

Sisteme europene de participare la finanțarea serviciilor de sănătate

European systems of participation in financing health services

CONF. DR. DOINA DRĂGĂNESCU, PREP. DRD. I.B. DUMITRESCU

Disciplina de Fizică și Informatică, Facultatea de Farmacie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

REZUMAT

Modul în care este structurat sistemul de sănătate al unui stat este determinant pentru funcționarea acestuia și implicit pentru starea de sănătate a națiunii respective. În Uniunea Europeană există mai multe moduri în care problema asigurării sănătății populației a fost rezolvată, fiecare dintre acestea prezentând anumite avantaje, dar și costuri suplimentare. Am analizat în lucrarea de față sistemele de sănătate din mai multe țări pe baza unor criterii care să țină cont de calitate, eficiență și acceptabilitate, pe de o parte, și echitate pe de altă parte.

Cuvinte cheie: sisteme de sănătate, finanțare, asigurarea sănătății.

ABSTRACT

The modality in which a health system of a country it is structured is very important for its functionality and by default for the health status of that nation. In European Union there are many ways in which the problem of health securement was solved for the population of a country, each way presenting several benefits, but also additional costs. We analysed in this work the health systems from different countries using the following criteria: quality, efficiency and acceptability on one way and equity on the other.

Key words: health systems, financing, health securement.

Uniunea Europeană a avut ca punct de plecare Comunitatea Economică Europeană, fondată în 1957, în urma tratatului de la Roma, cu o componență de 6 țări. Astăzi, Uniunea Europeană are în componență 27 de state membre, cu un buget estimat pentru perioada 2007-2013 de 864,3 miliarde Euro și o populație de aproximativ jumătate de miliard de cetățeni.

În cadrul Comisiei Europene este organizat Directoratul General pentru Sănătate și Protecția consumatorului care își propune alinierea legislațiilor naționale privind siguranța alimentelor și a altor produse, drepturile consumatorului și a protecției sănătății populației, pentru a pune la punct o nouă legislație valabilă pe tot teritoriul Uniunii cu scopul de a întări piața internă.

Conform raportului *World Health Report 2000 – Health systems: improving performance* (WHO, 2000), scopul oricărui serviciu de sănătate este obținerea unei stări de sănătate bune a populației, care să răspundă cerințelor acesteia, pe baza unei contribuții financiare corecte.

Interesul pentru modul în care se realizează finanțarea serviciilor de sănătate în țările europene este justificat de dorința de a găsi căi de a îmbunătăți funcționarea sistemului nostru de sănătate, iar cea mai logică modalitate este studiul unor sisteme care funcționează mai eficient decât cel de care beneficiază pacienții din România.

Pentru evaluarea unui sistem de sănătate, a fost propusă o abordare bidimensională, care să țină cont de calitate, eficiență și acceptabilitate, pe de o parte, și echitate pe de altă parte.

Adresă de corespondență:

Conf. Dr. Doina Drăgănescu, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Str. Traian Vuia, Nr. 6, București

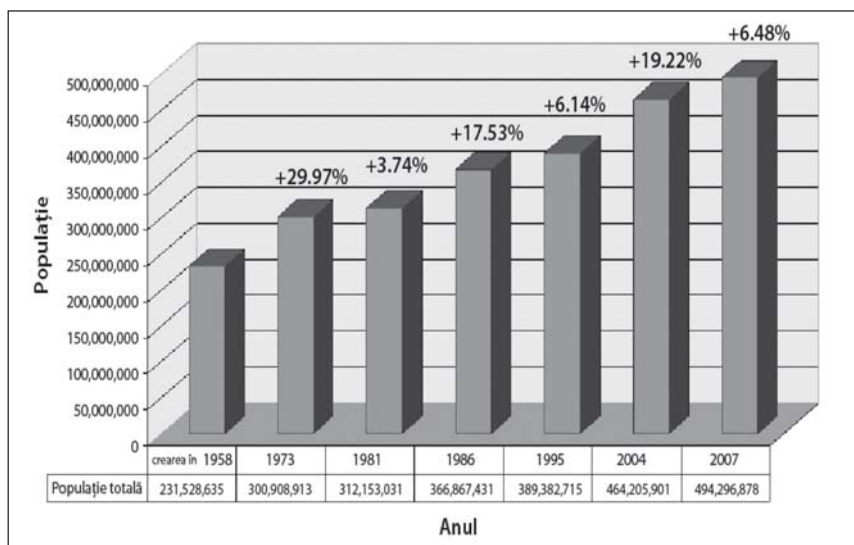


Figura 1. Creșterea populației Uniunii Europene în timpul procesului de integrare

Modalitățile existente actual pentru finanțarea sistemelor de sănătate se pot clasifica astfel:

1. plăți directe nerambursabile;
2. taxe;
3. asigurări sociale de sănătate;
4. asigurări private de sănătate;
5. donații sau asigurări de sănătate comunitare.

Cea mai mare parte a statelor folosesc la nivel național un sistem combinat al celor cinci modalități, beneficiind însă preponderent de finanțare publică, prin sistemul de securitate socială și/sau din fonduri publice.

De exemplu, în Portugalia, cea mai mare parte a fondurilor necesare sistemului de sănătate provin din taxe, iar în state precum Germania și Franța este, funcțional, un sistem cu mai mulți participanți. Marea Britanie, Italia și Spania au eliminat complet sistemul de asigurări și au ales să susțină sistemul de sănătate direct din taxe.

Fondurile private de sănătate pot proveni fie din contribuții personale pentru serviciile care nu sunt subvenționate, pot fi plăți directe ale pacienților sau finanțate prin asigurarea personală sau cea subvenționată de angajatori. Toate țările din Uniunea Europeană precum și alte țări europene oferă cetățenilor acestora Cardul European de Asigurare de Sănătate, care, pe baza reciprocității, asigură gratuitate pentru tratamente medicale de urgență pentru cei care se află în vizită pe teritoriul acestor țări.

Un raport al Organizației Mondiale a Sănătății din anul 2000 a publicat un top al primelor 190 de sisteme de sănătate din lume, în care pe primul loc se afla sistemul de sănătate din Franța, iar pe ultimul loc la nivel european se afla cel din Rusia (pe locul 130), iar din Uniunea Europeană este cel din Letonia, pe locul 105.

Prezentăm în fig. 2 distribuția globală pe baza eficienței sistemelor de sănătate așa cum a fost prezentată în raportul Organizației Mondiale a Sănătății:

Se observă că în Europa sunt cele mai multe state cotate ca având cel mai înalt nivel al performanței sistemelor de sănătate. În ciuda acestui fapt, cheltuielile pentru serviciile din domeniul sănătății suportate de stat sunt foarte mari. Ca urmare, în anul 2007 a fost realizat de către Haute Autorité de Santé un studiu al sistemelor de sănătate din șase state considerate ca având un nivel aproximativ apropiat atât în privința veniturilor populației, cât și al calității serviciilor de sănătate oferite. Prin acest studiu s-a urmărit definirea pentru fiecare afecțiune de pe lista de boli cronice a condițiilor medicale ce permit scăderea cheltuielilor, fără a se ține seama de gravitatea afecțiunii și de prognostic. S-a constatat că performanțele obținute nu erau coroborate cu sistemul utilizat în aceste țări, deoarece în Germania și Belgia există sistemul bismarckian de asigurări de sănătate, în Olanda, Elveția și Italia predomină asigurările private, iar în Suedia, sistemul de sănătate este complet descentralizat (Tab. 1).

Cheltuielile pe cap de locuitor în cele șase state variază de la 631 Euro în Belgia, la 211 Euro în Olanda (Fig. 3).

În studiu au fost utilizate patru criterii principale de includere a unor manevre de îngrijire în sistemul celor finanțate de asigurări: necesitatea, eficacitatea, costul, raportul cost-eficacitate. Mecanismele de participare financiară fiind coplata (sumă fixă), franciza (când cheltuielile sunt mai mari decât suma ce reprezintă franciza, pacientul suportă integral cheltuielile pentru serviciile de sănătate solicitate), tichetul moderat (pacientul achită o parte din cost) și tariful de referință (asiguratorul plătește o sumă

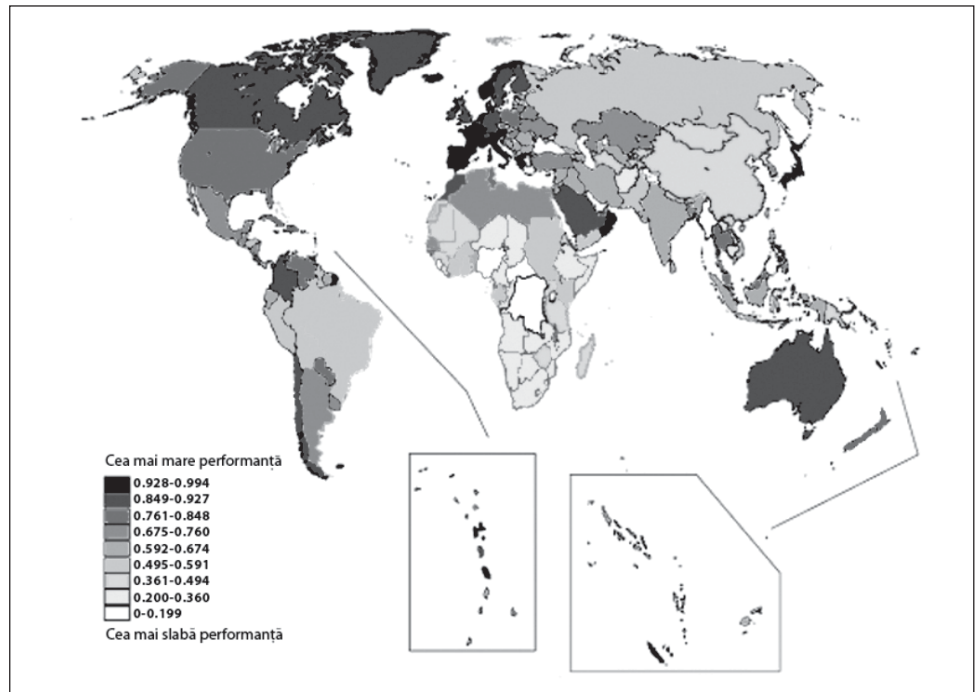
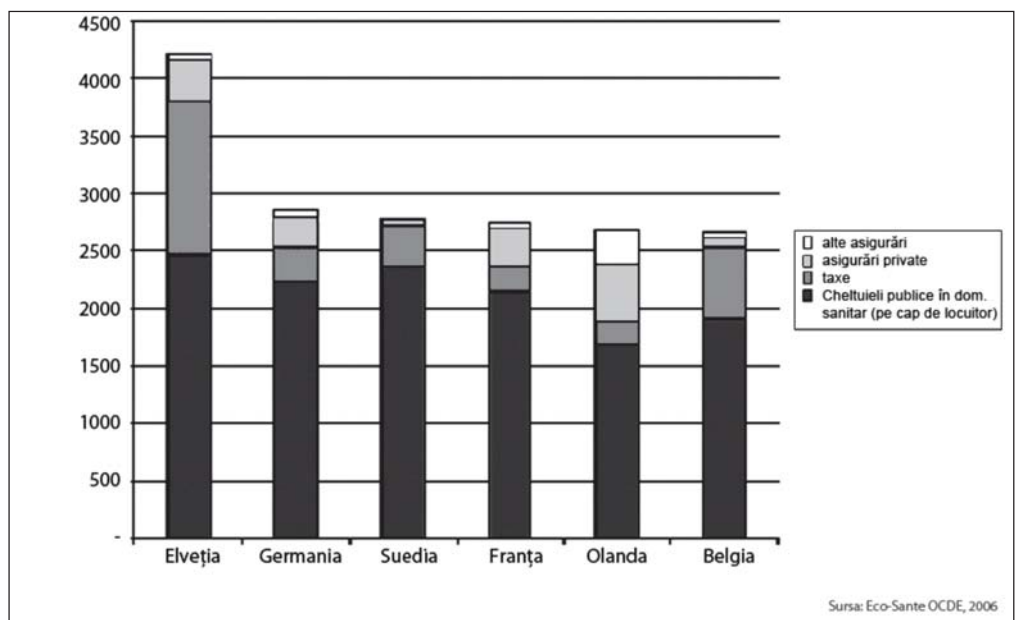


Figura 2. Distribuția globală a performanței sistemului de sănătate (191 State membre, OMS estimări din anul 1997)

Tabelul 1. Studiul a avut în vedere cadrul demografic și economic al acestor state

Cadrul demografic și economic					
	Populația totală (mii de persoane)	Procentul populației peste 65 de ani	Speranța de viață a femeilor	Speranța de viață a bărbaților	PIB pe cap de locuitor (Euro)
Germania	82491	18%	81.0	75.7	26860
Belgia	10421	17%	82.4	76.5	27644
Franța	60200	16%	83.8	76.7	27381
Olanda	16282	14%	81.4	76.9	30011
Suedia	8994	17%	82.7	78.4	31529
Elveția	7390	15%	83.7	78.6	39419

Sursa: Eco-Sante OCDE, 2006



Sursa: Eco-Sante OCDE, 2006

Figura 3. Cheltuieli în domeniul sanitar pe cap de locuitor (Europa)

fixă, pacientul plătește diferența). În aceste state sunt prezentate în proporție diferită (Tab. 2).

Concluzia studiului este că în aceste state, pacienții participă la finanțarea sistemului de sănătate, cheltuielile acestora fiind plafonate. Valoarea plafonului fiind element de evaluare a participării financiare echitabile, influențează piața asigurărilor medicale și definește domeniul asigurărilor complementare.

Prezentăm în continuare modul în care este structurat sistemul de sănătate și cum are loc finanțarea acestuia în câteva state europene.

În Finlanda predomină serviciile medicale publice, guvernate local, cele private fiind prezente într-o proporție de 14%. Fondurile provin 78% din taxe, 20% de la pacienți, guvernul alocând la nivelul anului 2005 7,5% din PIB. Pacienții plătesc sume fixe pentru consultațiile medicale (11 Euro/vizită la cabinetul medical, 22 Euro/vizită pentru tratamentele intraspitalicești, iar la internare 26 Euro/zi în prima zi și 12 Euro/ zi în perioada următoare), cheltuielile efectuate de un pacient pe an depășind 590Euro. Pentru serviciile farmaceutice pacienții sunt parțial rambursați.

Franța are sistemul de sănătate considerat de Organizația Mondială a Sănătății în 2000 ca fiind cel mai performant din lume și are la dispoziție 11,2% din PIB. Sistemul se bazează pe securitatea socială (care cuprinde organizații publice, cu bugete separate care rambursează pacienții indiferent de sistemul în care au beneficiat de servicii medicale) care asigură 70% dintre serviciile medicale și 100% în cazul maladiilor grave. Din 2002 a fost introdusă în Franța asigurarea universală de sănătate.

Irlanda are abia din anul 2005 un sistem organizat la nivel național de sănătate, care are alocată o sumă egală cu 8,2% din PIB. Prin acest sistem, toți rezidenții beneficiază de servicii publice de sănătate, bazate pe contribuții generale, cardul european de asigurări medicale este gratuit, iar plățile suplimentare sunt solicitate în funcție de venit, vârstă, afecțiune. Medicamentele sunt gratuite sau se plătesc până la maximum 90 Euro/lună.

Italia are un sistem public de sănătate care acoperă tratamentele și medicația asiguraților, precum și intervențiile chirurgicale, consultațiile medicului de familie, ale pediatrului, tratamentele dentare. Suma alocată guvernamental a fost la nivelul anului

Tabelul 2

Mecanismele participării financiare					
	Ingrijiri în spital	Consultații medici generaliști	Consultații medici de specialitate	Medicamente	Francize și Servicii
Germania	Coplată: 10€ pe zi	10€ pe trimestru	0 dacă există trimitere din partea unui medic generalist	5€ + Tichet 10% (până la 55€) Preț de referință	Nu
Belgia	Coplată: 28€ la internare, apoi 13€ pe zi	Tichet 30%	Tichet 40%	Tichet de la 0 la 80%	Nu
Franța	Coplată: 16€ pe zi + Tichet 20% dacă costul actului medical este mai mic de 91€ sau coplată de 18€ dacă costul este mai mare de 91€	Tichet 30% + între 1 și 2,5€ la fiecare consultație	Tichet 30% + între 1 și 2,5€ la fiecare consultație	Tichet de la 0 la 85% Preț de referință	Nu
Olanda	0	0	0	Preț de referință	De la 0 la 500€
Suedia	Coplată 9€ pe zi	Coplată între 11 și 17€	Coplată între 22 și 34€	Franciză 100€, apoi Tichet până la 478€ costuri cumulate	Nu
Elveția	Coplată, 6,2€ pe zi	Tichet 10%	Tichet 10%	Tichet 10% sau 20%	De la 187€ la 1543€

2005 de 8,9% din PIB și a finanțat 76% din cheltuieli.

Olanda are un sistem dual de asigurare a sănătății: asigurări de stat, pentru tratamente îndelungate, cu spitalizare semipermanentă, asigurări private, care constau într-o asigurare obligatorie (ce constau într-un pachet de servicii definite, peste o anumită valoare a veniturilor), serviciile de bază fiind asigurate pentru o valoare de bază (de 100 Euro), indiferent de vârstă, status. Fondurile sunt asigurate în proporție de 50% de angajator, 45% asigurat și 5% de guvern. Noul sistem de asigurări are caracter privat, cu limitări publice, în care toți cetățenii sunt obligați să aibă asigurare de sănătate, iar asiguratorii sunt obligați să accepte pe oricine, indiferent de vârstă, sex sau stare de sănătate. În acest sistem, pacienții au o responsabilitate financiară crescută, specific sistemului olandez fiind faptul că acei pacienți care nu au beneficiat de servicii medicale în anul anterior pot cere returnarea unei sume de 255 Euro.

În Marea Britanie, fiecare din cele patru țări componente are sistem de asigurare a sănătății separat. Serviciile primare sunt gratuite, asigurate prin sistemul medicilor de familie și serviciile spitalicești și accesibile tuturor rezidenților permanenți. Medicamentele sunt gratuite pentru pacienții până la 16 ani și pentru adulți peste 59 de ani. Din aprilie 2008, a fost introdusă o taxă pentru fiecare rețetă, cu valoare diferită: Anglia – 2,10£, Irlanda de Nord - 6,85£, Scoția 5 - £, în Wales fiind gratuită. Serviciile medicale din centrele medicale guvernamentale sau la cabinetul medicului curant sunt gratuite, cu plată fiind serviciile de specialitate, serviciile farmaceutice, serviciile legate de curele de sănătate, reabilitarea din centre extraspitalicești.

Slovacia are un sistem de sănătate finanțat în proporție de 100% din fonduri publice, și are o structură destul de complexă, bazată pe infrastructura pe care a avut-o până în 1989.

Sistemul foarte liberal de eliberare a medicamentelor din această țară a determinat un exces al consumului de medicamente, care nu a putut fi susținut integral din fondurile existente.

Cehia are un sistem de sănătate finanțat în proporție de 92% din fonduri publice și 8% din fonduri private. Ca o soluție a problemelor legate de cheltuielile din ce în ce mai mari legate de asigurarea sănătății, s-a hotărât crearea unui sistem separat pentru plățile necesare tratării pacienților în ambulator și separat pentru bolnavii spitalizați, realizându-se în acest mod un control al cheltuielilor necesare pentru aceștia din urmă.

Sistemul de sănătate din Grecia este caracterizat de un consum foarte ridicat de medicamente, cauza acestuia fiind prescrierea excesivă de antibiotice și lipsa unor studii de cost-eficiență a consumului. Este primul sistem de asigurare a sănătății european pentru care în raportul Organizației Mondiale a Sănătății este menționată existența plăților neoficiale către medici, în special chirurghi, cu scopul de a obține o calitate crescută a serviciului, preluarea peste rând sau o atenție specială din partea doctorului. Valoarea acestora este estimată până la aproximativ jumătate din cheltuielile totale pentru sănătate.

În România, în planul strategic al Ministerului Sănătății Publice 2008-2010 sunt menționate ca obiective generale creșterea ponderii îngrijirilor la domiciliu, a asistenței medicale primare și a serviciilor de specialitate acordate în ambulator, informatizarea sistemului de servicii de sănătate și urmărirea parcursului pacientului, creșterea ponderii de informare, educare și comunicare cu pacientul pentru prevenirea afecțiunilor cronice netransmisibile/schimbarea de comportament a populației către un comportament sănătos.

Pentru obținerea unui raport cost-eficiență cât mai bun în sistemul nostru sanitar a fost realizat un proiect pilot prin care s-au calculat costurile per pacient, pe baza înregistrării electronice la nivel de pacient și gruparea acestora în grupe de patologie. Din anul 2000, acesta a devenit un program național, care în 2004 era introdus în 185 de spitale. Din anul 2007, se are în vedere îmbunătățirea sistemului de clasificare în grupe diagnostice pe baza particularităților locale și introducerea unor mecanisme de ajustare a finanțării în funcție de tipul spitalelor și de zona geografică. În anul 2008, a fost introdusă o nouă reglementare pentru furnizorii de servicii medicale/medicamente o valoare de contract și o clauză contractuală nouă care specifică: „Efectuarea de servicii medicale peste prevederile contractuale se face pe proprie răspundere și nu atrage nici o obligație din partea casei de asigurări de sănătate cu care s-a încheiat contractul“.

Ceea ce trebuie să reținem este faptul că sistemele de ocrotire a sănătății sunt gândite pentru a răspunde necesităților de întreținere a stării de sănătate a populației și că există la nivel mondial o varietate relativ mare a sistemelor de sănătate. În unele țări, sistemele de ocrotire a sănătății nu au o funcționare organizată, pe baza unei planificări, în timp ce în altele, acestea sunt rezultatul unor eforturi concertate ale guvernului, sindicatelor, asociațiilor de binefacere sau religioase, cu scopul de a pune la dispoziția populației acele servicii de sănătate de care este nevoie.

BIBLIOGRAFIE

1. Direction de la Sécurité Sociale. L'assurance maladie complémentaire: comparaisons internationales. Paris: DSS; 2003.
2. **Schreyogg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R.** – Defining the “Health Benefit Basket” in nine European countries. Evidence from the European Union Health BASKET Project. *Eur J Health Econ* 2005;6(Suppl):S2-10.
3. **Thomson S, Mossialos E, Jemai N.** – User charges for health services in the European Union: report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission. *London: London School of Economics and Political Science*; 2003.
4. WHO Regional Office for Europe health for all database, October 2004
5. WHO Regional Office for Europe health for all database, January 2005
6. WHO Regional Office for Europe health for all database, 2006
7. http://www.cnas.ro/pdf/rptcnas/RAP_CNAS_2007.pdf