FINANȚAREA SECTORULUI SĂNĂTĂȚII. HAZARDUL MORAL- O PROBLEMĂ COMUNĂ A FINANȚĂRII BAZATĂ PE ASIGURĂRILE DE SĂNĂTATE

LADAR CALIN
UNIVERSITATEA DIN ORADEA
ORADEA, STR. ADY ENDRE, Nr.57
TEL: 0722/665011
ladarcalin@yahoo.com

Financing the health sector is the crucial factor in organizing and functioning of any healthcare system. The choice of the financing method is a difficult task for those who establish the healthcare patterns. In every country, the policy of healthcare is generally close related to the ways of financing the health services.
A market lacking in healthcare practice in which consumers pay directly the supplier for the treatment is, usually, an inefficient and inequitable way of allotting resources due to the special characteristics of the healthcare markets.

1. Principiile fundamentale ale finanțării serviciilor de sănătate

Finanțarea sectorului sănătății este "factorul crucial" pentru organizarea şi funcționarea oricărui sistem de îngrijiri de sănătate. Alegerea metodei de finanțare a îngrijirilor de sănătate este o sarcină dificilă pentru cei care formulează politica îngrijirilor de sănătate În orice țară în general, politica îngrijirilor de sănătate este strâns legată de modalitatea de finanțare a serviciilor de sanatate.

1.1 Piața privată

O piață privată de îngrijiri de sănătate în care consumatorii plătesc direct furnizorului pentru tratament este, de obicei, o modalitate ineficientă şi inechitabilă de alocare a resurselor datorită caracteristicilor speciale ale pieţelor de îngrijiri de sănătate. Concurența acerbă, asimetria informațională, existența externalităților şi eterogenitatea îngrijirilor de sănătate sunt numai câteva dintre cauzele care conduc la eşecul pieței serviciilor de sănătate ca piața liberă. Eşecul pieței îngrijirilor de sănătate este unul dintre motivele pentru care, în majoritatea țărilor, finanțarea serviciilor de sănătate (majoritatea mecanismelor, metodelor) nu s-a materializat prin plata directă a pacientului către furnizorul de îngrijiri de sănătate, ci prin terțul plătitor (cumpărătorul de servicii medicale).

1.2 Terțul plătitor/cumpărător al serviciilor medicale pe piață

Principiul fundamental de finanțare prin intermediul terțului plătitor/cumpărător este următorul: indivizii plătesc cumpărătorului în mod regulat o anumită sumă de bani (chiar dacă în acea perioadă nu foloseşte servicii de sănătate). Când indivizii primesc serviciile

medicale, plata pentru furnizorul de îngrijiri se face prin terțul cumpărător, din fondurile colectate de-a lungul timpului.

Finanțarea prin intermediul terțului plătitor/cumpărător înseamna o asigurare împotriva riscului de îmbolnăvire, având ca bază caracteristicile oricărui tip de asigurare. Există riscul să apară un eveniment (în cazul nostru o boală, cu riscul asociat de boală), iar costurile mari asociate să înlăture consecințele acestui eveniment. Finanțarea serviciilor de sănătate de către terțul plătitor, realizarea unui plan de asigurare, diminueaza riscul financiar individual prin distribuirea acestuia tuturor participanților la planul de asigurări de săntate.

Este posibil ca finantarea prin tertul platitor sa influenteze riscul individual de boala. Aceasta daca ar fi stimulat consumul de servicii de sanatate preventive, iar riscul de aparitie a unei boli cu un consum ridicat de resurse ar fi mai redus.

Astfel putem vorbi despre transformarea unei asigurări împotriva bolii într-o asigurare de sănătate care nu încearcă numai să acopere riscul financiar, dar şi să reducă riscul de îmbolnăvire prin stimularea unui comportament care are drept țintă menținerea-întreținerea stării de sănătate.

Pe scurt, motivele pentru care indivizii recurg la asigurări de sănătate sunt următoarele:

- Cererea de îngrijiri de sănătate este incertă, este imposibil de determirat riscul individual de îmbolnăvire. De aceea indivizii nu ştiu când vor avea nevoie de îngrijiri de sănătate şi în ce cantitate; astfel încât pentru ei este greu să facă ipoteze privind suma necesară pe care trebuie să o economisească pentru ca să plătească serviciile de sănătate consumate.
- Cheltuielile necesare pentru plata anumitor servicii de sănătate pot avea, în majoritatea cazurilor, consecințe catastrofale pentru bugetul familiei.

Schema plătitorului/cumpărătorului terțiar şi fluxul financiar în modalitatea de finanțare descrisă mai sus este prezentată în Figura 1.

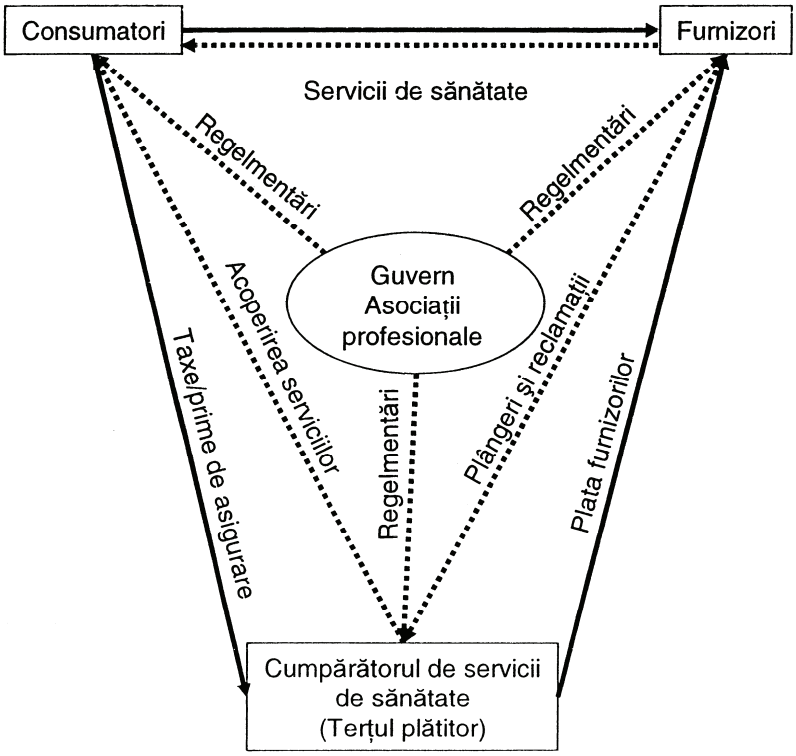

Figura 1.

Solidaritatea dintre oameni permite funcționarea asigurărilor sociale de sănătate. Solidaritatea este definită drept un sentiment care determină indivizii să se ajute reciproc(definiție din Dicționarul explicativ al limbii române, 1996). Toți cei care decid să se înscrie într-un sistem de asigurări împotriva îmbolnăvirilor trebuie să contribuie cu o anumită sumă de bani la această asigurare. lar cei ce se îmbolnăvesc vor beneficia de acoperirea în comun a cheltuielilor lor. Acesta este primul nivel de solidaritate între cei care s-au îmbolnăvit şi cei care nu sunt bolnavi, şi apare în orice asigurare de sănătate. Dar, la baza acestei solidarități se află incertitudinea privind riscul de îmbolnăvire şi speranța că, în cazul îmbolnăvirii, cheltuielile pentru serviciile de sănătate vor fi acoperite din sumele colectate de la toate persoanele asigurate nu din propriul buzunar.

2. Hazardul moral: o problemă comună a asigurărilor de sănătate

O problemă obişnuită a oricărei finanțări bazată pe asigurarea de sănătate este *hazardul moral.* Acest fenomen apare în cazul unui consum excesiv de servicii de sănătate, deoarece pacienții nu trebuie să plătească nimic în momentul în care intră în contact cu furnizorii(când primesc îngrijiri de sănătate).

Există un hazard moral în dimensiunea client/pacient care are două componente:

1. Clienții/pacienții au tendința de consum excesiv de servicii de sănătate fiindcă nu plătesc direct pentru îngrijiri în momentul consumului (efectul prețului scăzut). Această componentă reflectă faptul că majoritatea persoanelor asigurate nu consideră asigurarea fiind o modalitate de protecție împotriva riscurilor financiare. Ei doresc să existe un echilibru între plăți şi beneficii, să obțină unele servicii din contribuția lor, chiar dacă acestea nu sunt într-adevăr necesare.

2. Cealaltă componentă este materializată prin tendința de a avea un mod de viață mai riscant, ştiind că, în caz de îmbolnăvire, nu mai trebuie plătit nimic (efectul de substituție). Această componentă reflectă faptul că datorită unei forme de asigurare, scade interesul individului de a avea un risc mai mic de îmbolnăvire.

2.1 Metodele clasice de atenuare a hazardului moral al consumatorului sunt:

Reglementări privind accesul la serviciile de îngrijiri de sănătate. Acestea se referă cel mai frecvent la limitarea accesului direct la serviciile spitaliceşti costisitoare, prin trimiterea de la medicul de familie (generalist). În acest mod putem vorbi de rolul acestor medici de "reglementare" a accesului la îngrijirile primare de sănătate (filtru).
Limitarea numărului de servicii de sănătate, în special al vizitelor la medici. După depăşirea unui anumit număr de consultații (nu pentru boli cronice), pacienții trebuie să plătească serviciile primite.
Introducerea unor *co-plăți.* Aceasta înseamnă că pacientul trebuie să contribuie din punct de vedere financiar la plata îngrijirilor de sănătate primite. Co-plățile pot fi de diverse forme:
co-asigurări, când pacientul plăteşte o parte din cheltuielile în costurile îngrijirilor primate;
deductibile – este o sumă fixă de bani plătită de către pacient înainte ca societatea de asigurare să facă orice plată în contul furnizorului;
stabilirea unei *limite maxime* a beneficiilor plătite, după care pacientul trebuie să plătească "din buzunar".
Atunci când sunt introduse co-plățile, trebuie să luăm în considerare flexibilitatea cerințelor unui serviciu de sănătate în comparație cu prețul lui, deoarece co-plățile sunt eficiente numai în cazurile în care se remarcă o mare flexibilitate. Co-plățile pot limita unele cerințe inutile, dar există riscul de limitare a accesului acelor persoane ce nu îşi pot permite aceste co-plăți. Alte posibilități sunt:

a) scăderea contribuției pentru asigurare pentru persoanele care nu solicită un anumit tip de servicii într-o anumită perioadă de timp;
b) educarea persoanelor asigurate şi explicarea faptului că solicitările pentru serviciile de sănătate neesențiale vor fi reflectate fie în creşterea contribuției pentru asigurări, fie în micşorarea pachetului de servicii.

De asemenea, *există hazardul moral în dimensiunea fumizorului:* furnizorul induce pacientului cererea crescută pentru servicii de sănătate, ştiind că pacientul nu plăteşte nimic în mod direct (fenomenul de cerere indusă). Acest fenomen apare în special în sistemele în care fumizorii sunt plătiți per serviciu de sănătate furnizat. Pentru a-i diminua, pot fi adoptate anumite metode de plată pentru furnizori care descurajează astfel de comportamente (metode de plată cum ar fi salariile, capitația etc.).

Terțul plătitor/cumpărător îşi asumă riscurile financiare asociate costurilor serviciilor acordate pacientului de către furnizor. Dacă nivelul de plată al furnizorului este mai ridicat decât nivelul venitului (bani) din contribuție, soluția cea mai simplă este creşterea contribuței la asigurări. Aceasta înseamnă că, în final, riscul financiar cumulat este încă suportat de pacient, deoarece o contribuție mai mare trebuie să fie plătită în ani consecutivi.

2.2. Metode clasice de finanțare a serviciilor de sănătate

În schema de asigurare în care este implicat terțul plătitor/cumpărător apar două fluxuri financiare:

1. Colectarea fondurilor prin intermediul plătitorului terțiar (fondurile care sunt necesare pentru plata serviciilor de îngrijiri de sănătate);

2. Alocarea sumelor colectate prin intermediul terţului plătitor/cumpărător furnizorilor de servicii de sănătate.

Primul flux financiar este, de fapt, cel care determină modul de finanţare a sistemului de îngrijiri de sănătate; în fapt, alternativele de finanţare a serviciilor de sănătate derivă din modul în care fondurile sunt colectate în cadrul unei scheme din care face parte terţul plătitor. Este de la sine înţeles ca, la prima alternativă de finanţare (plata directă), nu există decât un flux financiar: de la pacient către furnizorul de servicii de sănătate.

În funcţie de modul de colectare a fondurilor, dar şi de organizare a terţului plătitor, există mai multe tipuri distincte de sisteme clasice privind finanţarea serviciilor de sănătate:

- asigurarea privată de sănătate;
- asigurarea socială de sănătate;
- impozitarea generală;
- impozitarea unor sume distincte(taxe destinate în mod special îngrijirilor de sănătate).

Alte noi metode de finanţare sunt competiţia administrată (supravegheată), îngrijirile administrate, conturile îngrijirilor de sănătate etc.

Fiecare din aceste metode reflectă un tip diferit de asigurare de sănătate, dar există particularităţi care le fac să fie distincte, şi care determină modul în care ele abordează (şi rezolvă) problema riscului. Prezentarea diverselor tipuri de finanţare a îngrijirilor de sănătate s-a bazat pe consecinţele riscului de îmbolnăvire şi ale riscului financiar.

Bibliografie:

1. **C. Tulai –** *Opţiunea fiscală şi pericolul fiscalităţii excesive.* Studia Unversitatis „Babeş-Bolyai“ Cluj NApoca, nr. 1–4, 1991.
2. **C. Ciumaş** – *Economia asigurărilor,* Ed. Casa Cărţii de Ştiinţă, Cluj – Napoca, 2002;
3. **I. Condor** – *Drept fiscal şi financiar,* Editura Tribuna Economică nr. 1996;
4. **P. Tănăsescu –** *Managementul financiar al activităţii sanitare,* Ed. Tribuna Bucureşti, 2001;
5. **D. Enăchescu, M. Marcu** – *Sănătate publică şi management sanitar,* Editura All, Bucureşti, 1998;
6. **C. Vlădescu** – *Managementul serviciilor de sănătate,* Ed. Expert 2000;
7. **I. Văcărel, F. Bercea** – *Asigurări şi reasigurări,* Ed. Expert Bucureşti 1998;
8. **G. Zarcovic, D. Enăchescu –** Probleme privind politicile de sănătate în ţările Europei Centrale şi de Răsărit, Ed. Infomedica, Bucureşti, 1998, p. 258-260;
9. **Coulter A.** – Evidence based patient information. BMJ,1998; 317: 225-226;
10. **Benzeval M., Judge K., Whitehead M. –** *Tackling inequalitires in health* – an agenda for action, King’s Fund, 1995;