

SISTEME DE SĂNĂTATE

- finanțare, organizare-

Sistemul de sănătate

- Reprezintă **totalitatea actorilor, instituțiilor și resurselor** direcționate spre acțiuni, al căror scop primar constă în **îmbunătățirea sănătății**.
(*Raportul OMS, 2000*)
- Acțiunea de îmbunătățire a sănătății - orice efort al serviciilor de sănătate adresat **individului sau populației**, sau inițiativă intersectorială al cărei scop primar îl constituie îmbunătățirea sănătății.

Scopurile sistemului de sănătate (OMS)

- asigurarea **stării de sănătate** a populației,
- asigurarea unei **contribuții financiare corecte** și protecție împotriva riscului financiar,
- răspunsul la **așteptările (nemedicale) ale populației.**

Principii care stau la baza sistemelor de sănătate

- Accesul universal,
- Îngrijiri de calitate,
- Echitatea (acces corespunzător nevoilor, fără a ține seama de vârstă, grup etnic, gen, statut social, posibilitatea de a plăti)
- Solidaritate

Principii care stau la baza sistemelor de sănătate (urmare)

- Siguranța pacientului,
- Îngrijire bazată pe dovezi și etică,
- Implicarea pacientului (dreptul la alegerea furnizorului, dreptul la consimțământul informat),
- Compensare (proceduri transparente în cazuri de malpraxis),
- Confidențialitate.

Modalități de finanțare

1. Finanțarea prin taxe și impozite (bugetul de stat)
2. Finanțarea prin asigurări **sociale** de sănătate
3. Finanțarea prin asigurări **private** de sănătate
4. Finanțarea prin plăți directe (în totalitate, co-plată)
5. Finanțarea comunitară.

1. Finanțarea de la bugetul de stat

Fondurile sunt colectate la bugetul de stat din:

- impozite generale (pe salarii, impozite agenți economici, etc)
- taxe cu destinație specială pentru sănătate

Bugetul de stat = o sursă de finanțare pentru toate sistemele de sănătate.

AVANTAJ

- Acoperire generală

LIMITE

- fondurile pot fi insuficiente,
- ponderea din total buget, alocată pentru sănătate, este influențată de prioritățile politice de moment.

Sistemul Național de Sănătate (modelul Beveridge)

Exemple: Marea Britanie, Irlanda, Țările Scandinave, Spania, Portugalia, Italia, Polonia, Letonia, Albania



Caracteristici:

- Acoperire generală a populației
- Reprezintă tipul cel mai progresiv de sistem de sănătate
- Costuri administrative ceva mai reduse
- Control al fondurilor
- De regulă nu există relații contractuale clare între finanțator și furnizor
- Caracteristic - liste de așteptare
- Fondurile - consistente doar în cazul țărilor bogate, cu economie gri redusă și care valorizează sănătatea,
- Suplimentat și de alte surse de finanțare
- O parte a populației are asigurare privată de sănătate

Avantajele sistemului național:

- acces universal și echitabil la un pachet minim de servicii de sănătate;
- eficiența macroeconomică: costurile asistenței de sănătate nu trebuie să depășească o proporție rezonabilă din resursele țării respective (aproximativ 7-9% din PIB);
- eficiența microeconomică: gama serviciilor oferite trebuie să garanteze pentru un cost minimal, rezultate bune în planul sănătății și satisfacție pacienților;
- libertatea de alegere a medicului din partea pacienților;
- autonomia furnizorilor de servicii medicale;
- protecția veniturilor: prețurile serviciilor medicale să fie în concordanță cu capacitatea de plată a pacientului.

Principalele *inconveniente* ale sistemului britanic:

- prezența listelor de așteptare;
- nu există relații contractuale clare între furnizori, plătitori și beneficiarii serviciilor sanitare, statul fiind atât plătitor, cât și furnizor al asistenței medicale, pachetul de servicii nefiind clar definit.

2. Finanțarea prin asigurări sociale de sănătate

- **Contribuții obligatorii ale angajaților și angajatorilor**
 - Pot fi considerați eligibili: liber profesioniștii, agricultorii,
 - Situații particulare: șomerii, pensionarii, persoanele cu handicap,
 - Grupurile cu venituri reduse → bugetul național/local.
- **Contribuțiile persoanelor eligibile sunt colectate de către agenții independente:**
 - fonduri unice de ASS → Croația, Estonia, Ungaria, Slovacia, România
 - mai multe fonduri independente → Franța
 - multiple fonduri individuale, definite pe criterii ocupaționale/geografice → Austria, Germania, Cehia, Lituania
 - o asociație a fondurilor de asigurări → Luxemburg
- **Dificultăți:**
 - stabilirea contribuțiilor persoanelor nesalariate, dar eligibile,
 - identificarea categoriilor de populație dezavantajate.

Finanțarea prin asigurări sociale de sănătate (modelul Bismarck)

Caracteristici:

1. Contribuție **obligatorie** a salariaților și angajatorilor
2. Contribuțiile sunt stabilite prin legislație **în funcție de venit**, nu de riscul de îmbolnavire (% din venit/fond de salarii) - mai ușor de modificat
3. Introdus în 1881 - **Otto von Bismarck** – cancelar german - primul program de asigurare a sănătății pentru unele categorii de lucrători.



Principiile care stau la baza acestui sistem:

1. **Obligativitatea**

2. **Solidaritatea**

3. **Autonomia**

4. **Stabilirea contribuției de asigurare pentru
sănătate**

5. **Capitalizarea**

- ***Obligativitatea***

Orice cetățean trebuie în mod obligatoriu să fie protejat de o casă de asigurări de boală. Acest principiu nu contravine posibilității de a alege între diferite case de asigurări (fonduri de asigurări).

- ***Solidaritatea***

Presupune stabilirea contribuțiilor individuale nu în funcție de riscurile individuale asociate vârstei, genului și morbidității, ci în funcție de venitul individului (echitate verticală). Serviciile medicale sunt acordate asiguraților potrivit nevoilor independent de valoarea contribuțiilor plătite (echitate orizontală).

- **Autonomia**

Fondurile de asigurări de boală și organizațiile care le administrează sunt independente. Casele de asigurări au dreptul să strângă contribuțiile și să încheie contracte cu prestatorii de îngrijiri de sănătate.

- **Stabilirea contribuției de asigurare pentru sănătate**

Contribuțiile pentru asigurarea socială de sănătate sunt plătite, în proporții care variază în funcție de țară și de casa de asigurare, atât de angajator cât și de salariați. Avantajul este reprezentat de accesibilitatea tuturor la un sistem de asigurare socială de sănătate. Dezavantajul constă în posibilitatea existenței unor diferențe foarte mari între cuantumul contribuției diferiților salariați. Acesta ar putea fi înlăturat prin stabilirea unui plafon care să limiteze cuantumul contribuției (Germania).

- **Capitalizarea**

Se folosește atunci când beneficiile se anticipează a se obține pe termen lung. Contribuțiile individuale sunt acumulate într-o rezervă și sunt plătite peste un număr de ani împreună cu o dobândă garantat acumulată (de exemplu asigurarea de viață). Asigurările de sănătate furnizează beneficii pe termen lung pentru că 70% din cheltuielile de sănătate ale unei persoane se consumă în ultimii ani de viață. Dacă cheltuielile depășesc veniturile, atunci deficitul ar putea fi acoperit prin transferul de la bugetul de stat, sporirea contribuțiilor sau suportarea unei părți din cost de către pacienți.

Avantajele sistemului german:

- creșterea descentralizării sistemului prin casele de asigurări de sănătate;
- mărimea fondurilor destinate sectorului sănătății este independentă de schimbările priorităților politice;
- calitatea asistenței medicale poate crește prin impunerea de către organismele plătitoare de standarde de calitate ce trebuie respectate de medicii cu care se află în relații contractuale. Aceasta are drept rezultat competiția între furnizorii de asistență medicală;
- definirea clară a pachetului de servicii medicale ce urmează a fi furnizate populației în termeni cantitativi și calitativi;
- fondurile strânse de casele de asigurări pot fi investite eficient;
- permite o mare diversitate în ceea ce privește furnizarea îngrijirilor medicale (furnizori publici și privați plătiți din fondurile de asigurări sociale și/sau furnizori independenți plătiți din alte fonduri);
- separarea strictă a bugetelor astfel încât contribuțiile nu pot fi folosite decât pentru asigurările de sănătate;
- raționalizarea serviciilor medicale se realizează prin contractele dintre CAS, clienți și furnizori;
- acoperirea generală a populației;
- transparența fluxului banilor în sistemul sanitar.

Dezavantajele:

- dificultatea stabilirii primelor ce trebuie plătite de către cei care lucrează pe cont propriu;
- necesitatea acoperirii din alte fonduri a celor ce nu sunt salariați (șomeri, elevi, pensionari);
- folosește 8-9% din PIB și cheltuielile sunt în creștere;
- finanțarea se bazează mai ales pe angajați, schimbările demografice putând compromite stabilitatea sistemului;
- costurile administrative sunt substanțial crescute;
- absența concurenței.

Problemele care apar ca urmare a existenței terților plătitori

Riscul moral

Principiu: dacă prețul unui bun este egal cu zero (serviciul de sănătate în momentul oferirii lui), atunci cererea va depăși întotdeauna oferta.

Consecință: asistența medicală va trebui raționalizată prin:

- co-plată;
- rolul medicului generalist în filtrarea accesului la asistența medicală spitalicească;
- lista de așteptare pentru tratament;
- reglementări asupra serviciilor care vor fi sau nu furnizate.

Selectia adversă apare atunci când:

- terții plătitori încearcă să limiteze costurile, refuzând să asigure acoperirea acelor grupuri care sunt cele mai bolnave și care necesită îngrijirile cele mai scumpe. Rămân astfel neasigurați cei care au risc de boală ridicat și ar trebui să plătească foarte mult;

- medicii sunt plătiți printr-o sumă pentru fiecare persoană asigurată (per capita) indiferent de volumul de muncă necesar îngrijirii fiecărui pacient.

Caracteristici ale SAS – deosebiri față de SNS

- Asigurarea nu este un drept al tuturor cetățenilor, ci doar a celor care contribuie sau a categoriilor speciale - acoperirea NU este generală
- Asigurații sunt conștienți de costul sănătății - Calitatea serviciilor oferite este mai bună: se definesc pachete de servicii și standarde de calitate; competiția dintre fonduri este în avantajul pacienților („clienți”)
- Fondurile destinate sănătății sunt separate
- Valoarea contribuțiilor - stabilite prin legislație
- Sistemul trebuie să își mențină singur solvabilitatea, stimulându-se eficiența și responsabilitatea managerială a gestionării fondurilor
- Există o transparență crescută la nivelul fluxurilor financiare → creșterea încrederii populației
- Statul contribuie și el la finanțarea programelor de sănătate de interes național și pentru grupurile defavorizate.

3. Finanțarea prin asigurări private de sănătate

Asigurarea voluntară de sănătate este operațiunea prin care un asigurator:

- constituie, pe principiul mutualității, **un fond de asigurare**, prin contribuția unui număr de asigurați expuși la producerea riscului de îmbolnăvire;
- îi indemnizează, în conformitate cu clauzele stipulate în contractul de asigurare, pe cei care suferă un prejudiciu, din fondul alcătuit din primele încasate, precum și din celelalte venituri rezultate, ca urmare a activității desfășurate de asigurator.

Asigurările private / voluntare

Tipuri:

- **complementare** (care au ca obiect acoperirea serviciilor excluse din pachetul de bază),
- **suplimentare** (care au ca obiect îmbunătățirea accesului și calității serviciilor, eliminarea listelor de așteptare, servicii medicale în regim privat, etc.)
- **substitutive** (care înlocuiesc complet asigurările sociale, clienții putând opta să oprească contribuția în sistemul social).

Asigurările private / voluntare

Suma despăgubită este legată de tipul serviciilor acoperite prin asigurare și de probabilitatea lor de apariție.

Suma asigurată se poate plăti:

- direct beneficiarului (modelul cu rambursare);
- furnizorului de servicii de sănătate (modelul contractual).

Sistemul de asigurări de sănătate din SUA

Responsabilitatea formulării și implementării politicii sanitare este împărțită între autoritățile federale, statale și locale.

Cheltuielile pentru sănătate reprezintă 11% din PIB și sunt în creștere.

Finanțarea se face prin:

- asigurări private ce finanțează 31%, fondurile fiind administrate de companii private de asigurări;
 - plata directă de către pacienți în proporție de 23%;
 - cheltuieli guvernamentale (sistem fiscal) 42% - există două programe naționale de asigurări de boală:
 - Medicare, care acoperă toată populația în vârstă de peste 65 de ani, invalizi și persoane în stadiul de insuficiență renală (circa 34 milioane),
 - Medicaid, care acoperă grupurile sociale cele mai defavorizate (circa 26 milioane americani).
- Ambele programe sunt finanțate prin cotizații sociale, prin contribuții ale guvernelor locale și federal și prin prime voluntare.
- organisme filantropice în proporție de 2-4%.

Avantajele sistemului american:

- principalul avantaj este stimularea competiției între furnizorii și finanțatorii serviciilor medicale rezultând creșterea ofertei cantitative și calitative prezentate pacienților;
- oferirea unei game largi de servicii de calitate înaltă;
- asiguratul are libertate de alegere a medicului.

Dezavantajele:

- slaba acoperire a populației (sistemul de prime este în funcție de sănătate, nu de venituri);
- continuitate scăzută a îngrijirilor;
- sistem puternic inflaționist;
- creșterea accentuată a costurilor sanitare;
- apariția selecției adverse.

Aceste dezavantaje se reflectă în starea de sănătate a populației, speranța de viață la naștere de 73 de ani la bărbați și 78 de ani la femei și mortalitatea infantilă de 12‰.

Problemele unui sistem bazat pe asigurări private de sănătate

Corelația între risc și factorii socio-economici

Factorii socio-economici care cuprind vârsta, genul, stilul de viață sunt corelați pozitiv cu consumul de servicii de sănătate, asiguratorii privați fiind stimulați să stabilească prime de asigurare care cresc cu vârsta.

Hazardul moral

reprezintă riscul ca indivizii să-și schimbe comportamentul ca urmare a asigurării, tinzând să consume mai multe servicii medicale decât dacă nu ar fi asigurați și să acționeze mai puțin în direcția prevenirii îmbolnăvirii. Apare la toate tipurile de asigurări, ori de câte ori în relația pacient – prestator de servicii medicale intervine un terț plătitor.

Selecția adversă

Stabilirea unei prime de asigurare bazată pe riscul mediu face ca indivizii cu risc mic să plătească o primă mai mare decât cea care ar corespunde grupului lor de risc. Aceasta îi poate determina să nu se asigure, iar pe asiguratorii să crească primele de asigurare pentru cei care se asigură. Selecția riscurilor se face pe baza obligativității examenelor clinice, instituirii listelor de așteptare, excluderii de la asigurare a anumitor boli.

Luarea caimacului (cream skimming)

Asiguratorul privat este stimulat să atragă numai persoanele cu risc mic, îndepărtându-le pe cele cu risc ridicat pentru a se transfera la o altă casă de asigurări.

4. Finanțarea prin plăți directe

Sunt plăți efectuate direct între consumator și furnizorul de servicii de sănătate, fără intervenția unui intermediar financiar.

Tipuri:

- plata integrală a serviciului
- coplata → ex. tichet moderator
- co-asigurarea → plata unui procent din costul serviciului.

Avantaje:

- Reducerea consumurilor – responsabilizare
- Furnizează venituri suplimentare - 10% pentru sănătate
- Descurajează supra-consumul de servicii medicale („hazardul moral”)
- Crește calitatea serviciilor.

Dezavantaje: reducerea accesului populației vulnerabile.

5. Finantarea comunitară

- Aplicabilă comunităților mici
- Principii: cooperare și încredere între membrii comunității
- Acoperă o parte a costurilor
- Guvernul încurajează inițiativa comunitară

Modalități de plată

1. MEDICI

- "Per capita"
- "Per serviciu"
- Prin salariu

2. SPITALE

- Bugetul global
- Plata pe zi de spitalizare
- Plata pe caz rezolvat (DRG)

1. PLATA MEDICILOR

1.1. Plata "per capita"

- Modalitate de plată către o organizație a unei **sume fixe, pentru un interval de timp, pentru fiecare persoană înscrisă** pe lista unui medic (persoană care poate accesa acea organizație în caz de nevoie și devine pacient).
- Suma nu variază cu numărul de servicii furnizate
- Suma poate varia în funcție de anumite caracteristici (vârstă, gen)
- **Utilizare:** medici de familie.

1.1. Plata "per capita"

Avantaje

- asigură acoperirea populației cu servicii medicale primare,
- Nu stimulează supraoferta de servicii,
- Incurajează eficiența de alocare a resurselor.

Dezavantaje

- furnizorul suportă riscurile financiare,
- **tendința de a le minimiza** (medicii înscriu preferențial persoane sănătoase - *cream skimming* și scade accesibilitatea celor bolnavi),
- **tendința de a furniza un număr prea redus de servicii.**

1. PLATA MEDICILOR

1.2. Plata per serviciu

- Furnizorul primește o plată / tarif de fiecare dată când oferă un serviciu rambursabil,
- poate fi utilizată și pentru a plăti organizații și pentru a remunera personalul,
- se face după efectuarea serviciului,
- depinde direct de numărul de servicii furnizate,
- **utilizare:** asistența de specialitate în ambulator, pentru unele servicii în spitale, pentru unele servicii în medicina primară.

1.2. Plata per serviciu - avantaje

- furnizorul este plătit proporțional cu serviciile prestate,
- oferă stimulente economice pentru a efectua cât mai multe servicii (medic/pacient),
- e singura formă de plată în care furnizorii nu au nici un motiv să selecteze pacienții sănătoși, ci chiar dimpotrivă,
- încurajează eficiența tehnică (minimizarea costurilor resurselor utilizate)
- riscul financiar aparține în întregime plătitorului.

1.2. Plata per serviciu - dezavantaje

- **Există tendința de a efectua cât mai multe servicii** (medic/pacient),
- compromite eficiența alocativă,
- pierde teren în toate sistemele de îngrijiri,
- asiguratorii preiau tariful stabilit de furnizori,
- sistemul de puncte per serviciu - comisii de experți – puțin obiectiv.

1. PLATA MEDICILOR

1.3. Salariul

- Acordarea unei sume fixe indiferent de activitatea prestată, fără a depinde de calitatea și cantitatea serviciilor furnizate.

Avantaje:

- certitudine,
- predictibilitate.

Dezavantaje:

- nu oferă stimulente pentru a crește activitatea sau calitatea,
- nu încurajează eficiența,
- medicul poate fi constrâns să trateze un număr mare de pacienți.

2. PLATA SPITALELOR

2.1. Bugetul global

- Organizația primește un buget stabilit în avans, pentru o perioadă definită de timp.
- Criterii potențiale:
 - istorice, număr servicii furnizate, număr și tip de episoade de îngrijiri,
 - prospective, populație deservită, patologia generală, etc.
- **Utilizare:** unele segmente din spital (UPU, cercetare, medici rezidenți)

2.1. Bugetul global

Avantaje:

- **Efficient în limitarea costurilor** (când este stabilit în avans),
- Oferă organizației **libertate considerabilă în utilizarea fondurilor**, dar limitată când bugetul este constituit din linii de cheltuieli.

Dezavantaje:

- **asigură controlul costurilor**, dar nu stabilește o legătură directă între volumul de activitate și plata furnizorului,
- **furnizorul preia riscurile** (numărul de internări, de servicii, costul fiecărui serviciu, durata de spitalizare), fiind stimulat să le reducă, în detrimentul calității,
- **scade eficiența și performanța managerială** - bugetul pe linii de cheltuieli restricționează capacitatea organizației de a aloca fonduri între diferite resurse.

2. PLATA SPITALELOR

2.2. Plata pe zi de spitalizare

- Furnizorul primește o sumă fixă pentru fiecare zi de spitalizare, care acoperă toate serviciile,
- utilizare: în unitățile sanitare cu paturi,
- adesea combinată cu plăți adiacente:
 - plăți suplimentare pentru îngrijiri scumpe,
 - onorarii pentru medici,
 - plăți pentru medicamente.

2.2. Plata pe zi de spitalizare

Avantaje:

- simplă
- induce tendința de scadere a numărului de servicii pe caz.

Dezavantaje:

- nu stimulează reducerea duratei de spitalizare,
- ↑rata de utilizare a paturilor - supradimensionarea spitalelor,
- nu stimulează analiza costurilor și o bună contabilitate,
- nu face distincție între grade de severitate,
- riscul financiar - preluat de furnizor.

2. PLATA SPITALELOR

2.3. Plata pe caz rezolvat (DRG)

- Furnizorul primește o plată fixă, stabilită în prealabil, de fiecare dată când tratează un pacient dintr-un anumit grup de diagnostic,
- utilizată pentru alocarea de fonduri către organizații (spitale),
- plata pentru fiecare categorie de diagnostic este prestabilită și nu variază cu serviciile furnizate individului.

Definitie: DRG (diagnosis related groups) reprezinta un sistem de clasificare al pacientilor bazat pe diagnostic, cu ajutorul caruia se poate stabili o relatie între tipul pacientilor tratati de un spital si costurile acelui spital.

Altfel spus, **DRG este o clasificare a pacientilor** care ofera mijloace de a lega tipurile de pacienti tratati în spital (case-mix) cu costurile folosite pentru îngrijirea lor.

Definitie: Case-mix reprezinta tipurile de cazuri tratate într-un spital, în functie de complexitatea lor si nivelul consumului de resurse; este o metoda optima de a masura cât de bolnavi sunt pacientii dintr-un anumit spital si evidentiaza resursele necesare spitalului în concordanta cu pacientii tratati.

notiunea de CASE-MIX exprima complexitatea cazuisticii prin:

- severitatea bolii, ce se refera la nivele diferite ale pierderii unor functiuni ale organismului, putând ajunge la deces;
- prognoza în ceea ce priveste evolutia bolii, cu deteriorarile, recaderile probabile ulterioare;
- dificultatea tratamentului, care necesita utilizarea unor proceduri sofisticate, o monitorizare strânsa;
- necesitatea unor interventii, ce ar fi necesare în lipsa unei observatii continue;
- intensitatea consumului de resurse.

Diagnostic principal

Definitie : Diagnosticul considerat ca fiind principalul responsabil de internarea în spital, stabilit după evaluarea pacientului, în momentul externării din spital.

Nota

Fiecarui episod de boala trebuie să-i corespundă un singur diagnostic principal și, posibil, unul sau mai multe diagnostice secundare.

Dacă nu s-a putut stabili nici o boală, se va putea selecta simptomul cel mai important drept cauză principală a internării.

Diagnostic secundar

Definitie : Diagnosticul care fie coexistă cu afecțiunea principală (diagnosticul principal) la momentul internării, fie apare în timpul episodului de boală.

Sunt considerate diagnostice secundare:

- Comorbiditățile
- Complicațiile

2.3. Plata pe caz rezolvat (DRG)

Avantaje

- Încurajează eficiența tehnică (furnizorul reține diferența dintre costul real al tratamentului și plata per caz),
- tinde să minimizeze costurile totale/diagnostic,
- permite înțelegerea și controlul costurilor spitalicești,
- reflectă mai bine modul în care sunt cheltuiți banii (banii urmează pacientul).

2.3. Plata pe caz rezolvat

Dezavantaje

- **Costul DRG** – este unul mediu,
- **Pentru fiecare caz furnizorul suportă riscuri asociate cu costurile tratamentului,**
- **Cream skimming** - oferă stimulente pentru a trata doar anumiți pacienți/cazuri puțin severe - încurajează trimiterea cazurilor grave spre alți furnizori.
- **Induce tendința de a crește numărul de pacienți tratați** (reinternarea; internarea cazurilor cu gravitate redusă)
- **Manipularea diagnosticilor** (clasificare pentru a maximiza rambursarea)
- **Transferul costurilor** (prea puține servicii furnizate / tratament insuficient).