

MANAGEMENTUL FINANTELOR ÎN SISTEMUL SĂNĂTĂȚII

9.1. FINANȚAREA ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE. ASPECTE CONCEPTUALE

Serviciile de sănătate, spre deosebire de alte servicii, sunt foarte solicitate, și foarte frecvent îngrijirea sănătății costă foarte mulți bani. Dacă fiecare individ ar putea liber să decidă asupra consumului său de îngrijiri medicale și să plătească pentru acestea, consumul medical ar fi foarte diferit de la un individ la altul, în condiții egale de boală și în funcție de capacitatea de plată a fiecăruia. Din motive de echitate, în aproape toate țările există o politică națională sanitară, care stabilește cum se face accesul la consumul de îngrijiri medicale și cine plătește pentru acestea. Mecanismul de finanțare reprezintă instrumentul principal de punere în practică a acestei politici. Acest mecanism cuprinde colectarea resurselor pentru plata îngrijirilor medicale, alocarea lor și plata factorilor de producție.

În limbajul curent, termenul de finanțare este utilizat generic, cu mai multe înțelesuri: de colectare a fondurilor pentru plata serviciilor de sănătate, de alocare a acestor fonduri la nivel regional sau către diferiți prestatori de servicii de sănătate sau de remunerare a factorilor de producție (în special a personalului medical și sanitar). Prezentăm în continuare conținutul fiecărei componente a mecanismului de finanțare a sănătății.

Colectarea fondurilor destinate finanțării serviciilor de sănătate. Acest aspect al finanțării se referă la modul, în care pot fi colectate resursele financiare pentru plata serviciilor de sănătate. Resursele financiare pot fi colectate pe mai multe căi:

- prin plata directă a serviciilor de către pacienți;
- din contribuții voluntare la asigurări private de sănătate;
- din contribuții obligatorii la asigurări sociale de sănătate;
- prin impozite – directe (impozit pe venit, impozit pe profit) sau indirecte (TVA, accize);
- prin constituirea de depozite bancare cu destinație precisă pentru sănătate.

Modul de colectare a fondurilor determină tipologia sistemelor de sănătate. Astfel, întâlnim: sisteme naționale de sănătate finanțate din impozite directe și indirecte; sisteme de asigurări sociale de sănătate finanțate din contribuții obligatorii ale persoanelor asigurate; sisteme private de asigurări finanțate din prime de asigurări voluntare și sisteme de piață liberă finanțate prin plata directă de către consumator.

Alocarea fondurilor (resurselor) către prestatorii de servicii de sănătate. Acest aspect se referă la alocarea fondurilor, colectate prin unul din mecanismele menționate anterior, în plan regional, către sectoarele de sănătate (nivelul primar, secundar, terțiar) și către prestatorii de servicii de sănătate. Alocarea către regiuni se poate face pe baze istorice sau pe baza unei formule de alocare, care să ia în considerare nevoile populației dintr-o anumită regiune.

Alocarea către sectoare de asistență se poate face în funcție de obiectivele de politică sanitară. Alocarea fondurilor la nivel microeconomic se referă la criteriile, după care sunt acordate fondurile prestatorilor de servicii de sănătate. Exemplele de mecanisme de alocare către prestatori includ:

- plata anticipată în funcție de cazuistica anticipată;
- bugetul defalcat pe categorii (se stabilește volumul principalelor elemente de cheltuieți – personal, medicamente, alimente, materiale, capital);
- bugetul global (se alocă pentru realizarea unui volum prestabilit de activități);
- bugetul de practică (un grup de medici generalişti pot să obțină un buget pentru asigurarea asistenței medicale pentru un anumit număr de pacienți).

Plata factorilor de producție. Ne vom referi în special la modul de remunerare a personalului din sectorul sanitar. Dacă personalul mediu este plătit cel mai adesea prin salariu, medicii pot fi plătiți în mai multe moduri:

- salariu;
- plata per serviciu (pentru fiecare serviciu se primește un tarif sau un punctaj, care ulterior se transformă în echivalent bănesc);
- plata per capita (pentru fiecare pacient îngrijit pe parcursul unei perioade se primește un tarif sau punctaj);
- plata în funcție de o scară de valori relative (fiecare medic este plătit în funcție de poziția, pe care o ocupă într-o scară relativă de valori, stabilită pe baza anilor de pregătire necesari, dificultății specialității, riscului și costului practicii).

Modul de plată a medicilor are implicații foarte mari asupra costurilor totale cu îngrijirea sănătății. S-a observat că țările, care utilizează plata per serviciu ca modalitate de plată a medicilor au cunoscut în ultimii douăzeci de ani o creștere mult mai mare a costurilor serviciilor pentru sănătate decât cele, care plătesc medicii prin salariu. Alegerea unui anumit mecanism presupune un compromis între interesele medicilor (care cel mai adesea preferă plata per serviciu) și interesele guvernului (care urmărește limitarea costurilor).

Combi-națiile dintre cele trei aspecte menționate mai sus – colectare, alocare, remunerare – pot fi diferite de la un tip de sistem sanitar la altul. Cel mai simplu caz este acela al unui sistem pur privat, în care consumatorii achită pe loc costul serviciilor sanitare. În acest caz se suprapune generarea de resurse cu alocarea lor și plata prestatorilor. Cel mai frecvent, însă, ne confruntăm cu o separare a două sau a tuturor celor trei aspecte. Statul intervine cel mai frecvent în generarea veniturilor (cazul finanțării de la buget sau al asigurărilor de stat), dar este adesea prezent și în alocarea acestora și stabilirea regulilor de remunerare a factorilor de producție. Acest capitol își propune să analizeze mecanismele alternative de finanțare prin prisma avantajelor și dezavantajelor lor.

9.2. COLECTAREA VENITURILOR. OPȚIUNI

Sistemele de sănătate pot fi finanțate din mai multe surse, atât publice, cât și private. Fondurile colectate din aceste surse pot fi administrate de instituții publice (ministere, fonduri publice de asigurări) și private (case private de asigurări, organizații patronale sau sindicale, organizații nonprofit) și pot fi cheltuite pe serviciile medicale oferite de instituții publice și private. Vom analiza în continuare următoarele modalități de finanțare (generare a veniturilor): venituri provenite din impozite încasate la bugetul de stat, din asigurări private de sănătate, din asigurări sociale de sănătate, aranjamente tip *managed competition*, depozite bancare cu destinație specifică pentru sănătate, plata directă de către pacienți.

Pentru a alege între diferitele modalități de finanțare a sistemului sanitar, sunt necesare criterii obiective, care să le ierarhizeze în funcție de performanțele, pe care acestea le obțin. Principalele criterii, care s-au impus în literatura de specialitate vizează sustenabilitatea și echitatea generării veniturilor, eficiența producției de servicii de sănătate și nivelul sau evoluția stării de sănătate. Aceste criterii sunt prezentate în tabelul 60.

Tabelul 60

Modalități de măsurare a performanței finanțării sănătății

Generarea de venituri	Producția de servicii	Starea de sănătate
<i>Probleme</i>	<i>Probleme</i>	<i>Probleme</i>
Eficiență, stabilitate și sustenabilitate în generarea de venituri; eficacitate în dispersarea riscurilor și redistribuire.	Eficiență în producție; acces; calitate; satisfacția pacienților; posibilitatea pacienților de a alege prestatorul de servicii.	Factorii, care influențează sănătatea, cum ar fi serviciile de sănătate, stilul de viață, condițiile de locuit, mediul, alimentația.
<i>Instrumente de intervenție</i>	<i>Instrumente de intervenție</i>	<i>Instrumente de intervenție</i>
Impozitarea sau taxarea, distribuția banilor publici, gradul de acoperire a populației.	Costul unitar per serviciu, sistemul de plată, organizarea și managementul.	Reducerea ratei mortalității și morbidității, creșterea speranței de viață, reducerea mortalității infantile.

9.2.1. FINANȚAREA DE LA BUGETUL DE STAT

Finanțarea sănătății din veniturile generate din impozite și taxe reprezintă o caracteristică a sistemelor de sănătate de tipul „sistem național de sănătate”. Un astfel de sistem există în țările precum Marea Britanie, Italia, Spania, Danemarca.

Criteriile de apreciere a unui sistem de generare a veniturilor bazat pe impozite și taxe sunt:

- **Eficiența economică:** sistemul de impozite nu trebuie să interfereze cu alocarea eficientă a resurselor.
- **Echitatea:** sistemul de impozitare trebuie să-i trateze egal pe toți indivizii.
- **Administrarea simplă:** sistemul de impozitare trebuie să poată fi administrat ușor și ieftin.

Eficiența economică.

Ori de câte ori guvernul utilizează impozitarea progresivă sau proporțională pentru a obține venituri de la sectorul privat, există un cost economic, care dimi-

ează efectul util al veniturilor colectate. Acest cost suplimentar este cunoscut sub numele de *costul de eficiență* sau *povara excesivă a impozitării*.

Impozitele, care nu modifică deciziile de producție sau consum sunt rare. Aici se încadrează taxele sau impozitele în sumă fixă, precum taxele de timbru, taxele locale de salubritate etc. Majoritatea impozitelor și taxelor depind, însă, fie de nivelul producției sau vânzărilor (precum ICM, accizele sau taxele vamale), fie de cel al consumului (precum TVA) sau al veniturilor (precum impozitul pe salarii, pe câștiguri, pe profit sau pe dividende). Deci, majoritatea impozitelor și taxelor utilizate sunt generatoare de costuri de eficiență. Ele sunt utilizate, în pofida acestui argument de economie pozitivă, deoarece pot asigura respectarea principiilor de echitate.

Echitatea în impozitare.

Echitatea are două dimensiuni: echitatea orizontală și echitatea verticală. *Echitatea orizontală* presupune tratarea egală a indivizilor cu același venit. Conform acestui principiu, toți indivizii sau gospodăriile aparținând aceleiași clase de venit ar trebui să contribuie la formarea veniturilor statului în mod egal. *Echitatea verticală* presupune tratarea diferențiată a indivizilor cu venituri diferite, adică redistribuirea poverii impozitelor în funcție de capacitatea indivizilor de a plăti. Conform acestui principiu, indivizii (sau gospodăriile) mai bogați ar trebui să contribuie mai mult decât cei săraci la constituirea veniturilor statului.

Noțiunea de echitate verticală este strâns legată de cea de redistribuire, concept specific „statutului bunăstării”, dar care se referă la alocarea resurselor publice. *Redistribuirea* are loc atunci când segmentele bogate ale societății finanțează – prin intermediul statului – fie consumul, fie veniturile altora, în special ale celor săraci.

Orice stat îndeplinește și funcții sociale, prin care încearcă protejarea păturilor sărace ale societății, printr-o combinație de impozite progresive și prestații sociale pentru cei săraci. În țările cu un sistem fiscal ineficient, care suferă de evaziune, sau care aruncă povara fiscală în mod inegal asupra unei baze de impozitare reduse, utilizarea sistemului de impozite pentru redistribuirea veniturilor de la bogați către săraci este dificilă. Dificultatea rezultă, în primul rând, din faptul că o parte importantă din veniturile celor bogați provin din capital, dividende, iar acestea sunt mai greu de măsurat și impozitat. În al doilea rând, fenomenele evazioniste sunt greu de detectat și se amplifică. În fine, sunt multe categorii de venituri sau active, care nu sunt supuse impozitării, ceea ce conduce la menținerea unei baze de impozitare restrânse. De aceea, mulți consideră că, în țările cu sisteme fiscale incapabile să reducă evaziunea în limite tolerabile, impozitele sunt un instrument foarte slab pentru redistribuirea veniturilor.

O altă posibilitate de a evalua echitatea într-un sistem de finanțare a sănătății este *principiul beneficiului*, conform căruia, cei care beneficiază de un serviciu trebuie să și plătească. În sectorul de sănătate, principiul beneficiului se poate măsura printr-o rată marginală pozitivă a contribuției raportată la consumul medical. Conform acestui principiu, un individ bogat, cu o anumită boală, ar trebui să plătească pentru serviciile de sănătate la fel ca un individ sărac suferind de aceeași boală. Această măsură este totuși interpretabilă. Indivizi identici pot plăti, pentru același tip de boală, sume diferite sau pot avea diagnosticuri și implicit tratamente diferite. Relația de mai sus este stocastică, permițând abateri individuale, dar rămâne valabilă pentru mărimile medii.

Principiul beneficiului intră în contradicție cu principiile echității verticale și orizontale, conform cărora individul bogat ar trebui să plătească mai mult decât individul mai sărac pentru aceeași boală și cei cu același venit ar trebui să plătească la fel, indiferent de boală. La un moment dat, o societate va urma unul dintre cele două principii, în funcție de considerente de economie normativă.

O altă problemă legată de echitatea modului de generare a veniturilor o constituie *regresivitatea* sau *progresivitatea* acestuia. Alternativele de generare a veniturilor au implicații diferite din punctul de vedere al principiului echității. Un sistem de generare a veniturilor, în care indivizii cu venituri mici plătesc o fracție mai mare din venitul lor decât plătesc indivizii cu venituri mari este *regresiv*. Astfel, plata directă a serviciilor și asigurările private de sănătate fac ca cei cu venituri mici să suporte o povară mai mare (relativ la venitul lor) pentru plata asistenței medicale comparativ cu cei cu venituri mari. Sistemele de finanțare, în care ponderea contribuțiilor în venit este mai mare în cazul indivizilor cu venituri mari decât în cazul indivizilor cu venituri mici este un sistem *progresiv*. Impozitul pe venit este adesea progresiv.

Administrarea veniturilor din impozite și taxe.

Colectarea impozitelor și taxelor presupune costuri de administrare. Costurile administrării depind de complexitatea impozitelor, de personalul și echipamentul necesar, de informațiile care se doresc colectate, de ratele de diferențiere între indivizi și categorii de venituri. Simplitatea sistemului de taxe este un principiu fundamental pentru o impozitare efectivă. Literatura definește o structură optimă de impozite și taxe ca fiind aceea, care maximizează bunăstarea socială a unei țări și realizează recunoașterea generală a utilității compromisului, la care s-a ajuns între eficiență și echitate.

Capacitatea unei țări de a genera venituri depinde de venitul pe cap de locuitor, de distribuția venitului și de capacitatea administrativă. De regulă, există o relație de directă proporționalitate între nivelul de dezvoltare al unei țări și capacitatea sa de a colecta impozite și taxe. Țările în curs de dezvoltare prezintă unele caracteristici instituționale, care reduc capacitatea de a genera venituri. Acestea sunt:

- mare parte din populație este în mediul rural;
- majoritatea populației lucrează pe cont propriu în agricultură, unde venitul este în special în natură; nivelul redus de educație face ca evidențele contabile să fie slabe, iar impozitul pe venit este greu de determinat astfel;
- în mediul urban există un sector informal de dimensiuni mari;
- produsele agricole și resursele minerale (care sunt de multe ori principala sursă de venituri în țările în curs de dezvoltare) sunt expuse impreviziunilor pieței mondiale;
- dualismul între un sector modern urban și un sector rural tradițional creează o segmentare a pieței și distorsionează prețurile de bunuri și piața muncii;
- în cazul unei pronunțate inegalități a veniturilor, se recurge la rate ale impozitării mai mari aplicate sectorului formal, crește presiunea fiscală asupra acestuia și se dezvoltă evaziunea fiscală; aceste fenomene conduc la pierderi de eficiență mai mari;
- politicile comerciale eronate – taxe vamale foarte mari la importuri, contingentarea importurilor sau exporturilor, taxe la export, cursuri de schimb diferențiate – determină o alocare ineficientă de resurse și inechitate;

– influența întreprinderilor de stat determină de multe ori decizii greșite de investiții;

– capacitatea de administrare a impozitelor și taxelor este limitată.

Problemele, cu care se confruntă procesul de generare a veniturilor din impozite și taxe se răsfrâng și asupra sistemului de sănătate, dacă finanțarea acestuia se realizează din astfel de venituri. Astfel, se explică neajunsurile cronice ale finanțării sănătății în Republica Moldova: resurse insuficiente, întârziere în cunoașterea resurselor disponibile pentru anul următor (adoptarea legii bugetului de stat s-a făcut cel mai devreme în luna mai a anului bugetar în curs), acumularea de datorii mari pe parcursul anului din cauza întârzierilor în colectarea veniturilor, aglomerarea veniturilor alocate de la buget la sfârșitul exercițiului bugetar, când nu se mai pot face cheltuieli sau se fac fără a mai respecta criteriile de eficiență.

9.2.2. ASIGURĂRI PRIVATE DE SĂNĂTATE

Într-un sistem de asigurări private, indivizii optează voluntar pentru plata unei **prime actuariale de asigurare** stabilite în funcție de riscul individual sau de grup. În unele țări, precum SUA și Elveția, asigurările private de sănătate **reprezintă principala modalitate**, prin care sunt finanțate serviciile de sănătate.

Termenul „asigurare” poate avea înțelesuri diferite. Asigurarea poate fi definită ca:

- a) un mecanism, care oferă indivizilor *protecție împotriva riscurilor*;
- b) sau un mecanism *actuarial*.

Prima definește asigurarea în termeni de obiective, a doua – în termeni de metodă, prin care pot fi atinse obiectivele. Chiar și atunci când nu vorbim de asigurări în sensul definiției (b), putem folosi termenul de asigurare dacă aceasta protejează indivizii împotriva riscurilor (cum este cazul asigurărilor sociale).

Dacă un individ este adversar al riscului, atunci „incertitudinea” îi poate cauza utilitate negativă. „Certitudinea” este marfa, care produce utilitate marginală pozitivă și pentru care individul adversar al riscului este dispus să plătească un preț pozitiv.

Prețul asigurării (prima actuarială de asigurare) într-un mecanism de piață este dat de relația: $P = p \cdot L + T$ (1), unde: p – probabilitatea ca riscul să aibă loc, L – mărimea pierderii cauzate de risc, iar T – costul de tranzacție (costul administrativ plus profitul normal). P este prețul asigurării pe o piață concurențială.

Condiții pentru funcționarea asigurărilor private.

Prima actuarială din ecuația (1) se bazează pe un număr de condiții. Acestea sunt:

Probabilitatea evenimentului asigurat pentru ca un individ să fie independent de cea a celorlalți. Această condiție este necesară, deoarece asigurările se bazează pe existența, într-o anumită perioadă, a unui număr previzibil de indivizi, care câștigă și a unui număr de indivizi, care pierd. Dacă probabilitățile ar fi relaționate, atunci când o persoană suferă o pierdere, la fel se va întâmpla cu toate celelalte. Aceasta explică de ce, de exemplu, inflația nu este un eveniment, care să poată fi asigurat.

Probabilitatea trebuie să fie mai mică decât 1. În caz contrar, ecuația (1) se transformă în: $P = L + T > L$ (2) și prima actuarială depășește pierderea asigurată. În acest caz nu există nici o posibilitate pentru dispersarea riscurilor și nici o

firmă privată de asigurări nu va acoperi un astfel de risc. Acesta este cazul bolilor cronice sau congenitale, pentru care nici o firmă privată de asigurări nu va dori să ofere asigurare, deoarece probabilitatea de a necesita tratament este aproape sigur egală cu unu.

Probabilitatea unui anumit eveniment trebuie cunoscută sau ușor de estimat. Dacă nu se respectă această condiție, compania de asigurări nu poate calcula prima din ecuația (1), făcând imposibilă funcționarea asigurărilor private.

Lipsa „selecției adverse” și a „hazardului moral” (termenii au fost definiți inițial de anglo-saxoni sub denumirea de „adverse selection” și „moral hazard”).

Selecția adversă survine din cauza asimetriei informaționale, care ia naștere ca urmare a faptului că asiguratul are informații mai bune despre riscul individual decât asigurătorul. Dacă compania de asigurări nu poate să distingă între un risc scăzut și un risc mare, atunci va stabili o primă de asigurare bazată pe riscul mediu. Ca urmare, indivizii cu risc scăzut vor fi confrunțați cu o primă de asigurare prea mare și pot decide să nu se asigure. *Hazardul moral* survine în două moduri:

- a) când asiguratul poate influența probabilitatea p din ecuația (1);
- b) când asiguratul poate influența mărimea pierderii L .

Asigurările private de sănătate sunt cele mai expuse la aceste probleme majore cauzate de asimetria informațională.

Ca urmare a importanței acestor două fenomene în sectorul asigurărilor de sănătate, facem în continuare o scurtă descriere a lor.

Hazardul moral reprezintă riscul ca indivizii să-și schimbe comportamentul ca urmare a asigurării. Odată asigurat, consumatorul are un cost mult mai mic în momentul utilizării serviciilor medicale și ar putea abuza de sistem, sporindu-și excesiv cererea de servicii sau preocupându-se mai puțin de prevenirea îmbolnăvirii. Deoarece asigurarea reduce considerabil costul privat al tratamentului, indivizii tind să consume mai multe servicii medicale decât dacă nu ar fi asigurați și, deoarece costul utilizării excesive a serviciilor se dispersează asupra tuturor celor asigurați, ei au puține stimulente financiare pentru a-și reduce cererea. Similar, ei pot fi mai puțin grijulii cu starea lor de sănătate, consumând mai puține servicii preventive și luând mai puține precauții pentru evitarea accidentelor sau deteriorării stării de sănătate.

Hazardul moral se întâlnește la toate tipurile de asigurări – private, sociale, voluntare sau obligatorii. Acest aspect intervine ori de câte ori în relația pacient-prestator de îngrijiri medicale intervine un terț plătitor (statul prin bugetul public, fondul de asigurări publice de sănătate, casele private de asigurări, organizațiile nonprofit).

Casele private de asigurări sunt cele mai preocupate de combaterea hazardului moral. Ele combat fenomenul prin stabilirea unui plafon asupra consumului de servicii medicale și prin plasarea unui cost financiar asupra asiguratului în momentul consumului (tarif pe consumul medical). Chiar și sistemele publice de sănătate tind să utilizeze astfel de măsuri, prin care obligă consumatorul să suporte o parte din cost. Argumentele în favoarea instituirii obligației consumatorilor să suporte o parte din cost în momentul utilizării serviciilor sunt:

- conștientizarea oamenilor de costul serviciilor și sporirea responsabilității pacienților;

- reducerea cererii nenecesare;
- atragerea de surse suplimentare în sistem.

O serie de studii referitoare la folosirea tarifelor pe consum au arătat că efectivitatea acestei metode este mult mai redusă comparativ cu anticipările inițiale create de modelul teoretic. Un experiment realizat în SUA a evidențiat faptul că un tarif major asupra consumului de îngrijiri medicale îi determină pe oameni să renunțe în aceeași măsură atât la serviciile necesare, cât și la cele nenecesare. Argumentul că pacienții ar trebui să renunțe la serviciile nenecesare atunci când trebuie să plătească o taxă în momentul consumului pare corect din punct de vedere intuitiv, dar rezultatele empirice arată că pacienții nu se comportă în acest mod. Acest comportament vine în sprijinul ideii că piața serviciilor de sănătate nu poate fi analizată în același mod ca piața pentru celelalte bunuri de consum.

Deoarece oamenii nu au suficiente informații pentru a lua decizii raționale în legătură cu consumul medical, este posibil ca oamenii să renunțe mai ușor la serviciile preventive sau la îngrijirile primare atunci când trebuie să plătească un tarif pentru acestea.

Pe de altă parte, tarifele asupra consumului s-ar putea să reducă în principal consumul acelor indivizi, care sunt sensibil afectați dacă ar trebui să plătească un preț pentru serviciile de sănătate. S-a observat că impunerea unui tarif pe consum are un impact deosebit în special asupra celor cu venituri mici.

Criticii utilizării tarifelor pe consum susțin că, chiar dacă această modalitate reduce cererea necesară, cei care suportă în ultimă instanță costul unei astfel de măsuri sunt cei cu adevărat bolnavi și care au nevoie într-adevăr de îngrijiri medicale. Tariful pe consumul de servicii medicale devine astfel o taxă pe boală.

Selecția adversă. Stabilirea unei prime de asigurare bazate pe riscul mediu face ca indivizii cu risc mic să plătească o primă mai mare decât prima actuarială, care ar corespunde grupului lor de risc. Acest lucru poate destabiliza piața asigurărilor private voluntare, deoarece îi poate determina pe indivizii cu risc mic să nu se asigure. Ca urmare, asigurătorii vor trebui să crească primele pentru cei, care decid să se asigure. S-ar putea însă ca, la noul preț, să crească numărul celor, care decid să renunțe la asigurare.

Spre deosebire de vânzătorii de bunuri obișnuite, asigurătorii privați de sănătate au motive serioase să se preocupe de cei, care cumpără produsele lor. Aproape 72% din cheltuiala anuală cu sănătatea este atribuită unui segment, care reprezintă doar 10% din totalul populației (cei cu riscurile cele mai mari). Companiile private de asigurări, pentru a supraviețui pe o piață liberă și pentru a-i proteja pe cei, care doresc să cumpere asigurarea împotriva unor costuri excesive, trebuie să încerce să acopere persoane cu o probabilitate redusă de a necesita îngrijiri medicale (selecția riscurilor favorabile) și să le evite pe cele, care au o probabilitate mare de a necesita îngrijiri. Ele vor încerca să găsească proporția adecvată între cele două componente.

Companiile private de asigurări încearcă să rezolve problema selecției adverse prin obținerea de informații despre riscul medical al fiecărui individ și neacoperirea unora dintre riscuri. Companiile de asigurări pot să obțină informații despre trecutul medical al unei persoane, astfel încât să stabilească o primă corespunzătoare sau să excludă anumite riscuri, procedând la o *selecție a riscurilor*. Selecția riscurilor se

poate face pe baza obligativității examenelor clinice, instituirii listelor de așteptare, excluderii de la asigurare a anumitor boli, evitării unui angajament ferm pentru reînnoirea poliței de asigurare și prin refuzul de a asigura anumite persoane.

Un sistem de sănătate bazat în întregime pe asigurări private nu există în nici o țară, tocmai din cauza neajunsurilor semnalate mai sus. Chiar și în SUA, adică acolo unde asigurările de sănătate private sunt cele mai dezvoltate, 37 milioane de persoane sub 65 de ani nu au nici un fel de acoperire cu servicii medicale (aici nu sunt incluși bătrânii și săracii, care beneficiază de acoperire prin două programe publice, Medicare și Medicaid). Pentru categoriile, care nu doresc să se asigure într-un sistem privat sau nu-și permit ori sunt respinse de către companiile private, de cele mai multe ori intervine statul pentru a garanta accesul la îngrijiri medicale. Acest lucru se întâmplă mai ales în țările unde *statul bunăstării* este o noțiune larg răspândită și acceptată, precum țările din Europa de Vest.

9.2.3. ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE

Această modalitate de colectare a fondurilor pentru finanțarea sănătății presupune obligativitatea achitării unei contribuții de asigurări pentru sănătate de către angajat și de către patron. Un astfel de sistem de finanțare a sănătății există în Germania, Austria, Belgia, Franța, Luxemburg, Olanda.

Toate sistemele de asigurări din Europa, ca urmare a evoluției istorice asemănătoare, au câteva elemente-cheie comune:

- asigurarea include prestații similare pentru toți contribuabilii;
- fondurile sunt administrate și controlate public;
- asigurările sociale nu presupun excluderea asigurărilor private, în aproape toate țările respective existând asigurări private complementare;
- primele de asigurare sunt în funcție de venit, și nu în funcție de riscurile individuale;
- contribuțiile sunt plătite de patron și de salariat.

Principiile, care stau la baza unui sistem de asigurări publice de sănătate sunt:

Autonomia. Fondurile de asigurări de boală și organizațiile lor sunt independente. Fondurile (casele) de asigurări au dreptul să strângă contribuțiile și să facă contracte cu prestatorii de îngrijiri de sănătate. Aceste drepturi sunt specificate în statutul caselor de asigurări. Autonomia derivă din principiul subsidiarității (potrivit acestui principiu, statul nu trebuie să-și asume nici o funcție, pe care individul, familia sau organizațiile private pot să o rezolve mai bine sau cel puțin la fel de bine prin propriile lor eforturi, asumându-și propria lor responsabilitate).

Solidaritatea. Acest principiu presupune stabilirea contribuțiilor individuale nu în funcție de riscurile individuale asociate vârstei, sexului sau morbidității, ci în funcție de venitul individului (echitate verticală). Pe de altă parte, serviciile medicale sunt acordate indivizilor potrivit nevoilor și independent de valoarea contribuției plătite (echitatea orizontală).

Obligativitatea. Acest principiu presupune că este obligatoriu pentru anumiți membri ai societății să contribuie la un fond (casă) de asigurări. El nu contravine posibilității de a alege între diferite fonduri.

Stabilirea contribuției de asigurare pentru sănătate.

Contribuțiile sunt plătite cel mai adesea parțial de salariat și parțial de patron. În cele mai multe țări, contribuțiile sunt stabilite în funcție de nivelul salariului.

Avantajul contribuției bazate pe salariu este că ia în considerare capacitatea de plată a fiecărui individ și astfel oricine își poate permite asigurarea de sănătate într-un sistem social.

Dezavantajul contribuției bazate pe salariu îl reprezintă faptul că pot exista diferențe foarte mari între cuantumul contribuției diferitor salariați. Pentru a înlătura acest dezavantaj, ar putea să existe un plafon, care să limiteze cuantumul contribuției. Acest lucru ar face ca numai salariile și veniturile până la un anumit plafon să fie luate în considerare în stabilirea contribuției, iar după acest plafon să nu se mai plătească nici o contribuție. Unele țări utilizează un astfel de plafon (Germania), în timp ce altele nu (de exemplu, Franța).

Avantajul stabilirii unui plafon este că ajută la menținerea unui anumit echilibru între nivelul contribuției și prestațiile primite. În lipsa unui astfel de plafon, persoanele cu venituri mari ar trebui să plătească contribuții, care ar fi mult mai mari decât valoarea anticipată a prestațiilor. Acest lucru ar putea crea probleme de echitate și acceptabilitate pentru un sistem de asigurări. Plățile făcute direct de către pacienți pentru plata serviciilor sunt cea mai regresivă metodă de atragere de fonduri în sectorul sanitar.

Pay-as-you-go versus capitalizare.

Capitalizarea se folosește, de obicei, 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 garantată acumulată. Asigurarea de viață reprezintă un exemplu tipic.

Asigurarea de sănătate furnizează, de asemenea, beneficii pe termen lung, dat fiindcă aproape 70% din cheltuielile pentru sănătate ale unei persoane se consumă în ultimii ani de viață. Cu toate acestea, asigurările publice de sănătate sunt organizate cel mai adesea pe principiul pay-as-you-go. Conform acestui principiu, toate cheltuielile sunt plătite din veniturile curente obținute din contribuții. Dacă cheltuielile depășesc veniturile, atunci deficitul ar putea fi acoperit prin transferuri de la bugetul de stat, sporirea contribuțiilor, suportarea unei părți din cost de către pacienți etc. Dacă modalitatea de acoperire a deficitului unui fond de asigurări o reprezintă transferurile din bugetul public, atunci autonomia unui astfel de fond poate fi afectată.

Incidența contribuției plătite de patron.

Una din dificultățile legate de un sistem de asigurări o constituie incidența contribuției plătite de patron. Este aceasta un cost pentru patron sau se răsfrânge asupra consumatorilor prin prețuri mai mari sau asupra salariaților sub forma salariilor mai mici și a reducerii ocupării? Părerea unanimă a economiștilor, care au examinat această problemă este că în cele din urmă este un cost al muncii indiferent de cine îl plătește.

Patronii consideră contribuția pentru asigurarea de sănătate ca pe un cost salarial. Pe o piață a muncii concurențială, patronii sunt preocupați de costul global al folosirii factorului de producție muncă și privesc costul asigurării medicale ca pe un cost salarial. O creștere a nivelului contribuției îi poate determina pe angajatori

să substituie factorul de producție muncă cu factorul capital, afectând ocuparea. Dacă substituirea factorilor în producție nu este ușor de realizat, atunci angajatorii vor încerca să reducă salariile. Dacă, din cauza legislației sau a puterii sindicale, nu reușesc acest lucru, firmele vor da faliment sau, pe o piață neconcurențială, vor transfera povara asupra consumatorilor, prin prețuri mai mari.

Asigurările obligatorii pot fi o modalitate eficientă de corectare a eșecului piețelor de asigurări private. Ele trebuie însă analizate prin prisma considerentelor de echitate și de ocupare.

9.2.4. PLATA DIRECTĂ DE CĂTRE CONSUMATOR

Într-un astfel de sistem consumatorii ar trebui să plătească pentru servicii în mod direct ori de câte ori utilizează serviciile. Din motive de echitate, în nici o țară serviciile de sănătate nu sunt organizate doar prin acest sistem, pentru că el depinde foarte mult de capacitatea de plată a indivizilor.

Cu toate acestea, în multe țări, inclusiv în Republica Moldova, există cabinete private, policlinici sau spitale private unde pacienții au acces direct în schimbul achitării integrale a prețului serviciilor. Prețurile, în acest caz, sunt determinate de piață. Problema, care se pune este aceea dacă toate serviciile de sănătate ar putea fi alocate prin mecanismul pieței, la fel ca orice alte bunuri sau servicii. Există un număr de constrângeri fundamentale, care fac imposibilă alocarea tuturor resurselor de sănătate prin intermediul mecanismului de piață liberă și care fac din piața serviciilor de sănătate un exemplu tipic de eșec al piețelor.

Constrângerile care cauzează eșecul unei piețe libere a serviciilor medicale.

Nu toți oamenii ar putea să-și permită să aibă acces la servicii medicale. Aceasta este o problemă legată de distribuția venitului. Deoarece venitul este distribuit inegal, unii indivizi pot să-și permită un tratament mai bun decât alții, iar cei mai săraci să nu-și permită deloc. Conceptul de echitate, care este adesea invocat în sectorul sanitar, recomandă accesul la îngrijirile medicale în funcție de nevoi, și nu de capacitatea de plată.

Incertitudinea în legătură cu anticiparea nevoilor medicale. Este foarte dificilă planificarea bugetului pentru consum medical. Cu excepția cazurilor cronice, este foarte dificil pentru un individ să estimeze riscul de a se îmbolnăvi.

Externalități. Unele servicii de sănătate generează o serie de beneficii nu numai pentru pacienți, dar și pentru cei din jurul lor. Dacă cineva se vindecă de o boală infecțioasă, beneficiază nu doar persoana respectivă, ci și cei din jur, care ar fi putut fi contaminați. Externalitățile pozitive în sectorul sanitar pot fi foarte mari. Dacă bolnavii trebuie să plătească costul tratamentului, ei ar putea decide, mai ales dacă sunt săraci, să nu se mai trateze. Ei ar putea să nu ia în considerare efectele negative, pe care boala lor le-ar putea produce și asupra altor indivizi. Piața liberă, care urmărește îndeosebi beneficiile și costurile private, va produce prea puține servicii medicale în prezența externalităților.

Lipsa de informații complete (ignoranța pacienților). O piață concurențială poate funcționa numai dacă clienții au suficiente informații pentru a alege. În cazul îngrijirilor de sănătate este foarte dificil pentru consumatori să fie corect informați, din cauza costului foarte mare al informației. Există o *asimetrie informațională*

foarte mare: cei mai informați sunt medicii, care pot astfel induce comportamentul consumatorilor (cererea indusă de ofertă („*supply induced demand*”) este un concept des întâlnit pe piața serviciilor medicale, în industria medicamentelor și industria tehnologiei medicale de vârf și este cauzat în special de lipsa de informații complete a cumpărătorilor).

Consumatorii de servicii medicale se bazează cel mai adesea pe informațiile date de medic. În cazul existenței unei piețe libere a serviciilor medicale, problemele, care pot apărea ca urmare a acestei lipse de informații sunt:

1. Medicii ar putea recomanda un tratament mai scump decât ar fi necesar sau companiile farmaceutice ar putea convinge pacienții de superioritatea produselor de marcă în detrimentul unor produse generice similare, dar mai ieftine;

2. Pacienții ar putea să nu consulte medicul decât într-un stadiu foarte avansat al bolii, când ar putea fi prea târziu să mai fie vindecați sau prea scump pentru a-și mai putea permite.

Situația de oligopol. Dacă medicii și spitalele acționează pe o piață liberă, urmărind să maximizeze profitul, este puțin probabil ca prețul serviciilor să scadă ca urmare a concurenței. Mai degrabă ne putem aștepta la o cooperare tacită între medici și spitale pentru fixarea unor prețuri standard și pentru protejarea veniturilor lor (situație de concurență imperfectă). Chiar dacă medicii ar concura liber, este puțin probabil ca pacienții să fie informați astfel încât să aleagă serviciul cu cel mai bun preț și cea mai bună calitate.

Constrângerile, care fac ca un mecanism de piață liberă în alocarea resurselor sanitare să eșueze, nu reprezintă un argument convingător că intervenția statului și oferirea gratuită a serviciilor ar fi cea mai bună alternativă. De cele mai multe ori, soluțiile la eșecul pieței libere se concretizează prin intervenția guvernului, care subvenționează consumul de servicii medicale, reglementează comportamentul producătorilor de servicii medicale (medici, spitale) sau impune taxe pe consum de tipul coplății.

Coplata serviciilor medicale.

Coplățile sunt plăți suplimentare făcute de pacienți, de obicei în momentul consumului, pentru serviciile, pe care le primesc în cadrul asigurării sau sistemelor de sănătate finanțate prin taxe. În ultimii ani au fost introduse sau extinse astfel de plăți într-un număr de țări, fiecare în vederea creșterii veniturilor sau ca un mecanism de alocare a resurselor pentru a descuraja folosirea nenecesară a resurselor medicale limitate.

O varietate de argumente au fost luate în considerare în literatura internațională pentru a justifica și susține folosirea coplăților în serviciile de sănătate. Aceste argumente accentuează în general creșterea potențială a veniturilor din coplăți sau a beneficiilor lor, ca un mecanism de alocare eficientă a resurselor.

Coplățile sunt adesea susținute pentru că ele încurajează o alocare mai rațională a resurselor limitate. Ele pot ajuta la prevenirea folosirii serviciilor de sănătate nenecesare sau fără importanță. De exemplu, un preț mic stabilit pentru un serviciu medical într-un spital, dar care ar putea fi furnizat și în ambulatoriu, ar putea ajuta la descurajarea pacienților care ar putea fi tratați în asistență medicală primară la costuri mai scăzute. Taxe diferite pentru diferite tipuri de servicii pot, de asemenea, să arate consumatorilor importanța unor anumite feluri de îngrijiri (de exemplu,

același dispensar poate taxa puțin sau deloc asistența prenatală și poate avea o taxă mai mare pentru consultațiile obișnuite). Toate aceste argumente presupun că suveranitatea consumatorului este predominantă pe piața îngrijirilor de sănătate.

Coplățile pot, de asemenea, să încurajeze eficiența în domeniul furnizării.

Medicii pot fi mai precauți la prescrierea în plus sau folosirea nerațională a serviciilor, dacă știu că pacienții trebuie să plătească direct. Ei vor deveni, în mod esențial, mai responsabili față de interesele și necesitățile pacienților lor, mai ales atunci când pacienții pot schimba medicul curant și când venitul acestuia depinde de pacienți.

Unii autori susțin, de asemenea, că utilizarea coplăților poate ajuta la îmbunătățirea echității. Aceasta, din cauză că asistența gratuită acordă avantaje mai mari celor cu venituri ridicate, din moment ce ei au o mai mare posibilitate să-și permită costuri de călătorie și de timp și deci să facă uz mai mare de servicii. Impunerea coplăților face posibilă, pentru autoritățile finanțatoare, generarea de venituri pentru extinderea serviciilor adecvate la cei cu venituri scăzute. Aplicarea coplăților adecvate elimină, de asemenea, multe din subvențiile inechitabile în asistența gratuită.

Coplățile pot, de asemenea, să ajute la descentralizarea și susținerea serviciilor de sănătate publică în două moduri: prin raționalizarea sistemelor de trimitere, prin semnalele prețurilor, astfel încât pacienții să fie orientați către serviciile mai ieftine din raioanele lor, și prin introducerea taxelor, care se rețin la unitatea sanitară, schimbând astfel parțial controlul problemelor bugetare de la nivelul central la comunitățile județene și locale. Mobilizarea resurselor locale poate contribui, de asemenea, la susținerea celor mai adecvate servicii medicale, o problemă-cheie în țările, în care resursele sunt reduse.

Coplățile pentru serviciile publice ar putea ajuta să stimuleze dezvoltarea sectorului medical privat. Când taxele sunt uzuale în sectorul public, familiile sunt interesate mai mult de modalități alternative de plată pentru servicii de sănătate (de exemplu, asigurări de sănătate private). Astfel, se poate susține că o creștere a coplăților într-un sistem finanțat prin taxe sau de asigurări sociale conduce la dezvoltarea unei piețe a asigurărilor private și a unui sector privat puternic independent de sectorul public. În sfârșit, se afirmă că în unele țări (de exemplu, foste țări socialiste), pacienții plătesc deja „pe sub masă” personalului medical și administrativ. Aceste plăți au nu mai puțin legături cu necesitatea, felul și calitatea îngrijirilor. Introducerea coplăților într-un sistem de asigurări sociale ar ajuta deci la oficializarea plăților „pe sub masă”, care creează distorsiuni profunde în acordarea îngrijirilor. Aceste argumente pledează pentru taxarea pacienților la locul unde primesc îngrijiri.

Totuși, există unele contraargumente importante, care trebuie luate în considerare dacă urmează să fie dezvoltată o strategie de coplată coerentă.

Astfel, coplățile acoperă doar o mică parte a costurilor. Adesea este subliniat că, în ciuda creșterii coplăților din ultimii ani, în multe țări cu sisteme de sănătate publice, acestea acoperă numai o mică parte a costurilor de funcționare. Aceasta reprezintă nu mai mult de 5% din totalul cheltuielilor. De aceea, o țară, care urmărește să crească rolul coplăților nu ar trebui să le vadă ca pe un panaceu pentru problema subfinanțării serviciilor de sănătate.

Coplățile nu duc automat la creșterea veniturilor, mai ales datorită faptului că acestea sunt văzute adesea de către guvernele, care le promovează sau susțin ca un instrument, care va facilita un nivel mai scăzut al cheltuielilor publice pentru serviciile de îngrijiri medicale. Aceasta înseamnă că totalul veniturilor pentru sistemul de sănătate ar putea să scadă, în pofida creșterii coplăților.

Ar trebui, de asemenea, amintit că schemele coplăților au propriile costuri administrative. Un sistem de coplăți cu un domeniu larg al scutirilor și/sau subvențiilor implică costuri administrative mari, care trebuie deduse din veniturile antecalulate.

Un argument puternic împotriva coplăților este că acestea „lovesc” în cei, care sunt cel mai puțin protejați – cei cu venituri scăzute și bolnavii – de unde apar unele probleme serioase legate de echitate. Faptul că, în toate societățile, cei cu venituri scăzute tind să fie și cei mai puțin sănătoși face ca această problemă să fie cea mai gravă.

De aceea, teoria economică și practica sugerează că aceste coplăți vor avea un efect în detrimentul nivelurilor de consum de îngrijiri de sănătate al persoanelor mai puțin înstărite, și care de regulă, au și cele mai mari nevoi de sănătate. Totuși, este important să se observe că asistența medicală este un bun eterogen, semnificând că aceste argumente se pot aplica la unele forme de îngrijiri medicale, dar nu la toate.

O problemă ulterioară este aceea că aceste coplăți pot duce la utilizarea cu întârziere a serviciilor. De exemplu, dacă există taxe pentru consultații în asistența primară, unii indivizi pot decide să nu meargă la doctor. Starea lor de sănătate se poate deteriora și, când eventual se vor prezenta singuri la medic, ei vor avea nevoie de tratamente mai costisitoare. Acest argument sugerează că cel puțin medicina primară ar trebui să nu fie obiectul coplăților.

Testul final al modelului coplății este efectul asupra stării de sănătate a pacienților. Unii autori au sugerat că, dacă coplățile conduc la o reducere în utilizarea serviciilor de sănătate, atunci ele vor produce un declin al stării de sănătate. Surprinzător, există însă foarte puține dovezi solide în această problemă. Studiul RAND menționat anterior a stabilit că utilizarea redusă a serviciilor a avut un efect mic sau nici un efect advers asupra sănătății pentru persoane obișnuite. Studiul a stabilit, de asemenea, că sănătatea bolnavilor cu venituri scăzute – aproximativ 6% din populație – a fost afectată negativ. Astfel, taxele par să nu afecteze sănătatea majorității populației, dar ele sunt dăunătoare celor mai dezavantajați.

Argumentele de mai sus sugerează necesitatea unei analize mai amănunțite a serviciilor de sănătate și a diferitor tipuri de coplăți corespunzătoare existente. Schemele coplăților sunt variate, conform naturii aranjamentelor financiare, dar în general au cinci forme.

Prima este o sumă fixă, indiferent de costul serviciului furnizat. Spre exemplu, un produs farmaceutic va fi taxat cu aceeași sumă de 5 lei, indiferent dacă costul său este 10 sau 100 lei.

Al doilea tip este o plată procentuală în funcție de prețul sau costul serviciului furnizat. Această măsură se aplică în mod curent în Republica Moldova pentru medicamentele prescrise, pentru care pacienții plătesc între 25-75% din prețul medicamentului. Acesta ar putea fi aplicat, de asemenea, altor forme de îngrijiri (de

exemplu, un procent din taxa zilnică pentru spitalizare într-un spital, care are contract cu fondul de asigurări).

A treia opțiune este pentru plata din partea pacienților a unei sume deductibile (de exemplu, persoanele plătesc 100% din costul tratamentului într-o anumită perioadă, după care asiguratorul va plăti celelalte costuri).

Asemănătoare cu aceasta este *plata pentru serviciile ce depășesc o anumită limită*, unde pacientul plătește surplusul costului peste un maximum prevăzut de agenția finanțatoare. Acest model este folosit în sistemele prețului de referință pentru medicamente, cum este în Germania și Olanda, unde este stabilit un preț standard pentru un grup de medicamente și pacienții plătesc diferența dintre prețul de referință și prețul cu amănuntul al medicamentului respectiv, dacă prețul lui este ridicat.

În final, *a cincea opțiune* este exceptarea unor tratamente particulare de la acoperirea acordată de fondul de asigurare. Tipurile de îngrijiri de sănătate exceptate în sistemele de sănătate moderne includ de regulă servicii, precum rezervele cu un pat, ochelari și proteze dentare. În mod asemănător, sunt excluse adeseori medicamentele cu valoare terapeutică limitată. În toate aceste cazuri, pacientul plătește costul întreg al serviciului în momentul consumului.

Ar trebui observat că sunt posibile combinații ale acestor forme de coplată. Astfel, de exemplu, un pacient ar putea plăti 50% din preț pentru primele cinci consultații de asistență primară într-un anumit an, iar după aceea nu mai plătește nimic. O astfel de măsură ar fi destinată să protejeze bolnavii cronici, care utilizează mai mult îngrijirile de sănătate.

O întrebare, care apare imediat când se concepe o strategie de coplăți este: ce tipuri de îngrijiri de sănătate se taxează? Chiar și acei, care sunt împotriva utilizării coplăților ar putea fi de acord că sunt unele servicii, care sunt bune candidate pentru coplăți. De exemplu, nu există nici un motiv, pentru care saloanele particulare din spitalele publice nu ar trebui să fie taxate suplimentar. Același lucru poate fi spus cu privire la costul pentru meniuri la alegere și al altor servicii hoteliere pentru cei internați sau pentru serviciile acordate în afara programului de lucru pentru cei, care sunt dispuși să plătească și doresc să evite cozile. Totuși, acestea sunt subiecte minore atunci când este vorba de un sistem de sănătate global.

Cele mai multe țări folosesc coplățile mai ales pentru medicamentele prescrise. Se consideră că medicația prescrisă în ambulatoriu permite pacienților, cu excepția anumitor categorii defavorizate și subvenționate, să facă față costurilor fără să amenințe efectuarea tratamentului prescris și deci starea de sănătate. Mai mult, cheltuielile cu medicamentele sunt o problemă mare a bugetelor de sănătate și, de aici, nevoia de acoperire a costurilor. Totuși, se susține că sistemul de coplată ar trebui astfel dezvoltat, încât să permită un tratament preferențial bolnavilor cronici, în special celor, care au nevoie de medicamente esențiale.

De asemenea, există o explicație rațională pentru introducerea unei coplăți în cazul unor evenimente precum nașterile, acestea fiind un eveniment, care poate fi prevăzut. Aceasta înseamnă că potențialii consumatori pot face economii în vederea plății la momentul nașterii (dacă acest fapt nu intră în contradicție cu politicile naționale în domeniu, pronataliste). În mod similar, serviciile care pot fi amânate până când banii sunt disponibili sunt candidate bune pentru coplată. Acesta este

cazul celor mai multe servicii stomatologice. În final, în interesul eficienței, pacienții care ocolesc sistemul de trimitere, mergând direct la spitale, sau acei, care nu constituie urgențe autentice se consideră că ar trebui să suporte o coplată. Aceasta necesită ca îngrijirile primare, care oferă asistență gratuită sau aproape gratuită, să fie ușor accesibile.

Oportunitatea coplății pentru alte tipuri de îngrijiri de sănătate este mai puțin indicată; totuși, se poate observa că serviciile, cum ar fi furnizarea de ochelari, proteze și fizioterapie, sunt invariabil subiectul coplății în țările europene. Serviciile preventive, procedurile de diagnostic și spitalizarea, pe de altă parte, sunt taxate mult mai rar.

Dificultatea fundamentală a oricărui sistem de taxe este cum să scutească pe cei cu venituri scăzute și alte grupuri dezavantajate. A susține că acei, care pot să-și permită ar trebui să plătească costul întreg al serviciilor curative, pe care le folosesc și că persoanele cu venituri scăzute ar trebui protejate printr-un sistem diferit de coplăți este facil teoretic, dar foarte dificil în practică. Există dificultăți în stabilirea persoanelor, care au dreptul la tratament mai favorabil, mai ales în cazul țărilor, în care economia paralelă, evazionistă fiscal, este importantă, așa cum este și cazul Republicii Moldova. Mai mult, consimțirea plății nu este neapărat o dovadă a posibilității de a plăti. Persoanele pot să câștige bani în timp de criză, dar la un cost considerabil pentru ei și familiile lor. Ei pot renunța în acest scop la alte bunuri, precum hrana, care este la fel de importantă pentru menținerea unei bune sănătăți. Scutirile de coplată pentru grupurile cu venituri scăzute pot duce, de asemenea, la stigmatizarea sau pierderea respectului de sine, care poate împiedica oamenii să solicite tratamente diferențiate.

Cu toate acestea, dacă un guvern consideră oportune coplățile în îngrijirile de sănătate, atunci aceste probleme trebuie depășite. Cu privire la cei cu venituri scăzute, sunt descrise patru strategii esențiale, pe care un guvern le poate urmări:

1. să diferențieze coplățile în funcție de venitul beneficiarului și, sub o anumită limită, să se renunțe la taxă;
2. să li se dea posibilitatea celor cu venituri scăzute să acopere coplata de la o instituție specializată, ca Ministerul Muncii și Protecției Sociale;
3. să acorde tuturor asiguraților un voucher, care poate fi folosit în loc de bani pentru obținerea unui număr minim de servicii de sănătate;
4. să se asigure, prin impozitele generale redistributive sau prin politicile de ajutoare bănești, ca toate familiile să aibă resurse suficiente pentru a obține un nivel de bază al serviciilor, pe care le doresc.

Totuși, nu numai cei cu venituri scăzute trebuie protejați. Există o argumentație solidă pentru renunțarea la coplăți pentru bolile cronice și cererile pentru îngrijiri de sănătate foarte scumpe (de exemplu, anumite transplanturi de organe). În mod asemănător, un guvern poate dori să acorde stimulente pentru anumite grupuri (de exemplu, copii și gravide) în vederea consumării de îngrijiri de sănătate specifice.

Ca un comentariu final la acest compartiment, am putea spune că, dacă folosirea coplăților pentru îngrijirile de sănătate este soluția, care este exact problema? Susținătorii folosirii coplăților le recomandă mai ales în două situații. *Prima* este atunci când cheltuielile pentru sănătate în totalitate sunt scăzute – coplățile sunt recomandate ca o cale de a mobiliza mai mulți bani pentru îngrijirile de sănătate față

de cât pot furniza sursele existente. *A doua* situație se întâlnește, în mod paradoxal, atunci când cheltuielile pentru sănătate sunt ridicate sau cresc rapid, iar coplățile sunt recomandate ca o cale de îmbunătățire a eficienței, prin moderarea cererii și a costurilor. Indiferent de problema, la care încearcă să răspundă, este important ca aceasta să fie clar identificată și coplățile să fie conforme cu problema, la care se dorește rezolvarea.

În ce privește situația din Republica Moldova, până la momentul intrării în vigoare a sistemului de asigurări de sănătate, se poate spune că, deși subiectul coplăților a provocat numeroase dispute, o politică coerentă în acest sens nu a fost, necâtând la faptul că 20 – 30% din costurile asistenței medicale erau acoperite prin plăți private directe de către pacienți, fie pe cale oficială sau mai puțin oficială (*un procent mare, chiar comparat cu tendințele europene*). După implementarea Sistemului de Asigurări Medicale Obligatorii rolul coplăților la prima etapă a fost mai clar definit și reglementat prin mai multe acte legislative și normative inclusiv: Legea Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală și Contractul-tip etc. (vezi Acte legislative și normative de bază ale Sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală, capitolul 27, partea II).

9.2.5. ALTE MODALITĂȚI DE COLECTARE A FONDURILOR PENTRU FINANȚAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Primele trei opțiuni menționate mai sus – venituri de la bugetul de stat, asigurări private, asigurări sociale – sunt cel mai des întâlnite ca modalitate de finanțare a serviciilor de sănătate. În ultimii ani, multe din țările, care folosesc una din cele trei opțiuni au încercat forme inovative de finanțare în speranța de a opri escaladarea costurilor la serviciile de sănătate, a lărgi accesul la îngrijirile medicale a populației neasigurate, a spori concurența dintre casele de asigurări și dintre prestatorii de servicii, pentru a-i recompensa pe cei cu performanțe mai bune în termeni de preț, calitate și satisfacție pentru pacienți. Astfel de mecanisme inovative sunt: organizarea tip „health maintenance organization” (HMO) (managed care), concurența dirijată (managed competition) și depozitele de economii cu destinație specială pentru sănătate.

Managed care. Managed care este un concept nou, care integrează finanțarea cu furnizarea de servicii de sănătate și care presupune furnizarea serviciilor într-un sistem integrat, cuprinzător, responsabil și competitiv. *Managed care se definește* ca fiind o varietate de metode de finanțare și organizare a furnizării de îngrijiri de sănătate cuprinzătoare, în care se încearcă realizarea controlului costurilor prin controlul furnizării de servicii.

Principiile, care stau la baza organizării și funcționării *managed care* sunt următoarele:

- selectarea furnizorilor de servicii și stabilirea unor contracte cu aceștia;
- negocierea plăților;
- managementul utilizării (acceptarea de către furnizori a unor modalități explicite de utilizare a resurselor pentru a rezulta costuri cât mai scăzute);
- managementul calității.

Reprezentantul tipic al organizațiilor, care furnizează îngrijiri de sănătate în sistemul *managed care* este HMO.

HMO este o organizație, care în schimbul unei prime, furnizează polițe de asigurare, prin care se angajează să acopere pentru asigurați o gamă foarte largă de servicii: de ambulatoriu, spital, laborator, alte tipuri de investigații, medicamente cu rețetă etc. Uneori există anumite coplăți pentru asigurați, în momentul primirii de servicii de sănătate.

HMO contractează cu patronii sau cu asigurații individuali, care plătesc o sumă fixă „per capita”, indiferent de riscul de boală al fiecărui angajat și de nivelul îngrijirilor, pe care le vor primi, și se angajează în schimb să asigure pacienților îngrijiri cuprinzătoare.

Pe de altă parte, HMO contractează servicii cu furnizorii, de obicei prin sistemul „per capita”, dar și prin plată „per serviciu” la un tarif mai redus. Indiferent cum sunt plătiți furnizorii, HMO ține fișele tuturor pacienților și poate observa costurile „per pacient”. Dacă un furnizor apare ca fiind prea costisitor în urma risipei, nu se mai reînnoiește contractul cu el.

De obicei, accesul la spital se face având acceptul medicului de îngrijiri primare, iar pacientul se poate adresa doar spitalelor cu care HMO are contracte (cu excepția cazurilor de urgență). Contractele cu spitalele sunt fie „per caz tratat”, fie „per capita”, situație în care spitalul împarte riscul financiar cu HMO. Uneori spitalele pot aparține chiar de HMO.

Cu toate că sunt din ce în ce mai răspândite, îngrijirile de sănătate sub formula *managed care* sunt foarte controversate. Criticile cele mai frecvente vin din partea medicilor, care sunt preocupați de faptul că plata prin capitație ar stimula în fapt o „subfurnizare” de servicii de sănătate (efect contrar celui de „suprafurnizare” specific plății per serviciu). Studiile făcute până acum nu au evidențiat însă diferențe semnificative între calitatea îngrijirilor furnizate în sistemul tradițional și cel al *managed care*.

Concurența dirijată („managed competition”)

Concurența dirijată este un mecanism de finanțare a sănătății, care a apărut inițial în SUA și s-a adoptat ulterior în Olanda și Rusia. A apărut în SUA ca o încercare de rezolvare a problemelor fundamentale din sistemul american – în SUA, acoperirea cu îngrijiri medicale este strâns legată de locul de muncă și nu este universală; 37 milioane de americani sub 65 de ani nu au nici un fel de asigurare medicală. Aceasta afectează mobilitatea muncii, ca urmare a riscului de a pierde asigurarea medicală atunci când se schimbă locul de muncă. Costurile cu sănătatea au crescut foarte rapid în ultimii 20 de ani, ajungând la 14% din PIB în 1995, ca urmare a faptului că mecanismul de plată a prestatorilor conține stimulente, care îi determină să ofere prea multe servicii. Casele private de asigurări urmăresc creșterea profiturilor mai mult prin excluderea indivizilor cu risc sporit de îmbolnăvire decât printr-o mai mare eficiență.

Acest mecanism reprezintă o formă de organizare a pieței asigurărilor medicale. Prin acest mecanism se creează un fel de *cooperativă*, care coordonează cumpărătorii de servicii medicale (casele de asigurări) dintr-o regiune. Obiectivul principal îl constituie organizarea pieței asigurărilor, astfel încât:

- a) indivizii să fie mai bine informați atunci când cumpără polița de asigurare;
- b) indivizii să fie mai responsabili din punct de vedere financiar atunci când consumă serviciile medicale (combaterea hazardului moral).

Printr-un astfel de mecanism, *cooperativele* asigură: definirea unui pachet comprehensiv standard de servicii pentru regiunea, pe care o deservește, garantarea accesului persoanelor la înscrierea la orice casă de asigurări, eliminarea selecției riscurilor, garantarea reînnoirii poliței de asigurare, informații complete despre performanțele diverselor case de asigurări. Astfel de cooperative au fost asemănate cu un supermarket, în care consumatorii informați și conștienți de costuri compară prețurile și serviciile înainte de a cumpăra asigurarea de sănătate. Acest model determină și casele de asigurări să fie eficiente atunci când cumpără servicii de la prestatorii de îngrijiri medicale.

Acest model a fost destinat să răspundă problemelor americane, dar el s-a dovedit relevant și pentru alte țări. Olanda, care a inițiat o reformă în sensul promovării concurenței între casele de asigurări, în cadrul unui sistem social de asigurări cu acoperire universală, a urmărit corectarea comportamentului caselor de asigurări, în sensul eliminării *selecției riscurilor*, adică eliminarea procesului, prin care casele de asigurări selectau persoanele cu riscuri mici și le respingeau pe cele cu risc sporit de îmbolnăvire.

Pentru ca un astfel de mecanism să funcționeze efectiv, este nevoie ca veniturile, care alimentează sistemul (indiferent de sursă) să fie colectate într-un singur fond, care să fie apoi distribuit către casele de asigurări pe baza unei scheme ajustate în funcție de risc (casele de asigurări să primească un volum mai mare de resurse pentru persoanele cu risc sporit). Numai astfel casele de asigurări pot fi determinate să asigure persoanele cu risc sporit.

Depozite bancare de economii pentru sănătate.

Acest model este utilizat în SUA și Singapore. El presupune ca indivizii să economisească bani într-un cont special, din care să plătească îngrijirile medicale. Printr-un astfel de mecanism, la fel ca și în cazul plății directe a serviciilor de către consumatori, indivizii devin foarte conștienți de costul serviciilor și astfel problema hazardului moral este combătută. De asemenea, prin astfel de depozite de economii, indivizii au libertatea de a alege furnizorul de servicii. În plus, prin încurajarea economiilor, pot fi atinse și alte obiective legate de dezvoltarea economică.

Unul din avantajele importante ale acestui sistem este că încurajează prudența în consumul medical, deoarece sumele necheltuite sunt folosite în interesul titularului de depozit, și nu în interesul companiei de asigurări sau al guvernului. Astfel, sumele necheltuite pot fi folosite pentru consum nonmedical, pentru a fi transferate în bani lichizi urmașilor sau pentru a fi transferate de la an la an pentru cheltuieli medicale viitoare.

Acest model nu este folosit pentru acoperirea tuturor serviciilor medicale, ci mai degrabă ca un mecanism complementar. În SUA, ca urmare a scutirilor de impozit, care se aplică la depozitele de economii pentru sănătate, acest mecanism a căpătat extindere mai largă. Este evident că un astfel de mecanism de asigurare împotriva riscului de îmbolnăvire poate fi folosit numai de cei, care doresc și au posibilitatea să economisească.

9.3. MECANISME DE ALOCARE A RESURSELOR: RAMBURSARE ȘI REMUNERARE

Fondurile pentru sănătate, odată colectate printr-unul din mecanismele prezentate în secțiunea anterioară, sunt alocate prin diferite mecanisme instituțiilor furnizoare de servicii de sănătate, o parte importantă fiind folosită pentru remunerarea personalului. Alocarea fondurilor către furnizorii instituționali și remunerarea personalului reprezintă, de fapt, ambele procese de alocare la niveluri diferite. Uneori, existența mai multor niveluri de intermediari financiari (terți plătitori) introduce o etapă suplimentară de alocare între intermediarii responsabili pentru acoperirea unor populații, definite pe criterii cum ar fi rezidența sau ocupația. Alocarea fondurilor implică oferirea resurselor necesare organizațiilor de îngrijiri de sănătate sau intermediarilor financiari de nivel inferior pentru a desfășura o paletă generală de activități legate de sănătate. Remunerarea reprezintă un aspect mai restrâns, care se referă numai la activitatea de compensare a profesioniștilor din domeniul sănătății pentru timpul și efortul investit în furnizarea îngrijirilor. Câte odată aceste etape pot fi combinate în aceeași tranzacție. Alocarea fondurilor și remunerarea coincid, de exemplu, când un terț plătitor plătește unui medic independent un onorariu pentru un serviciu. Dar, în general, este important să se analizeze diferențiat alocarea fondurilor și remunerarea, deoarece modul de alocare a fondurilor pentru o organizație de îngrijiri de sănătate poate fi diferit de modul de remunerare ales de organizație pentru personalul său. Totuși, deoarece atât alocarea fondurilor, cât și remunerarea sunt legate de problema asigurării resurselor pentru organizațiile de îngrijire a sănătății și pentru personalul de îngrijiri în schimbul unei activități, ambele se supun multor principii comune. De aceea, când se vor prezenta aspecte, care se referă atât la alocarea fondurilor, cât și la remunerare, se va folosi termenul general de „plată”. Când distincția este necesară pentru analiză, se vor folosi termenii specifici „alocare a fondurilor” și „remunerare”.

Un sistem de plată este constituit din două componente de bază, care pot fi combinate într-o varietate de moduri. Prima componentă este mecanismul de plată, care se referă la bazele, pe care banii sunt schimbați între cele două părți într-un sistem de plată. Plata per serviciu, salariul și capitația sunt trei exemple dintre cele mai folosite mecanisme de plată. A doua componentă este reprezentată de părțile care fac schimbul. Partenerii, care apar frecvent în sistemele de plată sunt guvernul, reprezentat, de obicei, de instituții specializate de la nivel central și local, asigurările de sănătate, personalul, instituțiile furnizoare de servicii de sănătate și beneficiarii.

9.3.1. STRUCTURA SISTEMELOR DE PLATĂ

Dintre numeroasele entități, care pot interacționa în cadrul unui sistem de plată, majoritatea se încadrează într-una sau mai multe din următoarele categorii: beneficiari, furnizori (individuali sau instituționali) și intermediari financiari (terți plătitori). Beneficiarii sunt persoanele acoperite de un plan de îngrijiri de sănătate, de exemplu, rezidenții unei unități administrativ-teritoriale, în cazul unui sistem finanțat predominant din impozite, sau asigurații înscrși la o instituție/firmă, în cazul unui sistem finanțat predominant din asigurări sociale sau private. Furnizorii sunt acei indivizi sau instituții, care oferă îngrijiri de sănătate ce pot fi utilizate de benefi-

ciari. Un intermediar financiar este o organizație, care colectează sau primește bani, care sunt folosiți pentru a finanța asigurările de sănătate și serviciile de îngrijiri de sănătate și pentru a remunera furnizorii. Fluxul monetar trece pe la intermediar ca o parte a sistemului de generare și alocare a veniturilor. Într-un sistem finanțat public, un intermediar financiar va fi, în mod normal, o agenție guvernamentală sau o organizație nonguvernamentală nonprofit, care administrează fondurile la nivel central, regional sau local. În sistemele private, acesta poate fi un angajator, care colectează și plătește primele în numele angajaților săi sau un asigurător privat. Pot exista mai multe niveluri de intermediari financiari în cadrul unui sistem de alocare a fondurilor și remunerare.

În *figura 34* sunt reprezentate câteva aranjamente mai frecvent întâlnite ale participanților la sistemele de plată. Săgețile din figuri descriu fluxul banilor între entitățile sistemului. Sistemul I, de exemplu, reprezintă un sistem, în care beneficiarii individuali plătesc furnizorilor direct. În sistemul 2, cel puțin unele fonduri trec pe la un intermediar financiar (săgeata b) înainte de a ajunge la furnizori (săgeata c). Intermediarul financiar poate fi o agenție privată, un angajator, o instituție publică autonomă sau o structură în cadrul guvernului. Sistemul III descrie un flux mai complex al fondurilor, în care există mai multe niveluri de intermediari financiari, unii dintre aceștia primind fonduri de la mai multe părți. Într-un sistem public, de exemplu, intermediarii de nivel 1 pot fi reprezentați de guvernul central, în timp ce intermediarii de nivel 2 pot fi o structură de guvernare regională sau locală; într-un sistem privat, intermediarii de nivel 1 pot fi angajatorii, iar cei de nivel 2, organizațiile de asigurări.

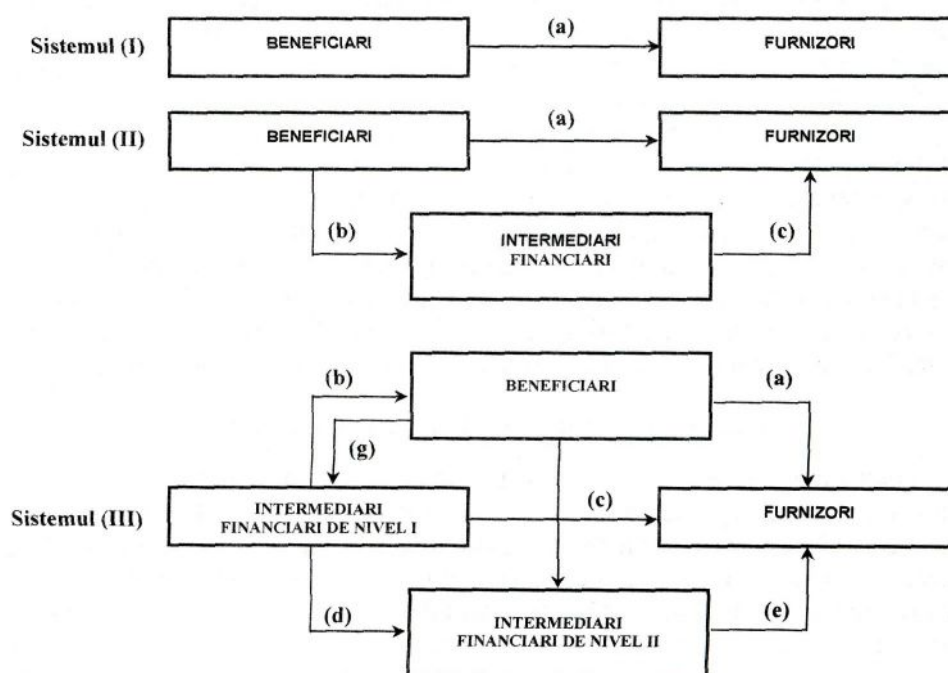


Figura 34. Modele de sisteme de generare și alocare a fondurilor

Sistemele de generare și alocare a fondurilor din viața reală pot fi mult mai complexe decât cele descrise aici și fiecare subsistem (de exemplu, bazat pe angajator, pentru funcționarii publici, publicul general etc.) dintr-o țară poate avea propria lui schemă.

Aceste scheme exemplifică, de asemenea, două alternative de bază pentru alocarea fondurilor: cea orientată către furnizor și cea orientată către populație. În cazul alocării bazate pe furnizor, fluxul banilor este îndreptat direct către furnizori. În cazul alocării bazate pe populație, banii sunt atașați nominal de beneficiari, astfel încât, într-un sens, ei ajung oriunde se duc aceștia, indiferent de distribuția furnizorilor. Cantitatea de bani, pe care o primește un intermediar financiar de nivel 2 (de exemplu, administrația de la nivelul local sau regional) sau o organizație furnizoare de îngrijiri de sănătate este legată direct de numărul de indivizi, pentru care au responsabilitate. Deci, în cazul sistemelor bazate pe populație, chiar dacă o unitate teritorială (district, județ) nu are furnizori de îngrijiri de sănătate, resurse de îngrijiri de sănătate sunt alocate acelei unități, permițând ca locuitorii acesteia să obțină servicii de sănătate de la furnizorii din alte unități teritoriale. În timp, un asemenea sistem poate stimula atragerea furnizorilor în zonele, în care inițial nu existau furnizori. În contrast, în cazul aranjamentelor bazate pe furnizor, banii merg acolo unde se află aceștia, ceea ce nu înseamnă neapărat că merg și acolo unde se află nevoile de sănătate (cu alte cuvinte, beneficiarii). Aceasta este o problemă majoră pentru zonele rurale, localitățile izolate sau cele cu un nivel ridicat al sărăciei, care din cauza condițiilor mai puțin atractive, au puțini furnizori, în pofida unor nevoi de sănătate peste medie.

9.3.2. ALOCAREA RESURSELOR ORIENTATE CĂTRE POPULAȚIE

În situațiile, în care anumiți intermediari financiari de nivel inferior sau furnizori de servicii au responsabilitatea finanțării sau furnizării serviciilor pentru o populație definită (de exemplu, prin reședința într-o anumită zonă geografică, prin acoperirea de către un anumit asigurător etc.) se pune problema principiilor și metodelor, care să fie folosite pentru alocarea resurselor financiare către aceștia.

Pentru componentele sistemului de plată, care sunt reglementate pe principii de piață, alocarea se face în mod implicit ca urmare a opțiunilor consumatorilor. Astfel, de exemplu, dacă este permisă concurența între fondurile de asigurări, volumul resurselor financiare ale fiecărui fond va depinde de numărul și mărimea contribuțiilor asiguraților, pe care acesta reușește să îi atragă. Similar, pentru acei furnizori de servicii de sănătate, pe care pacienții îi pot alege liber fondurile, pe care le primesc de la intermediarii financiari sau direct de la beneficiari depind de numărul și tipul de utilizatori atrași.

Obiectivul unor intervenții de tipul celor enumerate mai sus este acela de a îmbunătăți echitatea sistemului de îngrijiri. Definiția operațională cea mai acceptată a echității sistemului de sănătate este cea de asigurare a unui acces egal la servicii celor cu nevoi de sănătate egale. O condiție necesară realizării accesului egal este aceea ca resursele financiare disponibile în medie pentru o persoană să fie similare pentru populațiile sau grupurile de asigurați, între care se dorește garantarea accesului egal.

Unitățile de alocare posibile pot fi deci diferite: furnizori, populații/persoane acoperite de un anumit intermediar financiar, servicii de sănătate (intervenții) sau perechi problemă de sănătate-intervenție.

a. Alocarea în funcție de nevoi.

Când scopul principal al alocării este îmbunătățirea echității în privința accesului la servicii, care este o condiție a funcționării oricărui sistem de sănătate, ce urmărește să satisfacă principiul solidarității, alocarea resurselor între populațiile de beneficiari trebuie făcută în funcție de nevoile de servicii de sănătate ale acestora. În acest context, prin nevoie de servicii de sănătate se subînțelege capacitatea de a beneficia de pe urma unei intervenții. Intensitatea acestei nevoi pentru o anumită populație este măsurabilă prin ecartul dintre indicatorii de nivel al stării de sănătate și factorii determinanți ai acesteia, în comparație cu nivelul acelor indicatori considerat acceptabil într-o societate sau comunitate. În practică se pot lua ca etalon pentru un subgrup populațional indicatorii înregistrați la nivelul întregii populații, căreia acesta îi aparține (de exemplu, indicatorii stării de sănătate ai populației unei regiuni în raport cu cei ai populației întregii țări).

Indicatorii aleși pentru a aprecia nevoile de sănătate depind de modul de operaționalizare a conceptului de echitate în raport cu sănătatea. Aceasta poate să se refere la egalitatea în privința stării de sănătate, a capacității de a beneficia, a capacității de a beneficia în raport cu costul obținerii unui anu mit beneficiu sau a intensității utilizării serviciilor de sănătate.

Un exemplu practic de alocare a fondurilor pentru populații definite geografic și/sau administrativ este formula RAWP („resource allocation working party”), aplicată în Anglia începând cu 1976 pentru o alocare a fondurilor ajustată în funcție de nevoile populației, de la nivelul central către cele 14 regiuni ale Sistemului Național de Sănătate. Această formulă a fost îmbunătățită la începutul anilor '90, aplicarea ei fiind extinsă și la alocarea fondurilor către districtele, în care sunt împărțite regiunile districte, care cuprind populații de ordinul sutelor de mii de locuitori. În această formulă se folosesc indicatori, ce se consideră că prezintă o bună asociere cu nevoile de servicii de sănătate, încercându-se, de asemenea, să se folosească un număr cât mai mic de indicatori disponibili de rutină, fără mari cheltuieli suplimentare, la un nivel de agregare suficient de detaliat și care să fie pe cât se poate independenți între ei, pentru a evita un exces de ajustare.

Practic, fondurile sunt împărțite în funcție de:

- numărul populației;
- volumul de servicii necesare, estimat pe baza structurii pe sexe și grupe de vârstă și a ratelor de utilizare de la nivel național;
- raportul standardizat al mortalității (RSM), acesta fiind folosit ca indicator de rutină, ușor disponibil, de estimare a morbidității.

Pentru unele tipuri de servicii, pentru care RSM nu este un bun indicator de aproximare a morbidității, se folosesc alți indicatori, cum ar fi rata natalității pentru nevoile de servicii obstetricale, proporția persoanelor căsătorite pentru nevoile de servicii de sănătate mintală sau frecvența accidentelor rutiere pentru nevoile de servicii de urgență.

Alocarea fondurilor pe regiuni la niveluri, care s-au apropiat gradat, pe parcursul unei perioade de aproximativ 15 ani, de cele optime obținute prin aplicarea

formulei RAWP a șters aproape complet inechitățile în privința fondurilor disponibile pentru servicii de sănătate între diferitele regiuni ale Sistemului Național de Sănătate din Marea Britanie.

Formule similare se folosesc și pentru realocarea fondurilor între case de asigurări sociale de sănătate, atunci când se urmărește respectarea principiului solidarității între grupuri populaționale înscrise la diferite case de asigurări. Odată cu relaxarea constrângerilor cu privire la alegerea de către asigurat a casei de asigurări Germania a introdus și un mecanism de redistribuire, care ține seama de numărul de asigurați și costul total al serviciilor necesare, estimat pe baza structurii pe grupe de vârstă, sexe și prezență a invalidității pentru asigurații fiecărei case și a costului mediu măsurat la nivel național, pentru serviciile acordate în funcție de aceleași caracteristici. Cehia folosește un mecanism similar de redistribuire, administrat de Casa Generală (Națională) de Asigurări, pentru ajustarea, în funcție de numărul de asigurați și de structura riscurilor acestora, a fondurilor disponibile ale tuturor caselor de asigurări sociale de sănătate, aflate în competiție. În cazul redistribuirii între casele de asigurări, deoarece nu se urmărește doar o alocare a fondurilor, care să permită finanțarea unui acces echitabil la servicii, ci și o generare a fondurilor echitabilă, în procesul de alocare se ține seama în plus și de nivelul mediu al contribuției pe persoană asigurată, așa încât povara susținerii financiare să fie distribuită cât mai just.

b. Alocarea în funcție de eficiență.

Răspunsul societății la problema volumului limitat al resurselor financiare disponibile pentru acoperirea costului în creștere al serviciilor de sănătate poate să se încadreze în diferite modele:

1. creșterea volumului resurselor alocate pentru sănătate, în cantitate absolută și/sau ca proporție din totalul resurselor disponibile ale societății;

2. limitarea implicită a consumului, prin acceptarea ca cel puțin pentru o parte a serviciilor accesul să fie determinat pe baza disponibilității de a plăti a utilizatorilor, apelând la plata directă sau la asigurări voluntare;

3. limitarea consumului printr-un control rigid asupra unor factori necesari producerii serviciilor (infrastructură, echipamente, personal); acest control limitează capacitatea furnizorilor de a oferi servicii, situație în care pot exista liste de așteptare cu criterii explicite pentru stabilirea ordinii de acces la intervenții deficitare ca ofertă, sau funcționează o limitare implicită, de tipul primul sosit – primul servit;

4. definirea unor pachete de servicii esențiale, susținute în mod solidar de membrii societății și la care accesul se face în mod echitabil; accesul la serviciile neincluse în aceste pachete se poate face conform disponibilității de a plăti a utilizatorilor, prin plată directă sau asigurări voluntare.

Proiectarea unui pachet de servicii esențiale, care să maximizeze beneficiul de sănătate pentru un cost total dat al îngrijirilor se poate face incluzând în pachet acele perechi problemă de sănătate-intervenție, care au cel mai favorabil raport cost-eficacitate. Procedura posibilă pentru alegerea intervențiilor, care să fie incluse cuprinde următoarele etape:

1. ordonarea perechilor problemă de sănătate-intervenție în ordinea descrescătoare a raportului eficacitate-cost;

2. estimarea numărului de intervenții pe baza prevalenței;
3. calculul costurilor furnizării fiecărui serviciu ca produs dintre numărul estimat de intervenții și costul mediu al unei intervenții;
4. cumularea costurilor calculate;
5. stabilirea pragului pentru includerea în pachetul de servicii acoperite la nivelul maxim al costurilor cumulate, care încă se încadrează în limita fondurilor disponibile.

c. Alocarea în funcție de prioritățile publicului.

Una din concluziile, la care s-a ajuns în „experimentul Oregon” a fost aceea că, deși eficiența diferitor servicii este un criteriu important în alcătuirea unui pachet de servicii esențiale, acest criteriu trebuie completat cel puțin cu cel al priorităților percepute de public. Consultarea beneficiarilor sau a specialiștilor din domeniul sănătății a fost, de altfel, folosită mai frecvent pentru orientarea contractării serviciilor decât pentru clasamentele de eficiență.

Implicarea publicului în luarea deciziilor cu privire la pachetul de îngrijiri poate fi făcută consultând reprezentanți ai populației generale, ai contribuabililor, ai pacienților sau ai furnizorilor. Se pot obține informații despre preferințele publicului, apelând la procese electorale, anchete pe eșantion, întâlniri publice, dezbateri-panel.

Datorită caracterului limitat al cunoștințelor de specialitate și experienței personale reduse a fiecărui individ luat în parte în privința suferințelor provocate de majoritatea bolilor sau a utilizării serviciilor necesare tratării acestora, rezultatele consultărilor cu privire la preferințe sunt mult influențate de informațiile, care sunt puse la dispoziția publicului și de modul în care sunt formulate întrebările. Este posibil ca unele dintre preferințele publicului să fie greu de reconciliat cu pozițiile experților, managerilor sau politicienilor – de exemplu, publicul este mult mai înclinat să susțină proliferarea rapidă a unor metode și tehnologii noi, unele foarte scumpe, chiar insuficient evaluate din punctul de vedere al eficienței, dar care vin în întâmpinarea speranțelor de a putea trata afecțiuni grave. Studii asupra modalităților de implicare a publicului în stabilirea priorităților în sectorul de sănătate sugerează că pentru anumite tipuri de decizii este mai adecvată consultarea anumitor reprezentanți, după cum e reprezentat în *tabelul 61*.

Tabelul 61

Consultarea în stabilirea priorităților sectorului de sănătate

Întrebarea	Categoria reprezentanților, care trebuie consultați
Cât de mult trebuie să se cheltuiască pentru sănătate?	Politicieni
Cum trebuie să fie colectate fondurile?	Politicieni
Categorii mari de priorități pentru servicii de sănătate.	Public general
Priorități specifice pentru servicii de sănătate.	Experți
Ce servicii (clinice) trebuie să fie furnizate?	Experți
Cine trebuie să beneficieze de servicii?	Pacienții

9.4. MECANISME DE PLATĂ

Mecanismele de plată cel mai frecvent utilizate, care vor fi definite și descrise în continuare, sunt: plata per serviciu, plata bazată pe diagnostic, capitația, bugetul global, salariul și plata după timpul lucrat.

9.4.1. PLATA PER SERVICIU

Plata per serviciu este un mecanism de plată, prin care un furnizor de îngrijiri de sănătate sau o organizație primește o plată de fiecare dată când oferă un serviciu rambursabil (de exemplu: consultații, proceduri chirurgicale, teste de diagnostic). Plata per serviciu poate fi folosită atât pentru alocarea fondurilor pentru organizații, cât și pentru a remunera personalul de sănătate dintr-o organizație. Plata per serviciu este făcută numai după furnizarea serviciului, iar plățile totale către un furnizor depind direct de numărul de servicii furnizate. Plata per serviciu încurajează eficiența tehnică (adică minimizarea costurilor) în producția unui serviciu, dar, deoarece un furnizor este plătit de fiecare dată când furnizează un serviciu, indiferent dacă serviciul este necesar sau eficace, nu încurajează eficiența în privința utilizării serviciilor în tratarea unui pacient sau a unui episod de boală. Stimulentul de a oferi mai multe servicii decât sunt necesare este unul din cele mai studiate aspecte ale plății per serviciu. Producerea de servicii, care nu sunt neapărat necesare, compromite eficiența alocativă.

Scala de valori relative în funcție de consumul de resurse.

Modalitatea de plată a medicilor și quantumul plăților reprezintă stimulente economice, care îi pot determina pe medici să decidă ce specialitate să aleagă, în ce zonă să-și situeze cabinetul sau clinica sau ce servicii să realizeze. Mulți medici consideră că există discrepanțe inechitabile între tarifele pentru procedurile chirurgicale și tarifele pentru serviciile de evaluare și diagnostic.

O echipă de cercetători de la Universitatea Harvard a fost însărcinată cu realizarea acestui studiu. Au fost studiate servicii din 18 specialități: chirurgie generală, anestezie, medicină de familie, medicină internă, obstetrică și ginecologie, oftalmologie, chirurgie ortopedică, otorinolaringologie, patologie, radiologie, chirurgie toracică și cardiovasculară, urologie, alergologie și imunologie, dermatologie, chirurgie maxilofacială, pediatrie, psihiatrie și reumatologie.

Din fiecare specialitate s-a constituit un panel format din specialiști desemnați de asociațiile profesionale relevante. Medicii din aceste grupuri tehnice consultative au constituit sursa principală de informații legată de natura practicii medicale din fiecare specialitate. În plus, pentru estimarea muncii relative per serviciu, s-a efectuat o anchetă la nivel național, care a cuprins 3 200 de medici, care au acordat ponderi specifice serviciilor din specialitatea lor. Datele referitoare la costul practicii medicale și al asigurării împotriva malpracticii au fost culese din surse publicate oficial.

Acest sistem are avantajul că pune problema retribuirii într-un mod corelat atât a medicilor generaliști, cât și a celor specialiști. Pe de altă parte, evită neajunsurile unui sistem de plată bazat pe puncte per serviciu legate de stabilirea arbitrară sau pe bază de negociere a numărului de puncte per serviciu.

Scala de valori relative în funcție de consumul de resurse (SVRCR) ia în calcul:

1. Munca pentru un anumit serviciu; munca se determină luând în considerare timpul și intensitatea, cu care acesta este cheltuit, avându-se în vedere următoarele elemente:

- cantitatea de timp;
- efortul mintal;
- aptitudinile tehnice și efortul fizic;
- stresul.

2. Costul relativ de practică (costul desfășurării activității într-o anumită specialitate, care include și costul asigurării pentru „malpractică”); costul practicii este acel cost, care exclude timpul și efortul depus de medic. Se includ în costul practicii toate cheltuielile legate de desfășurarea activității, altele decât cele legate de plata medicului.

3. Costul de oportunitate al specialității (venitul pierdut pe perioada specializării). Medicii din diferite specialități necesită un efort de pregătire diferit. Pe perioada pregătirii, ei pierd niște venituri potențiale. Aceste venituri pierdute pentru a urma o pregătire suplimentară de specializare în loc să practice reprezintă costul de oportunitate al unei specialități. În aprecierea efortului global făcut de un medic pentru îngrijirea unui pacient trebuie inclus și acest cost. Prin urmare, medicul trebuie recompensat și în funcție de eforturile lui de a se perfecționa.

Se calculează o valoare relativă pentru fiecare serviciu, care multiplicată cu un factor monetar de conversie, determină tariful pe care îl primește un medic pentru un anumit serviciu prestat.

Într-o anumită măsură, sistemul de plată per serviciu bazat pe scala de valori relative în funcție de consumul de resurse se aseamănă foarte mult cu sistemul bazat pe puncte per serviciu, deoarece ambele presupun multiplicarea valorii relative sau a numărului de puncte cu un factor monetar de conversie pentru a determina „prețul” unui serviciu.

Problema critică, pe care o au sistemele de plată per serviciu – crearea de stimulente pentru medici de a spori volumul de activitate sau intensitatea – rămâne însă nerezolvată.

9.4.2. PLATA BAZATĂ PE DIAGNOSTIC

Plata bazată pe diagnostic este un mecanism în care furnizorul sau organizația primește o plată fixă, stabilită în prealabil, de fiecare dată când tratează un individ cu un anumit diagnostic specificat (de exemplu, infarctul miocardic, pneumonia, fractura multiplă). Metoda poate fi folosită atât pentru alocarea fondurilor către organizații, cât și pentru remunerarea personalului dintr-o organizație, deși este mai mult folosită pentru prima situație. Plata pentru fiecare categorie de diagnostic este stabilită în prealabil (și în mod normal este egală cu costurile medii sau așteptate pentru indivizii cu acel diagnostic) și nu variază în funcție de serviciile, care sunt furnizate în mod real pentru a trata individul.

Pentru fiecare caz tratat, organizația/furnizorul suportă unele riscuri asociate cu costurile tratamentului: în cazul, în care costul serviciilor furnizate unui pacient depășește plata fixă bazată pe diagnostic, atunci organizația trebuie să absoarbă costurile în exces; dacă, totuși, costurile reale se situează sub plata bazată pe diagnostic, organizația păstrează diferența. Deoarece organizația/furnizorul reține diferența

dintre costul real al tratamentului și plata fixă pentru fiecare caz tratat, plata pe bază de diagnostic încurajează eficiența tehnică și cost-eficacitatea atât în producerea serviciilor, cât și în utilizarea serviciilor pentru a trata un individ (ceea ce înseamnă minimizarea costurilor totale per diagnostic). Aspectul potențial negativ al acesteia este că oferă stimulente pentru a trata doar anumiți pacienți – ori de câte ori un furnizor are posibilitatea de a trimite cazurile mai grave spre alți furnizori, stimulentele financiare îl va încuraja să procedeze astfel. Vor fi selectate pentru tratament doar cazurile mai puțin severe din fiecare categorie de diagnostic, iar diagnosticele vor fi clasificate în așa fel încât să se maximizeze plățile asociate celor tratați, ori de câte ori există un motiv pentru a înregistra un diagnostic.

Exemplul cel mai cunoscut de plată bazată pe diagnostic este *Metoda DRGs (diagnostic related groups – grupuri de diagnostice asociate)*

Dezvoltarea și implementarea mecanismului de finanțare a spitalelor bazat pe DRGs a apărut ca o soluție entuziastă în SUA pentru ca serviciile de sănătate să devină mai eficiente. Aceasta a reprezentat motivația pentru introducerea în anul 1983 a DRGs ca o metodă de plată a spitalelor din SUA, care lucrau cu programul Medicare (program de îngrijire a bătrânilor). S-a pornit de la ipoteza că plata spitalelor în funcție de costul mediu pe DRGs ar determina spitalele cu costuri mai mari decât costul mediu să-și reducă costurile. În condițiile, în care calitatea îngrijirilor ar rămâne neschimbată, reducerea costurilor ar conduce la o mai mare eficiență tehnică, adică același nivel al producției s-ar obține cu un cost mai mic.

Dată fiind marea varietate a activităților desfășurate de un spital și dificultatea de a o monitoriza și evalua, grupurile relaționate prin diagnostic (DRGs) reprezintă o încercare de a standardiza și defini din punct de vedere operațional, care este producția unui spital.

DRGs descriu tipurile de pacienți externați din spitale. Versiunea cea mai utilizată conține 467 de grupuri de pacienți, ordonate în funcție de organele anatomice, în 23 de categorii majore de diagnostic. Clasificarea pacienților în DRGs se realizează în funcție de: diagnosticul principal, intervențiile chirurgicale, diagnosticul secundar (comorbiditate sau complicații), vârstă, sex și situația la externare. Grupurile sunt coerente din punct de vedere clinic și presupun un consum similar de resurse.

Așa cum a fost conceput, sistemul de DRGs înarmează medicii și managerii cu o tehnică puternică pentru a înțelege și controla costurile spitalicești. Se poate ajunge să se determine costul pe tip de pacient, precum și costul pentru diferite servicii din spital.

DRGs pot fi folosite în două moduri: ca o metodă de finanțare bazată pe plata per caz sau în cadrul unui buget global. Efectele asupra eficienței spitalelor depind de utilizarea DRGs într-un mod sau altul.

1. Pot DRGs conduce la creșterea eficienței?

Termenul eficiență este folosit în multe împrejurări și de multe ori cu înțelesuri diferite. Intuitiv, ne putem gândi la acest concept ca fiind obținerea unui rezultat dorit cu cel mai scăzut cost posibil. Astfel, putem spune că un spital funcționează eficient dacă, fără să afecteze sănătatea, ar putea reduce costul per caz. Vorbim în acest caz de eficiență tehnică.

Eficiența tehnică se concentrează asupra problemelor legate de „cât de bine fac spitalele ceea ce fac?”.

Un al doilea aspect al eficienței încearcă să atace o problemă fundamentală: „ar trebui spitalele să facă ceea ce fac?” sau „cât din ceea ce fac ar trebui făcut?”. Acest aspect al eficienței se referă la eficiența în alocare. Spunem că există eficiență în alocare atunci când nu s-ar obține nici un beneficiu suplimentar dacă societatea ar decide să realoce resursele dintr-un sector al sănătății spre altul (sau dintr-o parte a societății spre sectorul sanitar). Cu toții suntem de acord că sunt multe de făcut în privința eficienței în alocare în sectorul sanitar și la nivelul societății în general.

Problema eficienței în alocare se pune ori de câte ori vrem să introducem un serviciu nou sau să extindem/reducem un serviciu existent. Astfel, eficiența în alocare ne face să ne întrebăm dacă anumite activități ar trebui realizate și în ce măsură.

Aspectele de mai sus au importanță atunci când încercăm să vedem dacă folosirea DRGs ca un mecanism de plată a spitalelor va conduce spre un nivel mai mare de eficiență în sectorul spitalicesc.

2. DRGs ca un mecanism de finanțare per caz a spitalelor.

Spitalele reacționează în mod diferit la diverse stimulente financiare. Majoritatea autorilor consideră că spitalele tind să maximizeze atât numărul de pacienți, cât și serviciile acordate acestora, acest lucru fiind asociat cu o mai bună calitate. Există, de asemenea, credința că, fără restricții financiare, spitalele tind să furnizeze prea multe servicii, aceasta fiind apreciată ca o ineficiență în alocarea resurselor.

Un sistem de finanțare a spitalelor per caz nu stabilește nici o restricție asupra resurselor alocate pentru serviciile spitalicești. Nivelul veniturilor spitalului va fi determinat retrospectiv de către volumul de activitate. În termenii eficienței alocative, o realocare a resurselor de la spitale către alte sectoare ar putea crește impactul asupra stării de sănătate.

Într-un sistem de finanțare retrospectivă bazată pe plata per caz un spital, pentru a obține mai multe venituri, va crește numărul de pacienți tratați. Ca o soluție la această problemă, multe din țările Europei folosesc sistemul de plată per caz în asociere cu un buget global.

3. Probleme legate de sistemul DRGs.

a. Manipularea codificării

Credința că ar putea fi redus costul per caz a stat la temelia introducerii sistemului DRGs în multe spitale. Spitalele pot găsi însă unele căi pentru a învinge sistemul. Astfel, spitalele ar putea crește veniturile atrase fără să crească activitatea sau eficiența. Acest lucru se poate realiza cel mai simplu prin sistemul de codificare; un pacient ar putea fi astfel codificat încât să treacă dintr-o grupă fără complicații într-una cu complicații, pentru care prețul este mai mare. Astfel veniturile vor crește, activitatea va rămâne aceeași, iar eficiența va scădea.

b. Mișcarea pacienților

Este posibil să externezi un pacient pentru a-l interna din nou peste câteva zile. Acest inconvenient ar putea fi înlăturat prin observarea șederilor apropiate în timp, dar ar putea avea de suferit pacienții, care ar necesita într-adevăr reinternarea.

O altă posibilitate ar fi să se interneze pacienți, care ar putea fi tratați ambulatoriu.

c. Transferul costurilor

Există evidențe, care arată o scădere a costurilor per caz pentru spitalele, care au optat pentru un sistem prospectiv (anticipat) de plată. Principalul factor, care contribuie la scăderea costurilor per caz este reducerea duratei de ședere în spital.

Există însă și evidențe, care atestă faptul că pacienții costisitori pot avea dificultăți de acces sau pot fi externați mai devreme, asistând astfel la un transfer al costurilor spre alți agenți (îngrijiri comunitare, familie, spitale pentru cronici).

Un subiect de discuție legat de folosirea DRGs în cadrul unui mecanism de plată al spitalelor este determinat de faptul că tariful pe DRGs reflectă un cost mediu. Nu există nici o certitudine că practicile clinice, care determină aceste costuri sunt cele mai adecvate.

Deci, înainte de implementarea unui mecanism de finanțare bazat pe un sistem DRGs, trebuie să analizăm experiența altora și să vedem cum ar putea fi depășite inconvenientele reliefate mai sus. O altă problemă cu DRGs este că lasă impresia că rezultatul îngrijirilor de sănătate este măsurat pur și simplu prin numărul de pacienți tratați. Dar nu este chiar așa, îmbunătățirea stării de sănătate și a stării funcționale ar trebui să fie rezultatul îngrijirilor de sănătate și, atât timp cât nu avem date despre rezultate, nu vom fi capabili să spunem, care mecanism de finanțare îndeplinește obiectivele de eficiență ale îngrijirilor de sănătate.

4. O soluție alternativă: finanțarea pe „diagnostic related groups” combinată cu bugetul global.

Multe din problemele de mai sus pot fi rezolvate dacă DRGs ar fi utilizate în combinație cu un buget global, așa cum pare a fi intenția majorității țărilor europene, care desfășoară experimente cu un astfel de sistem.

Bugetul global, utilizat în mod frecvent în Norvegia, Suedia, Finlanda, Marea Britanie, asigură un control al costurilor totale, dar nu asigură nici o legătură directă între volumul de activitate și cheltuieli. Spitalele prezintă un plan de activitate, dar, dată fiind asimetria informațională între spitale și finanțatori, spitalele au posibilitatea să-și reajusteze activitatea în limitele resurselor, consecința directă fiind apariția listelor de așteptare.

Combinarea bugetului global cu un mecanism de finanțare per caz ar putea să nu conducă la aceleași efecte ca cele observate în SUA, deoarece bugetul global stabilește un plafon asupra costurilor totale.

Dar chiar și în cazul utilizării DRGs ca un instrument de standardizare în cadrul unui sistem de buget global, rămâne încă problema eficienței practicii clinice. Standardizarea DRGs, ca un instrument de planificare, nu poate să atingă întregul său potențial până când nu vom cunoaște mai mult despre ceea ce înseamnă cu adevărat o practică clinică eficientă.

În prezent, principala interpretare în legătură cu variația costurilor este că o variație redusă în jurul costului mediu al tratării pacienților dintr-un anumit grup de diagnostic (DRGs) înseamnă o eficiență crescută. Totuși, o variație mică în jurul mediei nu înseamnă că sunt de preferat unele variații mari dacă nu cunoaștem ce este o practică clinică eficientă.

5. De ce este atractiv totuși mecanismul DRGs?

Cei care susțin utilizarea sistemului de grupuri relaționate prin diagnostic adesea invocă două motive. Primul este că DRGs asigură o descriere mai bună a rezultatului final al activității spitalicești, oferind astfel o mai bună reflectare a modului, în care sunt cheltuiți banii pentru îngrijirile de sănătate.

Al doilea motiv îl constituie faptul că DRGs sunt ușor de utilizat și ușor de înțeles. Descrierea lor poate fi interpretată și de persoane fără pregătire medicală de

specialitate (asistente, economiști, manageri) și, prin urmare, constituie un mijloc comun de dialog între medici și nespecialiști. Există astfel un limbaj comun în legătură cu utilizarea resurselor.

Utilizând DRGs, putem realiza o evaluare a consecințelor financiare ale tratării diferitor tipuri de pacienți. Putem, de asemenea, compara nivelul de activitate prezent cu cel dorit.

Cei care iau decizii au informații mai bune în legătură cu relația dintre activitatea unui spital și costurile sale.

În cadrul schimbărilor, care au loc în lume în managementul serviciilor de sănătate, un loc aparte îl ocupă perfecționarea sistemelor informaționale, care să ajute procesul de luare a deciziilor. DRGs pot îmbunătăți procesul decizional numai dacă spitalele pot folosi sistemul în mod efektiv și dacă se are în vedere că obiectivul final al îngrijirilor îl reprezintă îmbunătățirea stării de sănătate.

9.4.3. CAPITAȚIA

Capitația este un mecanism de plată, prin care o organizație primește o sumă fixă, specificată dinainte pe fiecare perioadă de timp (de exemplu, o lună, un an) pentru fiecare individ, pentru care este răspunzătoare de satisfacerea unor nevoi de sănătate definite (de exemplu, îngrijiri primare, îngrijiri primare și secundare). Capitația poate fi folosită atât pentru a finanța organizația, cât și pentru a remunera personalul din organizație. Suma de bani primită pentru fiecare persoană este stabilită în prealabil și nu variază cu serviciile oferite în realitate persoanei respective în perioada de timp. În cazul capitației, organizația sau furnizorul suportă riscuri financiare semnificative; de fapt, organizația devine efektiv un asigurător de sănătate. Atunci când o organizație este alcătuită din furnizori, ea devine deci atât asigurător, cât și furnizor de îngrijiri de sănătate. Rata capitației este determinată prin evaluarea costurilor așteptate pentru satisfacerea nevoilor de îngrijiri de sănătate. Unii indivizi se vor îmbolnăvi grav și vor necesita tratament, care va costa mult mai mult decât capitația; alții nu se vor îmbolnăvi deloc și nu vor necesita îngrijiri de sănătate. Capitația poate fi folosită eficient numai acolo unde populația, pentru care este responsabilă organizația este suficient de mare pentru a partaja riscurile de îngrijiri de sănătate eficient. Capitația oferă stimulente pentru a oferi îngrijiri în mod eficient tehnic și cost-eficace și pentru a oferi numai îngrijirile, care sunt adecvate. Ea oferă, de asemenea, stimulente pentru a furniza mai puține servicii decât sunt necesare și pentru „a lua caimacul” prin selectarea în îngrijire a indivizilor mai sănătoși, ale căror costuri așteptate sunt situate mai jos decât rata capitației (o problemă, care poate fi parțial ameliorată prin calcularea ratelor de capitație ajustate în raport cu riscul, situație în care plata capitației aproximează mai bine costurile așteptate pentru fiecare individ).

9.4.4. BUGETUL GLOBAL

Bugetul global este un mecanism de plată, prin care o organizație, grup de furnizori sau un furnizor individual primește un buget total pentru o perioadă definită de timp. Bugetul global poate fi folosit numai pentru alocarea fondurilor. Bugetul global poate fi bazat pe un număr de criterii potențiale: costuri istorice, număr de

Domeniul de utilizare și consecințele mecanismelor alternative de plată

Mecanismul	Folosit pentru alocarea fondurilor, remunerare sau ambele?	Principalele consecințe
Plata per serviciu	Ambele	<ul style="list-style-type: none"> ↑ numărul de servicii ↓ resursele utilizate pentru un serviciu * exces de tratament: prea multe servicii per persoană și per caz
Bazat pe diagnostic	Ambele	<ul style="list-style-type: none"> ↑ numărul de cazuri ↓ serviciile pentru un caz * luarea caimacului – atragerea de cazuri mai puțin grave * manipularea diagnosticului: clasificarea cazurilor pentru a maximiza rambursarea * tratament insuficient, prea puține servicii furnizate
Capitație	Ambele	<ul style="list-style-type: none"> ↑ numărul de persoane înscrise ↓ serviciile per persoană înscrisă ↑ serviciile preventive * luarea caimacului – atragerea de indivizi mai sănătoși * tratament insuficient, prea puține servicii furnizate per persoană
Salariu	Numai remunerare	<ul style="list-style-type: none"> ↑ activitatea folosită ca bază pentru stabilirea nivelului salariului * eschivare de la efortul de muncă: prea puține servicii sau calitate redusă
Plata pentru timpul lucrat (rar la medici)	Numai remunerare	<ul style="list-style-type: none"> ↑ numărul de ore lucrate ↓ activitățile folosite ca bază pentru stabilirea nivelului plății * eschivare de la efortul de muncă: prea puține servicii sau calitate redusă
Buget global	Doar alocarea fondurilor	<ul style="list-style-type: none"> ↑ orice unități folosite pentru a determina și justifica bugetul * eschivare pe orice dimensiune, care nu folosește la justificarea bugetului

servicii furnizate, numărul și tipul de episoade de îngrijiri (în trecutul recent sau așteptate în viitorul apropiat), populația deservită etc. Un buget global, de exemplu, poate fi suma simplă a capitațiilor pentru toți indivizii, pentru care organizația acceptă să fie responsabilă. În acest sens, unele din mecanismele de plată discutate mai sus pot fi folosite pentru a crea un buget global. Atunci când sunt stabilite în mod prospectiv, bugetele globale sunt eficiente în limitarea costurilor și în același timp oferă organizației finanțate libertate considerabilă în utilizarea fondurilor.

Această libertate este pierdută atunci când bugetul global este construit din sume predeterminate alocate unor anumite categorii de cheltuieli sau „linii de cheltuieli”. Un asemenea buget restricționează capacitatea organizației de alocare a fondurilor între diferite resurse sau între programe.

9.4.5. SALARIUL

Salariul este un mecanism de plată, în care un profesionist de sănătate primește o sumă de bani specificată în prealabil, pentru a duce la îndeplinire anumite responsabilități specificate pentru o organizație, de obicei fiind disponibil pentru a furniza îngrijiri de sănătate la anumite momente în timp (și locuri). El poate fi folosit numai pentru remunerare. Stimulentele sale sunt neutre în ceea ce privește furnizarea unor anumite tipuri de servicii insuficiente sau peste necesar unui pacient și pentru furnizarea de anumite servicii. Deoarece plata se bazează pe îndeplinirea minimă a responsabilităților (pentru a-și menține postul), unii susțin că acest mecanism creează stimulente pentru reducerea eforturilor în timpul muncii.

9.4.6. PLATA DUPĂ TIMPUL LUCRAT

Plata după timpul lucrat este un mecanism de plată, prin care un furnizor primește o anumită sumă de bani pentru fiecare oră de lucru pentru organizație. Ea poate fi folosită numai pentru remunerare. Deși, de regulă, plata pe oră este stabilită în prealabil, plata totală depinde de numărul de ore lucrate. Stimulentele sunt similare cu cele ale salariului, cu excepția faptului că plata este mai mult legată de timpul petrecut la lucru.

Principalele consecințe ale diferitor mecanisme de plată

Diferite mecanisme de plată creează diverse stimulente pentru comportamentul celor, care sunt plătiți. *Tablelul 62* rezumă câteva dintre constatările referitoare la răspunsul furnizorului la stimulente induse de mecanismele de plată, precum și principalele probleme, care trebuie avute în vedere atunci când se folosesc anumite mecanisme.