numărul angajaților în sectorul oficial, numărul gospodăriilor sărace care trebuie subvenționate. Țările sărace se confruntă, din punct de vedere al colectării fondurilor, cu o problemă majoră, reprezentată de dezvoltarea economiei subterane care, conform estimărilor economiștilor, poate ajunge la 50% din produsul intern brut, în timp ce în țările bogate, aceasta ajunge la ~ 10%.

Există cinci modalități principale de finanțare a sistemelor de sănătate:

- ◆ finanțarea de la bugetul de stat;
- ◆ finanțarea prin asigurările sociale de sănătate;
- ◆ finanțarea prin asigurările private de sănătate;
- ◆ finanțarea prin plăți directe;
- ◆ finanțarea comunitară.

Fiecare dintre ele are desigur avantaje și dezavantaje. Legat de acestea, două aspecte trebuie subliniate de la început: în primul rând, puține țări folosesc o singură metodă de finanțare, în cele mai multe cazuri există mai multe surse de finanțare a cheltuielilor pentru sănătate; în al doilea rând, nici una din aceste metode nu este ideală și nu poate furniza o soluție magică, care să rezolve problemele acute cu care se confruntă finanțarea sănătății, mai ales în țările sărace.

FINANȚAREA DE LA BUGETUL DE STAT

Prin această modalitate de finanțare, fondurile sunt colectate la bugetul de stat, fiind apoi alocate sectorului sanitar. Acoperirea populației este generală, persoanele contribuind în funcție de venit și nu în funcție de riscul individual.

Există mai multe surse de proveniență a fondurilor:

- ◆ **impozite generale;**
- ◆ taxe cu destinație specială pentru sănătate;
- ◆ alte venituri bugetare.

Impozite generale provin din trei surse principale:

- ◆ taxe de import/export;
- ◆ impozite aplicate agenților economici;
- ◆ impozite pe salarii, precum și pe venitul global.

Fondurile astfel colectate nu constituie, de multe ori, o sursă stabilă de finanțare a sănătății. Explicația constă în faptul că, pentru unele guverne, sănătatea nu reprezintă un domeniu prioritar, ceea ce, combinat cu instabilitatea economică a țărilor în tranziție, conduce la o criză a fondurilor alocate sectorului sanitar.

În practică, politicul joacă un rol decisiv în distribuirea fondurilor către sănătate, iar în cadrul acesteia, anumite domenii pot fi favorizate în detrimentul altora, pe criterii subiective, determinate de anumite sfere de influență. Ca exemplu, se pot cita cazuri de direcționare a banilor cu predilecție către

programe de sănătate cu destinație precisă, cum ar fi de exemplu prevenirea și combaterea afecțiunilor pulmonare, ș.a.

Donațiile și împrumuturile externe pot proveni de la organizații internaționale, cum sunt OMS, UNICEF, Banca Mondială, care asigură sprijin financiar și logistic destinat sectorului sanitar din țările sărace. Motivul pentru care sunt cuprinse în această secțiune este acela că rambursarea creditelor se realizează de la bugetul de stat.

Indiferent de tipul de sistem de sănătate, bugetul de stat reprezintă o sursă de finanțare. Atunci când aceasta este însă principala metodă de finanțare, vorbim despre *sisteme naționale de sănătate*. Ele funcționează în țări precum: Marea Britanie, Canada, Spania, Irlanda, Grecia, Țările Scandinave, Noua Zeelandă, Australia. Marea Britanie, de exemplu, este percepută ca o națiune al cărei sector sanitar se sprijină în totalitate pe bugetul de stat. În realitate însă, numai 76% din fondurile sale pentru sănătate provin de la buget. 11% din fonduri aparțin asigurărilor sociale de sănătate, 10% asigurări private, iar 2% din plăți directe.

Un caz particular este cel al Canadei, al cărei sistem de sănătate, numit *Sistemul Național de Asigurări* și dezvoltat la începutul anilor 60, în realitate este tot sistem național de sănătate. Acesta beneficiază de finanțare de la bugetul federal, precum și de contribuții din partea bugetului fiecărei provincii. Un asemenea sistem întâlnim și în Australia.

FINANȚAREA PRIN ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

În general, asigurările îndeplinesc două roluri importante: pun laolaltă riscurile individuale ale unui număr mare de persoane, fiecare dintre acestea având o probabilitate mică a unui eveniment nedorit, iar pe de altă parte, oferă posibilitatea fiecărei persoane incluse de a-și transfera riscul financiar asupra societății de asigurări, prin plata unei prime în contul căreia asigurătorul acceptă să plătească anumite beneficii, atunci când se produce un eveniment nedorit și care este prevăzut în polița de asigurare.

Asigurarea de sănătate este o modalitate prin care multe din țările cu venituri medii sau mari își acoperă într-o proporție semnificativă cheltuielile din sectorul sanitar.

Există două mari tipuri de asigurări de sănătate: asigurarea socială, respectiv asigurarea privată.

Asigurarea socială de sănătate

Două caracteristici importante diferențiază asigurarea socială de asigurarea privată. În primul rând, asigurarea socială este obligatorie. Fiecare persoană din grupul eligibil trebuie să se înscrie și să plătească prima corespunzătoare. În al doilea rând, primele și beneficiile prevăzute prin asigurarea socială sunt stabilite prin legislația în vigoare, motiv pentru care acestea pot fi modificate cu mai multă ușurință decât cele incluse în asigurarea privată, care fac obiectul unui contract cu valoare juridică semnat de comun acord între părți.

Faptul că asigurarea socială este obligatorie ar putea genera confuzii legate de diferențele dintre sistemul asigurărilor sociale de sănătate și sistemul finanțării prin fonduri guvernamentale. Deosebirile cele mai importante dintre acestea sunt următoarele:

- ◆ asigurarea socială nu este un drept al tuturor cetățenilor, ci doar al aceluia care sunt eligibili și își plătesc contribuția;
- ◆ asigurații percep faptul că ei plătesc o primă în schimbul serviciilor de care ar putea beneficia la un moment dat, devin deci conștienți că „sănătatea costă”;
- ◆ contribuțiile sunt destinate fondului asigurărilor sociale de sănătate, fiind astfel separate de fondurile guvernamentale, obținute, așa cum am arătat, prin impozite și taxe. Aceasta ar trebui să conducă, cel puțin teoretic, la imposibilitatea deturnării acestor fonduri, ele neputând lua o altă destinație decât cea pentru care au fost colectate;
- ◆ valoarea primelor de asigurare, precum și pachetul de servicii prevăzut nu pot fi schimbate printr-o decizie unilaterală a executivului. Aceste prevederi pot fi modificate doar prin intermediul legislației, lucru care presupune punerea de acord a tuturor părților interesate;
- ◆ spre deosebire de sistemul finanțării prin fonduri guvernamentale, sistemul asigurărilor sociale de sănătate este obligat să își mențină solvabilitatea prin mijloace proprii. Cei care îl administrează sunt răspunzători pentru colectarea și gestionarea fondurilor, existând deci o mai mare transparență față de contribuabili.

Finanțarea sistemului asigurărilor sociale de sănătate se realizează prin contribuții obligatorii, de obicei în părți egale, din partea angajaților (sub forma unui procent din salariu) și a angajatorilor. În unele țări, în scopul includerii și a celor care lucrează în afară sectorului oficial, contribuția poate fi calculată ca procent din venitul global al persoanelor respective (ex. agricultori).

În cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate, guvernul contribuie cu fonduri de la bugetul de stat, în scopul finanțării unor obiective precise, care nu sunt suportate de asigurați: programe de sănătate de interes național, construcții și reabilitări în sectorul sanitar, dotarea cu aparatură de înaltă performanță, etc. Tot în sarcina guvernului ar trebui să cadă și grupurile defavorizate care nu sunt incluse în asigurările sociale de sănătate.

Tipuri de asigurări sociale de sănătate

Din punct de vedere al administrării fondurilor, există două mari tipuri de asigurări sociale de sănătate:

- ◆ asigurări sociale de sănătate administrate de către guvern, prin agenții guvernamentale;
- ◆ asigurări sociale de sănătate administrate de către casele de asigurări, publice sau private.

Asigurări sociale de sănătate administrate prin agenții guvernamentale

În acest caz, guvernul este cel care stabilește nivelul contribuției, precum și pachetul de servicii oferite. Unitățile sanitare incluse în planul de asigurări pot fi exclusiv în proprietatea guvernului, sau pot fi mixte, guvernamentale sau private, în acest ultim caz asiguratul având libertatea de alegere. Este evident că primul model, cel al monopolului statului asupra furnizorilor de servicii, are multe dezavantaje, printre care birocrăția și absența libertății de alegere din partea beneficiarului, ambele ducând la scăderea calității actului medical.

Dezavantajul major al acestui tip de sistem ar fi legat de presiunile politice la care este supus. Acestea afectează alocarea resurselor, precum și modalitățile de plată a furnizorilor de servicii medicale. Pe de altă parte, politicienii pot promite, în schimbul sprijinului electoral, pachete de servicii nerealiste, care pe fondul îmbătrânirii populației și a creșterii continue a costurilor în sectorul sanitar, vor constitui o povară greu de suportat pentru generațiile viitoare. Exemple de asemenea sisteme de asigurări sociale de sănătate întâlnim în țările Americii Latine.

Asigurări sociale de sănătate administrate prin intermediul caselor de asigurări de sănătate, publice sau private (modelul Bismarck)

În cadrul acestui tip de sistem, rolul guvernului este acela de a declara asigurarea obligatorie pentru toate persoanele eligibile. Cetățenii au libertatea de a alege între mai multe fonduri de asigurări, publice sau private. În multe țări, aceste fonduri se numesc „fonduri de boală”, ele putând fi organizate și de către marile consorții industriale sau de către sindicate.

Organizarea acordării îngrijirilor de sănătate poate varia în funcție de diferitele scheme de asigurare socială. De exemplu, în Japonia, majoritatea specialiștilor din asistența terțiară sunt salariați ai spitalelor, în timp ce în Germania și Franța, plățile sunt efectuate separat pentru medici, respectiv spitale, de către fondurile de asigurări. Aceasta conduce la o integrare redusă a serviciilor spitalicești, precum și la o coordonare mai slabă între medici și conducerea spitalelor, având ca rezultat o scădere a eficienței.

Avantajele acestui tip de sistem, comparativ cu cel al asigurărilor sociale de sănătate administrat de către guvern, ar fi următoarele:

- ◆ neamestecul politicului;
- ◆ reducerea birocrăției;
- ◆ competiție între fondurile de asigurări, ducând la creșterea calității actului medical.

Totuși, problemele cu care se confruntă acest tip de sistem sunt legate de apariția selecției adverse, fondurile de asigurări încercând să atragă persoanele sănătoase în detrimentul celor bolnave, pe tineri în detrimentul vârstnicilor. Exemple de sisteme de asigurări sociale de sănătate de tip bismarckian întâlnim în Germania, Franța, Japonia, Benelux, Austria și, de curând, în România.

Asigurarea de sănătate privată, voluntară

Asigurarea privată de sănătate este oferită de companii de asigurare non-profit sau for profit, pe baze individuale sau de grup.

În ceea ce privește asigurarea privată individuală, prima este actuarială, calculată în funcție de riscul propriu de boală. Mărimea contribuției depinde, de asemenea, de pachetul de servicii care vor fi furnizate, la care se adaugă cheltuielile administrative, precum și marginea de profit. Ultimele două reprezintă aproximativ 40-50% din valoarea primei de asigurare. Costurile administrative mari se explică, în principal, prin costurile de marketing foarte ridicate, necesare pentru a vinde asigurarea cât mai multor indivizi.

Asigurarea privată poate fi oferită și unor grupuri de persoane, de obicei salariați ai aceleiași angajator, sau membri ai unor sindicate. În scopul minimizării selecției adverse, companiile de asigurări adesea solicită ca un procent minim de indivizi (~75%) să intre în asigurare.

În ultimii ani, în lumea întregă se remarcă o creștere a interesului pentru asigurările private, văzute indiscutabil ca un mijloc de creștere a veniturilor pentru sănătate. Totuși, implementarea unui asemenea sistem pe o piață a îngrijirilor de sănătate, ridică o serie de probleme, cum ar fi: asigurarea ar trebui gândită pentru indivizi sau pentru grupuri de indivizi? Societățile de asigurare să fie for-profit sau non-profit?

Cele mai importante aspecte sunt însă legate de rolul guvernului. Sarcina cea mai importantă a acestuia este de a stabili cadrul legislativ fără de care nici o societate de asigurări nu poate funcționa. De asemenea, executivul se poate implica într-o serie de probleme, cum ar fi: constituirea unor fonduri de rezervă ale companiilor de asigurări, asemănătoare celor din sistemul bancar, în scopul prevenirii oricărei fraude. Se pune întrebarea dacă autoritățile ar trebui să exercite vreun control asupra relațiilor dintre asiguratorii privați și furnizorii de servicii de sănătate, asupra regulilor de stabilire a primelor, sau dacă ar trebui să se implice în combaterea fenomenului selecției riscurilor?

Ceea ce este cu siguranță foarte clar este faptul că opțiunea asigurărilor private nu degreveză guvernul de responsabilitatea implicării în finanțarea sistemului de sănătate. Dimpotrivă, asigurările private ridică o serie de probleme suplimentare, legislative și de management.

Ca o concluzie, se poate spune că asigurările private reprezintă într-adevăr o sursă suplimentară de venituri pentru sănătate. Totuși, ele ridică probleme legate de costurile administrative ridicate, precum și probleme de echitate. Implementarea asigurărilor private necesită reglementări precise, însoțite de o supraveghere atentă și constantă, cerințe pe care multe țări nu sunt în măsură să le respecte.

Este semnificativ faptul că singurul stat din lume care are un sistem de sănătate bazat majoritar pe asigurările private sunt SUA, consecința puternicelor interese politice de grup și al lobbii-ului susținut al comunității medicale, ca și al societăților de asigurări. Totuși, chiar și aici, guvernul asigură asistență medicală grupurilor defavorizate, prin intermediul a două programe: Medicaid, destinat celor

foarte săraci, și Medicare, destinat vârstnicilor și persoanelor cu handicap. Ultimul program acoperă cam 38 de milioane de persoane. 15% din americani nu au nici o formă de asigurare medicală.

FINANȚAREA PRIN PLĂȚI DIRECTE

Există mai multe tipuri de plată directă:

- ◆ plata în totalitate a serviciilor;
- ◆ co-plata (o sumă fixă pentru fiecare vizită medicală);
- ◆ co-asigurarea (un anumit procent din costul vizitei).

Plata directă, în totalitate, a serviciilor medicale se realizează de regulă în sectorul privat, în timp ce co-plata și co-asigurarea sunt întâlnite cu precădere în sectorul public al furnizării serviciilor medicale.

Efecte pozitive ale acestor modalități de plată ar putea fi:

- ◆ reducerea serviciilor non-necesare, prin responsabilizarea atât a pacienților, cât și a medicilor;
- ◆ creșterea calității serviciilor;
- ◆ creșterea eficienței alocative.

Problemele care apar însă sunt legate de faptul că, populația săracă sau vârstnică, principala beneficiară a serviciilor medicale, și-ar putea reduce consumul de îngrijiri necesare datorită imposibilității de a plăti.

În ciuda aparențelor optimiste, studiile efectuate au arătat că introducerea modalităților directe de plată nu a condus la o creștere semnificativă a fondurilor pentru sănătate, creștere estimată la mai puțin de 10%. Mai mult decât atât, nu s-a constatat nici o îmbunătățire vizibilă a calității serviciilor furnizate.

În concluzie, deși în ultimul timp se remarcă o tendință de introducere a plății directe, există multe posibile efecte negative ale acestei metode de finanțare. Este prin urmare important să se înțeleagă care sunt limitele metodei, precum și impactul sau, mai ales în contextul specific al fiecărei țări.

FINANȚAREA COMUNITARĂ

Este o metodă care se poate aplica în general comunităților rurale. Ea presupune ca membrii unei comunități să plătească în avans o contribuție în scopul obținerii unui pachet de servicii medicale, atunci când acestea vor fi necesare. Contribuția acoperă de regulă o parte a costurilor, restul fiind subvenționat de către guvern. Contribuții se pot obține și din industria locală, acolo unde aceasta există. Finanțarea comunitară își propune, de cele mai multe ori, să acopere costurile îngrijirilor primare, costurile cu medicamentele, precum și o parte din cheltuielile de spitalizare.

Finanțarea comunitară are la bază două principii: cooperarea între membrii comunității și încrederea dintre aceștia. Recunoscând îngrijirile pentru sănătate ca pe o necesitate de bază, ca și faptul că prin eforturi conjugate poate fi obținută bunăstarea economică și socială a membrilor comunității, aceștia sunt mobilizați în scopul finanțării, organizării și conducerii îngrijirilor de sănătate. Finanțarea comunitară poate fi susținută și încurajată de guvern prin inițiative legislative, asistență tehnică și financiară. Totuși, ideal este ca organizarea finanțării comunitare să fie independentă de autoritățile locale sau centrale.

CUM POATE FI DECISĂ MODALITATEA DE FINANȚARE A UNUI SISTEM DE SĂNĂTATE?

Criteriile folosite pentru a selecta cea mai potrivită modalitate de finanțare a unui sistem de sănătate tind să se concentreze asupra capacității metodei vizate de a realiza șase obiective importante:

- ◆ capacitatea de a genera veniturile necesare;
- ◆ echitatea;
- ◆ risk pooling;
- ◆ eficiența;
- ◆ calitatea serviciilor;
- ◆ sustenibilitatea.

Din păcate, este imposibil ca toate aceste obiective să fie atinse în egală măsură. De aceea, sarcina decidenților este ca, în funcție de particularitățile societății pe care o reprezintă, să realizeze un trade-off între cele șase obiective enumerate.

Capacitatea de a genera veniturile necesare. Un criteriu important în stabilirea unei anumite metode de finanțare ca fiind cea mai potrivită este legat de capacitatea acesteia de a mobiliza fonduri suplimentare pentru sănătate. Este știut faptul că în țările sărace, abilitatea guvernului de a colecta impozite generale este limitată, prin urmare este dificilă suplimentarea alocării de fonduri către sistemul sanitar. Taxele cu destinație specială pentru sănătate (ex. taxe pentru alcool, țigări) par a fi mai ușor de colectat, asta dacă nu luăm în calcul evaziunea fiscală. Asigurarea socială de sănătate, finanțată prin reținerea unor procente din salariu, are o capacitate mai mare de a genera sume suplimentare. Totuși, și aceasta este limitată la cei care au un contract de muncă. Studiile au demonstrat că plățile directe nu se constituie într-o sursă majoră de venituri pentru sănătate. Pe de altă parte, atunci când finanțarea comunitară este bine organizată și condusă, pare că are capacitatea necesară pentru a mobiliza fonduri noi, îmbunătățind eficiența și calitatea îngrijirilor de sănătate.

Echitatea. Echitatea este un concept dificil de definit, dar a cărui realizare este ținta tuturor decidenților din sectorul sanitar. Există mai multe aspecte ale echității.

Echitatea în finanțare este de mai multe feluri: verticală, orizontală și intergenerațională.

Echitatea verticală se referă la faptul că fiecare persoană trebuie să plătească în funcție de veniturile sale, și nu în funcție de necesitățile de îngrijiri. Plecând de la acest concept, există trei tipuri de sisteme, diferențiate prin modalitatea de plată: *sistemul progresiv*, în care odată cu creșterea veniturilor crește și procentul din acestea reținut pentru sănătate; *sistemul regresiv*, în care creșterea veniturilor este însoțită de scăderea procentului destinat îngrijirilor pentru sănătate; *sistemul proporțional*, în care, indiferent de venit, fiecare plătește același procent în contul destinat sănătății.

Echitatea orizontală este definită, din punct de vedere al finanțării, în termeni care arată în ce măsură cei care au aceeași capacitate de plată plătesc în mod egal, indiferent de aspecte legate de sex, stare civilă, ocupație sau reședință. Acesta este însă un concept care nu pare să îi preocupe prea mult pe decidenții din sănătate.

Echitatea în furnizarea îngrijirilor de sănătate pleacă de la premisa că îngrijirile de sănătate trebuie să fie distribuite în conformitate cu necesitățile, mai degrabă decât cu capacitatea de a plăti. În acest concept, echitatea orizontală trebuie privită ca necesitatea ca persoane cu aceleași nevoi de îngrijiri să primească același tratament, indiferent de veniturile lor. Echitatea verticală se referă, de această dată, la faptul că cei cu nevoi mai mari primesc mai multe îngrijiri decât cei cu nevoi mai puține, indiferent de venituri.

Mai există și un concept al echității rezultatelor, potrivit căruia toți au dreptul la aceeași stare de sănătate, indiferent de venituri, reședință, rasă, etc.

Eficiența. Având în vedere că resursele pentru sănătate sunt limitate, este imperativ necesar ca aceste resurse să fie colectate și utilizate cu maximum de eficiență.

Distribuirea inechitabilă a fondurilor disponibile, insuficienta coordonare între diferitele surse de finanțare, precum și atenția inadecvată acordată costurilor și aspectelor legate de eficiență, reprezintă problemele majore cu care se confruntă finanțarea sistemelor de sănătate din țările aflate în tranziție.

Dacă problema eficienței colectării fondurilor revine în sarcina finanțștilor, fiind legată mai ales de aspecte precum evaziunea fiscală, economia subterană, creșterea costurilor administrative sau corupția, eficiența în repartizarea resurselor pentru sănătate preocupă în mod deosebit profesioniștii din sistemul sanitar, fiind domeniul în care aceștia pot interveni.

Există două aspecte ale eficienței în furnizarea îngrijirilor de sănătate: eficiența alocativă și eficiența de producție.

Eficiența alocativă se referă la modalitățile de alocare a resurselor între diferitele ramuri ale activității sanitare, astfel încât rezultatele să fie cele mai bune. Cu alte cuvinte, cum trebuie alocate resurse limitate astfel încât beneficiile, măsurate în indicatori ai stării de sănătate a populației, să fie maxime.

Conceptul implică o încercare de realocare a fondurilor disponibile dinspre serviciile cele mai costisitoare și de care beneficiază puține persoane, către servicii de sănătate cum ar fi prevenția, imunizările, controlul vectorilor sau educația sanitară, de care pot beneficia mult mai multe persoane, rezultatele fiind vizibile pe termen lung.

Eficiența de producție (tehnică) vizează două aspecte: în condițiile unor resurse date, cum facem să obținem cele mai bune rezultate? Având în vedere anumite rezultate, ce căi urmăm pentru a consuma cât mai puține resurse?

Sustenibilitatea. Este definită prin capacitatea unui sistem de a produce beneficii astfel evaluate de către utilizatori și decidenți încât să asigure suficiente resurse pentru continuarea activității pe termen lung. Are mai multe componente:

- ◆ sustenibilitatea financiară. Un sistem este sustenibil financiar atunci când este capabil să se susțină singur, fără intervenție externă.
- ◆ sustenibilitatea politică. Un sistem nu poate fi sustenibil decât în condițiile unei stabilități politice.
- ◆ sustenibilitatea organizațională. În timp ce susținerea financiară adecvată reprezintă baza pentru un sistem de sănătate sustenibil, succesul programelor de sănătate propuse depinde în mare măsură de modul în care sistemul este organizat. Sustenibilitatea organizațională este determinată de factori precum: schimbările politice și de pe piața de capital, calitățile manageriale și organizatorice, și nu în ultimul rând de gradul de pregătire al profesioniștilor din sănătate.

Calitatea. Calitatea serviciilor primite reprezintă o mare preocupare pentru pacienți. Este evident că un sistem de sănătate care dispune de resurse insuficiente nu poate oferi servicii de calitate. Este însă la fel de adevărat că un sistem care beneficiază de fonduri foarte mari, dar care nu impune nici un fel de restricție asupra consumului de servicii din partea pacienților, respectiv asupra ofertei de servicii din partea furnizorilor, s-ar putea confrunta și el cu probleme legate de calitate.

Conceptul de calitate a îngrijirilor de sănătate este greu de definit, cu atât mai mult cu cât termenul are altă valoare pentru pacienți decât pentru furnizorii de servicii, de exemplu. Pentru pacienți, calitatea este mai degrabă un concept subiectiv, aceștia apreciind mai mult relația interumană sau accesibilitatea la medicamente, decât actul medical în sine. De asemenea, pacienții pun accent pe timpul de așteptare, gradul de confort din unitățile sanitare, lipsa de respect și de dialog din partea personalului, și nu în ultimul rând necesitatea de a oferi bani „pe sub masă” în schimbul unui tratament preferențial.

Profesioniștii insistă dimpotrivă asupra aspectelor tehnice ale actului medical, fiind prin aceasta mai obiectivi în aprecieri.

ORGANIZAREA SISTEMULUI DE PLATĂ ȘI A FURNIZĂRII SERVICIILOR

Modul în care o țară își organizează sistemul de plată și furnizarea serviciilor poate avea un mare efect asupra celor implicați, fie că sunt pacienți, manageri de spitale, medici sau farmaciști, comportamentul acestora determinând în final rezultatele sistemului de îngrijiri ales.

Modalitățile de finanțare a sistemului de sănătate nu pot fi tratate izolat de organizarea furnizării îngrijirilor și nici de mecanismele de plată. Economiiștii sanitari încearcă să răspundă unei întrebări tot mai presante:

Care tip de sistem de sănătate, prin modalitățile sale de finanțare/plată furnizorilor/organizarea îngrijirilor este mai eficient în controlul inflației cheltuielilor din sănătate?

Un lucru este cert: atunci când într-un sistem de sănătate finanțarea nu este strâns legată și coordonată cu mecanismele de plată a furnizorilor, rezultatul va consta într-o creștere rapidă a costurilor îngrijirilor, însoțită de o scădere a calității acestora.

Cum influențează modalitatea de plată oferta/cererea într-un sistem de sănătate? Modalitatea de plată, precum și valoarea acesteia pot determina alegerea medicului de a lucra în sistemul public sau în cel privat. Veniturile obținute de medic îl pot constrânge să accepte plăți informale din partea pacienților. Forma de rambursare a serviciilor îi poate influența comportamentul profesional (vezi capitația, fee for service). În ceea ce privește cererea, prețul serviciilor influențează cantitatea sau chiar calitatea îngrijirilor solicitate.

Pentru a înțelege mai bine aceste aspecte, este necesară o analiză a pieței într-un sistem de sănătate, insistând asupra particularităților care o diferențiază de alte piețe. În domeniul sanitar, prețul reprezintă mecanismul alocativ cheie al raționalizării resurselor insuficiente. De partea furnizorilor, prețul influențează numărul acestora pe piață, precum și tipul serviciilor oferite. În funcție de preț, consumatorul decide asupra tipului și numărului bunurilor cumpărate.

Pe o piață competitivă, prețul este determinat chiar de aceasta. Pe piața îngrijirilor de sănătate intervin însă câteva particularități. Una dintre acestea este *asimetria informațională*, care afectează în special piața asigurărilor de sănătate, conducând la fenomenul *selecției adverse* din partea cumpărătorului de asigurare: indivizi care au probleme de sănătate și anticipează cheltuieli din această cauză, vor intra în asigurare, spre deosebire de cei sănătoși, care nu se asigură. Pentru a evita falimentul, asiguratorul stabilește o serie de condiții pentru persoanele care vor să se asigure. Tot asiguratorul este cel care încearcă să îi atragă pe cei sănătoși, în dauna celor bolnavi, fenomen cunoscut sub numele de *selecția riscurilor*.

În ceea ce privește piața îngrijirilor de sănătate, *asimetria informațională* acționează în felul următor: medicul este cel care deține informația, influențând pacientul în deciziile legate de sănătatea sa, de tipul și numărul îngrijirilor așteptate. Consumatorii, în acest caz pacienții, nu au suficiente cunoștințe pentru a face alegeri independente de voința medicului. Așadar, pe piața îngrijirilor de sănătate, medicul este până la urmă cel care stabilește prețul, tot el inducând și cererea. Mai mult,

datorită faptului că furnizorii pot decide asupra modalității de tratament, cantității serviciilor și medicamentelor prescrise, comportamentul lor afectează în final costurile, eficiența și calitatea serviciilor de sănătate.

PRINCIPALELE MODALITĂȚI DE PLATĂ A SERVICIILOR MEDICALE

Plata per serviciu (fee-for-service). Unitatea de plată va fi reprezentată de vizita medicală, sau de actul medical propriu-zis, furnizorul fiind plătit proporțional cu serviciile prestate. Metoda este utilizată pentru plata spitalelor, centrelor de sănătate, medicilor cu practica individuală.

Modalitatea oferă furnizorilor stimulente economice pentru a efectua cât mai multe servicii, unele chiar non-necesare, existând și tendința din partea pacienților de a abuza de aceste servicii (hazardul moral). Reprezintă singura formă de rambursare în care medicul, spitalul sau centrul de sănătate, nu au nici un motiv să selecteze pacienții sănătoși, dimpotrivă, opusul ar putea fi adevărat. Furnizorul nu preia nici un risc financiar, acesta aparținând în întregime plătitorului (pacient sau casa de asigurări).

Capitația reprezintă o modalitate de plată a unei sume fixe, pentru fiecare pacient înscris pe lista unui medic, indiferent de numărul serviciilor efectuate, într-o perioadă de timp considerată. Suma per pacient poate varia însă în funcție de anumite considerente, cum ar fi vârsta sau sexul.

De această dată, riscurile sunt preluate de către furnizori, iar în tendința de minimizare a acestora, pacienții ar putea avea de suferit. Astfel, medicii vor înscrie pe listele lor persoane sănătoase, îngreunând accesul celor bolnavi („cream skinning”). De asemenea, ar putea fi furnizat un număr mai mic de servicii decât cel necesar. Pe de altă parte, ar putea crește competiția între medici pentru atragerea pacienților pe listele proprii.

Capitația este utilizată atunci când se dorește acoperirea populației cu medici, de exemplu în asistența medicală primară.

Plata per caz este o metodă de rambursare în care unitatea de plată este reprezentată de pachetul de servicii, respectiv episodul de îngrijiri. Pentru fiecare din acestea, furnizorul primește o sumă stabilită printr-un contract prealabil, indiferent de costul efectiv al serviciilor cuprinse în pachet sau episodul de îngrijiri. Această metodă este folosită pentru plata spitalelor, episodul de îngrijiri fiind, de regulă, bolnavul internat.

Atunci când sunt plătiți per caz, furnizorii sunt stimulați să reducă durata de spitalizare, numărul serviciilor per caz, scurtarea perioadei post-operatorii sau reducerea consultațiilor de control. Spitalele și medicii sunt încurajați să selecteze pacienți cu afecțiuni mai puțin severe, existând și tendința creșterii numărului cazurilor tratate și raportate. Altfel spus, spitalele au stimulentele creșterii numărului de cazuri, concomitent cu descreșterea intensității tratamentului asigurat fiecărui caz.

În ceea ce privește riscul, acesta este împărțit între furnizor și cel care plătește: furnizorul preia riscul severității cazurilor, iar plătitorul riscul incidenței acestora.

Plata per zi de îngrijiri/spitalizare. Pentru fiecare zi de îngrijiri sau spitalizare, furnizorul primește o sumă fixă. Metoda este folosită pentru plata spitalelor și a centrelor de sănătate.

Furnizorii sunt stimulați evident să prelungească durata de spitalizare, cu atât mai mult cu cât de regulă ultimele zile de spitalizare sunt mai puțin costisitoare. Aceasta va conduce la o creștere a ratei de utilizare a paturilor și la apariția unor spitale supradimensionate. În același context, numărul serviciilor per caz va scădea. Chiar și în aceste condiții, riscul financiar va fi în mare măsură preluat de către furnizor.

Plata prin salariu reprezintă plata către medici a unor sume fixe, lunare sau anuale, indiferent de numărul pacienților tratați sau de cantitatea, respectiv costul serviciilor furnizate de către aceștia. Medicul plătit prin salariu suportă un risc financiar foarte redus. El nu are stimulente pentru a minimiza activitatea, dar nici pentru a o crește. Riscul în acest caz este acela de a fi constrânsi să trateze cât mai mulți pacienți, angajatorul dorind să-și minimalizeze riscul financiar angajând cât mai puțini medici și repartizându-le acestora un număr cât mai mare de pacienți. În practică, angajatorul poate oferi bonusuri atunci când cheltuielile au fost sub limita stabilită, iar activitatea spitalului nu a fost afectată prin aceasta.

Bugetul global. Metoda constă în plata unui buget stabilit în avans, prevăzut cu anumite limite maxime. Totuși, furnizorul are libertatea ca, în interiorul acestor limite să poată alocă sumele pe care le considera necesare pe diferite articole de cheltuieli. Această modalitate de plată este folosită pentru spitale și centre de sănătate. Furnizorul preia riscurile în ceea ce privește numărul internărilor și al serviciilor, costul fiecărui serviciu, durata de spitalizare, și chiar numărul de pacienți. Prin urmare, el este stimulat să reducă toate acestea pe cât posibil.

FINANȚAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

În România, până în 1997 a funcționat un sistem național de sănătate, bazat deci pe colectarea fondurilor prin impozite.

În 1997 a fost adoptată Legea Asigurărilor Sociale de Sănătate (L.A.S.S.), moment care a marcat trecerea la un nou sistem, sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Acesta a început efectiv să funcționeze abia din 1999.

În România există două surse principale de venituri pentru sănătate și anume fondurile asigurărilor sociale de sănătate, completate cu bani de la bugetul de stat .

Evoluția sumelor destinate sectorului sanitar, între anii 1995-2000, a fost următoarea :

ANUL	Buget (miliarde)	% P.I.B.	A.S.S.(miliarde)	% P.I.B.
1995	1.983	2,9	-	-
1996	2.776	3,0	-	-
1997	6.108	2,7	-	-
1998	11.745	2,9	-	-
1999	4.087	0,79	16.996	3,3
2000	4.433	0,61	23.097	3,2

Se poate constata o variație a procentului din P.I.B. destinat sănătății în jurul valorii de 3% - 4% , printre cele mai mici din Europa .

Finanțarea prin asigurările sociale de sănătate

Constituirea fondurilor A.S.S. este reglementată prin L.A.S.S., la capitolul Finanțare și constă în principiu din contribuția în procente egale (7%) din partea angajaților și a angajatorilor. Fondurile sunt destinate plății furnizorilor de servicii medicale, deși în ultima vreme s-a constatat și o tendință de împovărare a asigurărilor de sănătate cu obiective care ar trebui să fie finanțate de la bugetul de stat (programe naționale de sănătate, plata unor drepturi salariale).

Finanțarea de la bugetul de stat

Suplimentar față de sistemul asigurărilor sociale de sănătate, funcționează în continuare și un sistem al impozitării directe (pe venit, pe profit) și indirecte (T.V.A., accize). Bani de la buget alocați sănătății sunt administrați de către Ministerul Sănătății, a cărui organizare și funcționare sunt reglementate prin H.G. nr. 244/1997. În această hotărâre sunt stipulate și unitățile sanitare bugetare. Destinația bugetului alocat sănătății mai este prevăzută și în H.G. 154/1998 (privind reorganizarea și finanțarea unităților sanitare), L.A.S.S. (art.57), precum și în legea 100/1998 (legea sănătății publice). Destinația sumelor provenite de la buget, conform L.A.S.S. :

- ◆ construcția sau repararea unităților sanitare;
- ◆ achiziționarea de aparatură medicală performantă;
- ◆ activitatea de diagnostic, curativă, reabilitare de importanță națională, recuperarea capacității de muncă.

Tot la capitolul finanțare de la buget este firesc să includem și creditele externe. România a contractat, prin Ministerul Sănătății, două împrumuturi de la Banca Mondială. Primul credit, în valoare de 150 milioane \$, rambursabil de către guvernul român într-o perioadă de 20 de ani, a fost contractat în 1992. În anul 2000 a fost semnat acordul de deschidere a unei a doua linii de credit, în valoare de 40 milioane \$, în decurs de 3 ani, plus alte 20 de milioane \$ în decurs de alți 2 ani, în funcție de atingerea obiectivelor propuse. Creditul urmează să fie rambursat în 20 de ani, cu o perioadă de grație de 5 ani. Valoarea totală a programului este de 70 milioane \$, restul de 30 de milioane \$ urmând a fi alocați de către statul român. Bani sunt destinați în principal modernizării asistenței medicale de urgență din

capitală și din 20 de județe, precum și reabilitării asistenței medicale rurale. 10 milioane \$ sunt destinați susținerii unor programe naționale de sănătate. Sumele reprezintă doar o mică parte a necesarului, ținând cont de faptul că, conform estimărilor specialiștilor români și străini, pentru satisfacerea tuturor necesităților în materie de dotare cu aparatură medicală modernă, România ar trebui să cheltuiască cel puțin 1,5 miliarde \$.

Pe lângă aceste două modalități principale de colectare a veniturilor pentru sănătate (asigurări sociale de sănătate, bugetul de stat), mai pot exista și alte surse de bani :

- ◆ plăți directe ale pacienților către furnizorii de servicii medicale (clinici private, costuri ale unor servicii ce nu sunt decontate de către casele de asigurări și care sunt prevăzute în Contractul Cadru) ;
- ◆ coplăți ;
- ◆ contribuții voluntare, în viitor, odată cu apariția caselor de asigurări private.

Problemele care apar în sistemul românesc sunt legate în principal de dificultățile intervenite în colectarea fondurilor. Pe fondul absenței unor prevederi legale clare, casele județene de asigurări întâmpină mari greutăți în strângerea banilor, dat fiind faptul binecunoscut al existenței unor mari întreprinderi de stat, în mod tradițional datoare, atât la bugetul de stat, cât și la fondul asigurărilor sociale de sănătate .

Astfel, la data de 29.02.2000 existau în evidență C.N.A.S. un număr de 64.248 de agenți economici, ale căror datorii însumează peste 5.243 miliarde lei, după cum urmează :

- ◆ angajatori : 1.976 miliarde lei;
- ◆ asigurați : 1.488 miliarde lei ;
- ◆ majorări : 1.714 miliarde lei ;
- ◆ penalități : 65 miliarde lei .

O altă problemă cu care se confruntă sistemul asigurărilor sociale de sănătate o constituie obligativitatea depunerii fondurilor la Trezorerie, cu o dobândă de numai 10%. Această imposibilitate de a obține o dobândă rezonabilă, la nivelul pieței bancare, corelată cu o inflație ridicată, conduc de asemenea la o diminuare a sumelor reale care ajung la sectorul sanitar. Mai trebuie amintit de asemenea și de o alta sursă de pierderi pentru veniturile destinate sănătății, și anume, economia subterană.

CONCLUZII

- ◆ modul în care un sistem de sănătate este finanțat determină cantitatea de bani disponibilă, cine suportă povara financiară, cine controlează fondurile, precum și dacă inflația costurilor poate fi controlată;
- ◆ capacitatea unei țări de a mobiliza fonduri este strâns legată de venitul acesteia pe cap de locuitor;

- ◆ aceeași structură de finanțare nu poate fi aplicată tuturor țărilor. Sistemele de sănătate diferă categoric de la o țară la alta, în funcție mai ales de dezvoltarea socio-economică a fiecăreia;
- ◆ distribuirea inechitabilă a fondurilor disponibile, insuficienta coordonare între diferitele surse de finanțare, precum și atenția inadecvată acordată costurilor și aspectelor legate de eficiență, reprezintă probleme majore cu care se confruntă finanțarea sistemelor de sănătate din țările aflate în tranziție;
- ◆ cele mai multe din sistemele de finanțare actuale nu sunt „pure”. Majoritatea țărilor au combinat variate modalități de finanțare, în funcție de specificul și obiectivele de sănătate ale fiecăreia;
- ◆ nici una din metodele de finanțare nu este ideală și nu poate furniza o soluție magică ce ar putea rezolva problemele acute cu care se confruntă finanțarea sănătății, mai ales în țările sărace ale Globului.

12. ASPECTE TEHNICE ALE ASIGURĂRILOR PRIVATE DE SĂNĂTATE

Dr. Bogdan Pană

Asigurarea sănătății își are originea în imposibilitatea de a prezice îmbolnăvirea și costurile asociate ei.

Riscurile legate de îmbolnăvire, precum vătămarea corporală, îmbolnăvirea sau incapacitatea de muncă pot fi identificate și evaluate sub forma cheltuielilor medicale, pierderilor de venit ca urmare a invalidității sau altor cheltuieli suportate de individ sau de familia acestuia datorită incapacității de a-și desfășura activitățile normale ale existenței sale zilnice.

Pentru gestionarea acestor riscuri pot fi luate în considerare mai multe tehnici:

- ◆ controlul riscului (prin adoptarea unui stil de viață sănătos);
- ◆ evitarea riscului (de exemplu prin nepracticarea unor sporturi riscante);
- ◆ economisirea, astfel încât să se poată acoperi suma indusă de îngrijiri (care nu poate fi prevăzută!);
- ◆ asigurarea: cumpărarea unei polițe de asigurare de la un terț care se angajează să plătească cheltuielile pentru tratamentul persoanei asigurate;
- ◆ transferul riscului (anumite costuri medicale ar putea fi suportate de patroni, pentru angajații lor).

Asigurarea este considerată a fi cea mai bună metodă de control a riscului legat de sănătate. Aceasta este oferită de companiile de asigurare și poate fi subscrisă individual sau pentru un grup de persoane. Dacă este subscrisă individual, atunci asiguratorul ia în considerare caracteristicile individului: vârstă, sex, starea de sănătate. Dacă asigurarea de sănătate este subscrisă pentru un grup de persoane se are în vedere mărimea grupului, structura acestuia (grupe de vârstă, sex), riscul specific legat de domeniul de activitate, precum și alți factori de ponderare specifici.

Deși riscul de îmbolnăvire poate fi apreciat la nivelul unei populații, la nivel individual este foarte greu de prezis. Aceasta face ca o persoană, în momentul în care se îmbolnăvește și necesită servicii medicale să aibă mai multe opțiuni de a face față cheltuielilor.

PRINCIPIILE DE DETERMINARE A PRIMEI DE ASIGURĂRI

Să presupunem ca o persoană are un venit 10.000 u.m. (unități monetare) într-un an și un risc de îmbolnăvire, determinat statistic pentru grupa populațională din care face parte de 10%. În cazul în care se îmbolnăvește, costurile tratamentului sunt 2.000 u.m.

Într-un an, această persoană are 90% șanse să rămână sănătoasă și să beneficieze de toate veniturile și 10% șansă să se îmbolnăvească și să rămână numai cu 8.000 u.m.

Statistic, averea așteptată într-un an este determinată astfel:

$$10.000 \times 0,9 + 8.000 \times 0,1 = 9.000 + 800 = 9.800 \text{ u.m.}$$

În plus, persoana își asumă riscul financiar asociat îmbolnăvirii.

Dacă cineva oferă persoanei o poliță de asigurare de 200 u.m., care acoperă toate costurile legate de îmbolnăvire, atunci persoana nu își mai asumă riscul financiar asociat îmbolnăvirii și averea așteptată va fi de 9.800 u.m. (venitul –polița de asigurare).

Prima de asigurare conform riscului acoperă costurile așteptate ale bolii

$$= \text{costul bolii} \times \text{probabilitatea bolii} = 2.000 \times 10\% = 200 \text{ u.m.}$$

Un asigurator care percepe o primă de asigurare conform riscului va acoperi doar pierderile așteptate.

Să presupunem că există un număr de 5.000 persoane care doresc să-și facă o asigurare. Ei au venitul 10.000 um și riscul de îmbolnăvire 10% .

Costurile asociate îmbolnăvirii sunt egale cu 2000 u.m. pentru fiecare individ.

Dacă asiguratorul percepe o primă de asigurare conform riscului : 200 u.m., atunci *veniturile asiguratorului* sunt egale cu *numărul de persoane x primă*.

$$= 5.000 \times 200 = 1.000.000 \text{ u.m.}$$

Cheltuielile sunt egale cu *costurile/bolnav x numărul de bolnavi* (10% din 5.000 de persoane)

$$= 2000 \times 500 = 1.000.000 \text{ u.m.}$$

Deci veniturile sunt egale cu cheltuielile.

În aceste condiții, asiguratorul nu poate să funcționeze. El trebuie să își acopere costurile de administrare și să realizeze și profit în cazul în care este o agenție pentru profit. Suma cerută în plus peste **prima conform riscului** se numește **factor de încărcare**.

Acest model, expus mai sus, este un model ideal de simplu, folosit pentru a prezenta principiile care stau la baza asigurărilor de sănătate.

În realitate veniturile persoanelor sunt diferite, costurile asociate bolilor sunt diferite, riscurile persoanelor sunt diferite.

În lumea reală, piața asigurărilor private trebuie să facă față numeroaselor surse de eșec:

Economii de scală: Într-un sistem de asigurări este important numărul de persoane asigurate, costurile variabile depinzând de volumul de activitate (de ex. cererile de rambursare). Veniturile cresc odată cu volumul de activitate , astfel încât la un moment dat veniturile depășesc costurile totale.

Riscul Moral: Acoperirea cu asigurare a individului poate schimba comportamentul sau legat de sănătate. El va avea tendința de a cheltui mai mult pentru sănătate, decât dacă ar fi plătit din buzunarul propriu. Persoanele tind să crească consumul de servicii medicale, atunci când acestea sunt subvenționate.

Un plan de asigurări *optimal* ar trebui să plătească pentru tratament suma pe care asiguratul însuși ar fi dispus să o plătească.

Ce s-ar întâmpla dacă persoana care plătește prima de 200 *u.m.*, ca să beneficieze de îngrijiri de 2000 *u.m.*, ar consuma 2 500 *u.m.*?

La un număr de 500 de bolnavi (10% din 5000 de asigurați), s-ar aduna un cost suplimentar de 250.000 *u.m* care nu ar fi acoperit de prima de 200 um pe care o plătesc fiecare din cei 5000 de persoane.

Efectul de substituție : oamenii cheltuie mai mult pe îngrijiri medicale atunci când prețul este scăzut.

Efectul de venit : oamenii consumă mai multe îngrijiri medicale din cauza existenței asigurării care realizează transferul eficient al resurselor din starea de sănătate către starea de boală, făcând ca oamenii să fie mai bogați atunci când sunt bolnavi (de Meza, 1983).

Furnizarea unor servicii complet gratuite modifică mai mult comportamentul asiguraților (în sensul creșterii nejustificate a consumului), decât acumularea unor venituri mari în urma asigurării, sperînd că în acest fel va fi determinat consumul mai mare.

Asimetria informațională este o altă problemă care poate să apară într-un sistem de asigurări. Ea poate să existe de ambele părți atât asiguratul cât și asiguratorul avînd informații disproporționate privind procesul de asigurare.

Cel care se asigură are informații mai bune despre starea sa de sănătate decât asiguratorul.

Să presupunem că există în grupul de 5.000 de asigurați persoane cu riscuri diferite de îmbolnăvire, 5%,10% și 15%. Am listat în tabel balanța de venituri și cheltuieli a asiguratorului :

Scenariul 1.

Prima de asigurare conform riscului mediu =200 um/persoană

Presupunem că toți se asigură la prima de risc mediu și asiguratorul nu știe că 2000 de persoane au risc mai mare de îmbolnăvire decât riscul mediu de 10%.

Venituri		Cheltuieli	
1000 de persoane cu risc 5% de îmbolnăvire	1000x200= 200.000	50 bolnavi x 2000 <i>u.m</i>	100.000
2000 de persoane cu risc 10% de îmbolnăvire	2000x200= 400.000	200 bolnavi x 2000 <i>u.m</i>	400.000
2000 de persoane cu risc 15% de îmbolnăvire	2000x200= 400.000	300 bolnavi x 2000 <i>u.m.</i>	600.000
Total venituri	1.000.000	Total cheltuieli	1.100.000
Deficit -100.000 um			

Asiguratorul are un deficit de 100.000 um.

Scenariul 2.

Prima de asigurare conform riscului mediu =200 um/persoană. Deoarece prima conform riscului este egală cu *costul bolii x riscul de îmbolnăvire*, cei cu risc de 5% nu acceptă o primă mai mare de 2000 um x 5%=100 um și părăsesc schema de asigurare.

Venituri		Cheltuieli	
2000 de persoane cu risc 10% de îmbolnăvire	2000x200=400.000	200 bolnavi x 2000 <i>u.m</i>	400.000
2000 de persoane cu risc 15% de îmbolnăvire	2000x200=400.000	300 bolnavi x 2000 <i>u.m.</i>	600.000
Total venituri	800.000	Total cheltuieli	1.000.000
Deficit -200.000 um			

În consecință, atunci când asiguratorul oferă o **primă conform riscului** mediu în populația respectivă, persoanele care știu că au un risc mai mare se asigură, iar cei care au un risc mai mic, refuză să cumpere prima de asigurare.

În consecință planul de asigurări îi pierde pe cei cu un risc mai mic și trebuie să plătească o sumă mai mare pentru servicii decât cea așteptată.

Constatăm că *asimetria informațională* poate face ca asiguratorul să piardă bani în situația în care persoanele își cunosc riscul de îmbolnăvire mai bine decât asiguratorul. Procesul prin care indivizii cu risc scăzut părăsesc grupul, rămânând numai indivizii cu risc înalt se numește *selecție adversă*.

Asimetria informațională poate să fie însă și în dezavantajul asiguraților în situația în care informațiile despre preț, calitatea și condițiile polițelor nu îl ajută pe cumpărător să ia o decizie informată.

Deși în domeniul asigurărilor private clientul este informat despre produs, în situația în care nu poate să evalueze exact ce nevoi are se află în ipostaza în care decizia lui de cumpărare a unei polițe de asigurări poate să nu fie concordantă cu necesarul de servicii medicale din viitor. Alegerea între diferite modele de asigurare poate constitui o problemă pentru client. Prin polițe asiguratorul realizează însă și o segmentare a pieței, oferind pachete mai avansate celor care sunt “clienți mai buni”.

Un alt model de selectare a riscului este cel prin care asiguratorul îi alege numai pe cei cu risc scăzut, refuzând să îi asigure pe cei cu risc mai ridicat. Acest proces este cunoscut în literatură ca **luarea caimacului** (sau smântânire).

Scenariul 3.

Tuturor li se aplică **prima conform riscului mediu=200 um**, cei cu risc mai mare decât riscul mediu nu sunt acceptați în schemă.

Venituri		Cheltuieli	
1000 de persoane cu risc 5% de îmbolnăvire	1000x200= 200.000	50 bolnavi x 2000 <i>u.m</i>	100.000
2000 de persoane cu risc 10% de îmbolnăvire	2000x200= 400.000	200 bolnavi x 2000 <i>u.m</i>	400.000
Total venituri	600.000	Total cheltuieli	500.000
Beneficiu -100.000 um			

Acesta situație este mult mai favorabilă asiguratorului, balanța venituri/cheltuieli fiind pozitivă.

În afară de această politică, asiguratorii pot să facă astfel încât indivizii să se auto-selecteze prin politica de co-plăți, deductibile sau co-asigurări incluse în polițele oferite.

O comparație realizată în Irlanda între două companii de asigurări: *Voluntary Health Insurance Board* și *BUPA Ireland* arăta că cea din urmă are primele de asigurare cu 10 % mai ieftine pentru înscrișii sub 19 ani, cu 4% mai ieftine pentru cei cuprinși între 19-49 de ani și cu 20% mai scumpe pentru cei cu vârste peste 54 de ani. În acest fel BUPA Ireland realizează smântânirea prin atragerea celor cu risc scăzut de îmbolnăvire (Mossialos 2001).

Pentru a face față *selecției adverse* asiguratorul poate adopta evaluarea riscului la nivel individual. În acest fel se poate estima costul indus de persoana respectivă, iar prima de asigurare să fie conformă cu riscul individului. Această soluție, deși pare a rezolva problema selecției adverse ridică însă două probleme.

Prima este aceea că acest proces este destul de costisitor inducând costuri mari asiguratorului, iar evaluarea se face destul de grosier. Există factori de ajustare pentru vârstă, sex, ocupație, antecedente, mărimea familiei, etc., ce trebuiesc luați în calcul atunci când se evaluează riscurile.

A doua este aceea că evaluarea riscului la nivel individual exacerbează problemele de echitate, cei care au venituri mai mici nu își permit să cumpere asigurări și tocmai aceștia sunt cei care au un risc mai mare de îmbolnăvire.

O altă abordare pentru reducerea *selecției adverse* este asigurarea de grup. Prin acest model se oferă o asigurare la un grup, definit fie pe criterii administrative; cazul asigurărilor publice de sănătate, fie pe criteriul locului de muncă; cel mai frecvent folosit de asiguratorii privați. În acest fel se realizează distribuția riscului între angajații unei companii, care plătesc toți aceeași primă conformă cu riscul mediu al grupului. Acest model este convenabil și pentru asigurator, care realizează un volum mai mare de asigurări cu un efort de piață mai mic și în același timp obține asigurări din grupa de populație activă (mai tineri, mai sănătoși).

O alta sursă de eșec pentru asigurări este relația *de agenție*.

Până în acest moment am presupus că asiguratul este cel care alege cantitatea de servicii de care are nevoie, dintre mai multe variante de tratament și mai multe prețuri posibile. În realitate însă, pentru cheltuieli importante legate de sănătate, medicul este cel care ia decizia pentru pacient. Deci medicul funcționează ca *agent al pacientului* în relația cu asiguratorul. Deoarece asiguratorul își ia măsuri de precauție și aplică co-participare la costuri, interesul pacientului și asiguratorului ca serviciile să aibă un cost scăzut merg în aceeași direcție și atunci controlul "*agentului*" este realizat de ambele părți. Însă când deciziile de tratament sunt foarte importante și complexe, atunci medicul este cel care decide tratamentul și funcționează ca agent al asiguratului producând costuri asiguratorului.

În extremis relația de agenție poate să funcționeze de așa natură încât medicul să-l determine pe pacient să consume mai multe servicii decât are nevoie, sau să consume servicii care nu sunt neapărat necesare. Această influență este cunoscută în literatură ca "*oferta induce cererea*". Pentru a contracara acest efect companiile de asigurări au departamente care evaluează și plătesc facturile pentru serviciile furnizate asiguraților emise de diferiți furnizori agreați de companii. În momentul în care un furnizor nu este sigur că pacientul său are dreptul la un anumit serviciu, trebuie să se adreseze companiilor de asigurări, alfel asumându-și riscul de a nu-i fi rambursate aceste servicii.

De aici reiese încă un aspect specific sistemelor de asigurări de sănătate cu mulți asiguratorii privați, versus cele publice: *costurile administrative mari*. Acestea apar din două surse. Prima este de partea asiguratorilor, datorită cheltuielilor de marketing, de tranzacționare și nevoii de a fi mereu activ pe piață și de a satisface clienții. A doua sursă este cea reprezentată de furnizori, care trebuie să facă față cerințelor diferitelor companii de asigurări în ceea ce privește modul de raportare și rambursare. Studiile realizate pe acest subiect estimează costuri administrative de 7-8% din totalul costurilor pentru sănătate în Canada (sistem public) și de 19-25% în Statele Unite (sistem privat) (Himmelstein și Woolhandler, 1986; Woolhandler și Himmelstein 1991). La nivelul companiilor de asigurări din Statele Unite se estimează că 15% din totalul primelor sunt reprezentate de costuri administrative. O mare parte a costurilor sunt reprezentate de procesarea cererilor de plată, costul nedepinzând de valoarea facturii plătite. Din aceasta cauză, asiguratorii încercă să evite procesarea facturilor mici, transferându-le în deductibile și co-plăți direct către furnizori și să păstreze doar plata facturilor mari.

Mecanisme administrative sau de reglementare care acționează la nivelul cererii sau ofertei

La nivelul cererii se implementează mecanisme de participare la costurile îngrijirilor de sănătate din partea asiguraților. Aceste participări pot fi:

- ◆ co-plăți, care cer ca o persoană să plătească o anumită sumă pentru fiecare serviciu primit;
- ◆ co-asigurarea, în cadrul căreia persoana plătește un procent din serviciile primite;
- ◆ deductibilele sunt sumele pe care o persoană le plătește până la un anumit plafon, după care intră în funcțiune asigurarea.

La nivelul ofertei există controlul asupra furnizorilor, prin diferite mecanisme. Acestea pot fi de diferite feluri:

- ◆ reglementări de practică medicală – ghiduri - care încearcă să asigure că numai serviciile necesare și adecvate sunt furnizate;
- ◆ detalierea pachetului de servicii oferit prin asigurarea privată, astfel încât la punctul de furnizare a serviciilor, se știe exact ce este îndreptățit să primească asiguratul și ce nu;
- ◆ plata serviciilor din partea asigurărilor prin diferite modele, fiecare mecanism determinând un anumit comportament din partea furnizorilor și adaptări din partea asigurătorilor.