

Sisteme de sănătate – finanțare, organizare.

***Curs pentru studenți.
Anul V, Facultatea de Medicina,
UMF "Carol Davila"
An universitar 2016-2017
Disciplina de Sănătate Publică și
Management***





Sistemul de sănătate

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

Scopurile sistemului de sănătate (OMS)



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

Principii care stau la baza sistemelor de sănătate



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

Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (2006/C 146/01)

Principii care stau la baza sistemelor de sănătate (urmare)



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

Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (2006/C 146/01)

Funcțiile Sistemului de Sănătate

GENERAREA RESURSELOR:

- pregătirea forței de muncă
- organizarea facilităților pentru furnizarea serviciilor
- producția de medicamente, materiale, echipamente
- cercetare și dezvoltare

FINANȚAREA, ASIGURAREA MECANISMELOR DE SUSȚINERE ECONOMICĂ:

- colectarea fondurilor
- distribuția și alocarea fondurilor
- Achiziția strategică de servicii (metode de plată a furnizorilor)

FURNIZAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

- preventive
- curative
-
- la nivel individual
- la nivel populațional

STEWARDSHIP-UL /ADMINISTRAREA EFICACE A SISTEMULUI:

- elaborarea politicilor de sănătate
- reglementare și advocacy
- colectare, utilizare informații
- managementul sistemului
- coordonarea cu sistemele sociale și economice
- asigurarea participării, implicării și împuternicirii comunităților
- cooperarea internațională

Modalități de finanțare



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



1. Finantarea de la bugetul de stat

Fondurile sunt colectate la bugetul de stat din:

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

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

AVANTAJ

- Acoperire generală

LIMITE

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

Sistemul Național de Sănătate (modelul Beveridge)



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

Caracteristici:

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



2. Finanțarea prin asigurări sociale de sănătate



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

Finanțarea prin asigurări sociale de sănătate (modelul Bismarck)

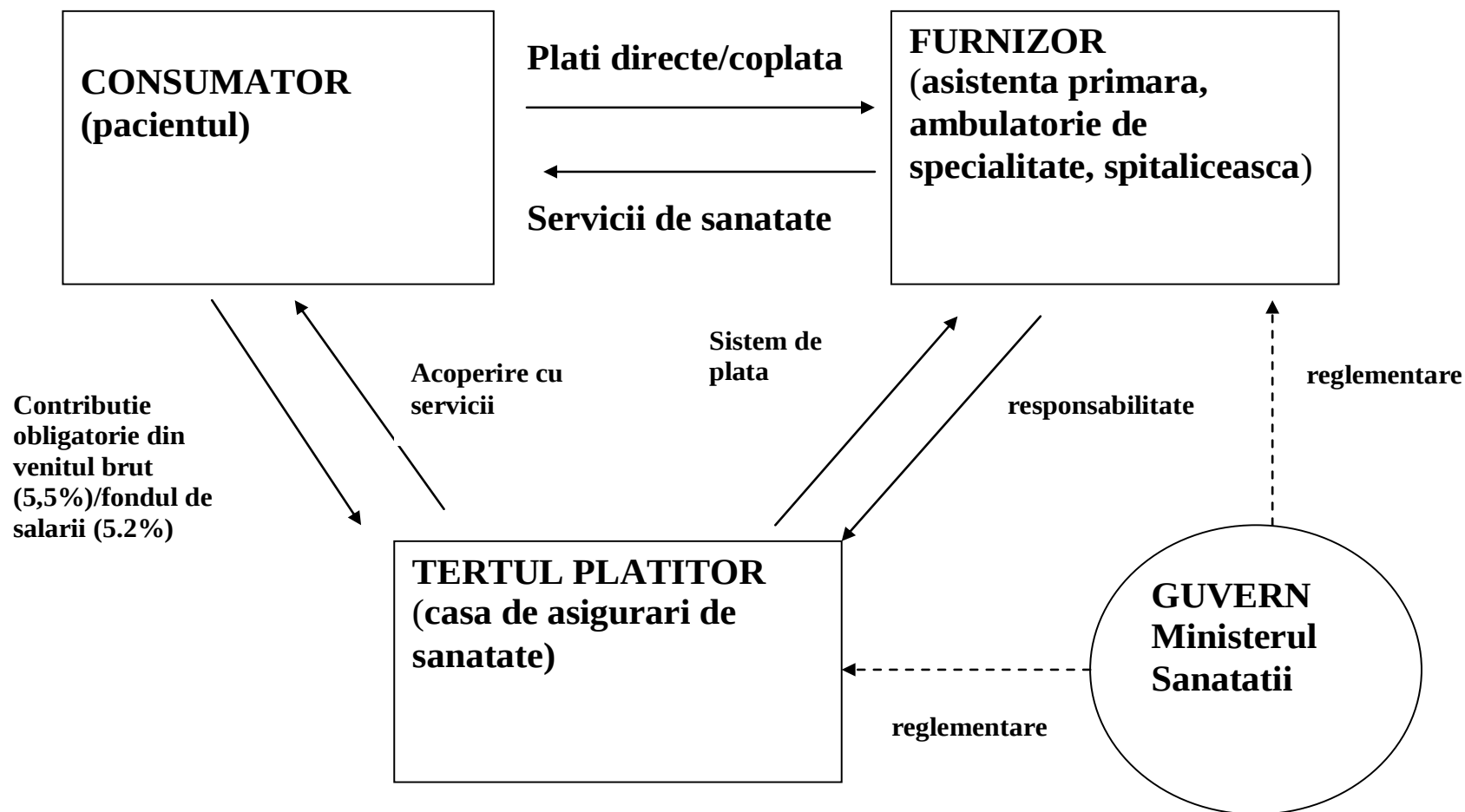


Caracteristici:

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



Sistemul asigurărilor sociale de sănătate - România



Deosebiri SAS față de SNS



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

3. Finanțarea prin asigurări private de sănătate



Asigurarea voluntară de sănătate este operațiunea prin care un asigurător:

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

Asigurările private / voluntare



Tipuri:

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



Asigurările private / voluntare

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

Suma asigurată se poate plăti:

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



4. Finanțarea prin plăți directe

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

Tipuri:

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

Avantaje:

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

Dezavantaje: reducerea consumurilor populației vulnerabile.

5. Finantarea comunitară

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

Modalități de plată

1. MEDICI

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

2. SPITALE

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



1. MEDICI

1.1. Plata "per capita"

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

1.1. Plata "per capita"

Avantaje

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

Dezavantaje

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

1. MEDICI

1.2. Plata per serviciu



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

1.2. Plata per serviciu - avantaje

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

1.2. Plata per serviciu - dezavantaje

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

1. MEDICI

1.3. Salariul

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

Avantaje:

- certitudine,
- predictibilitate.

Dezavantaje:

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

2. SPITAL

2.1. Bugetul global

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

2.1. Bugetul global

Avantaje:

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

Dezavantaje:

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

2. SPITAL

2.2. Plata pe zi de spitalizare

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

2.2. Plata pe zi de spitalizare

Avantaje:

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

Dezavantaje:

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

2. SPITAL

2.3. Plata pe caz rezolvat (DRG)



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

Premisele finanțării prin DRG

- Clasificarea tuturor pacienților externați în grupe DRG (Diagnostic Related Groups).
- Stabilirea de tarife pentru fiecare grupă DRG
- se pot calcula local sau se importă și se ajustează local.
- Bugetul asistenței spitalicești.

2.3. Plata pe caz rezolvat (DRG) Avantaje

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

2.3. Plata pe caz rezolvat

Dezavantaje



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



Reforma serviciilor de sănătate în Europa și România - cadrul legislativ -

La nivel european

- Strategia UE „Împreună pentru sănătate” (2007-2013) sprijină Strategia actuală ”**Europa 2020**” (2014-2020).
- Strategia acționează ca document de referință pentru măsuri întreprinse la nivel european și național, și confirmă că principiile și obiectivele identificate în 2007 vor rămâne valabile și în următorii zece ani, în contextul Strategiei ”Europa 2020”.



La nivel european

Financiar, Europa are nevoie de **investiții inteligente în domeniul sănătății**:

- bugetele sistemelor de sănătate nu trebuie neapărat să fie mai mari, ci să fie cheltuite mai inteligent,
- este nevoie de investiții în sănătate, în special prin intermediul programelor de promovare a sănătății,
- sunt necesare investiții în asigurările de sănătate pentru a reduce inegalitățile și excluziunea socială.



La nivel european

Instrumente financiare disponibile pentru cofinanțarea unor acțiuni concrete:

- Programul de sănătate poate contribui la finanțarea unor proiecte privind promovarea sănătății, securitatea sanitară și informațiile cu privire la sănătate.
- Programul de cercetare poate susține proiecte în domenii precum biotehnologia și tehnologiile medicale.
- Politica de coeziune a UE poate sprijini investițiile în domeniul sănătății în țările și regiunile din UE.

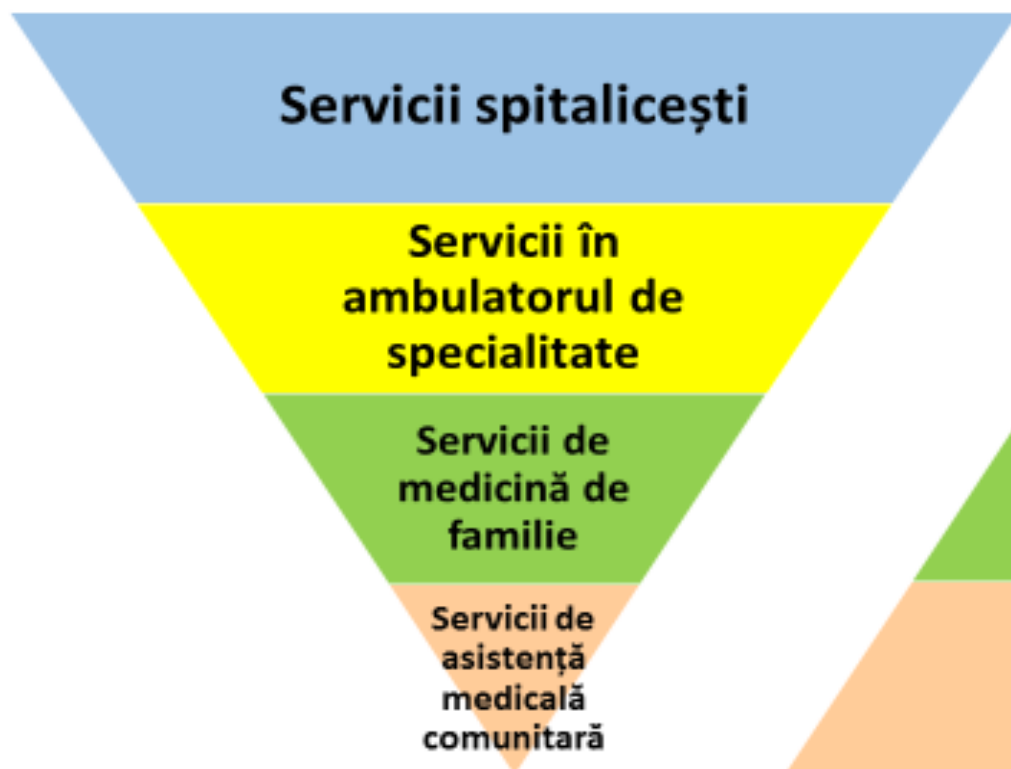
In România

- Hotărârea Guvernului nr. 1028/2014 pentru aprobarea **Strategiei Naționale de Sănătate 2014-2020** și a Planului de acțiuni pe perioada 2014-2020 pentru implementarea Strategiei naționale.
- La momentul actual, structura sistemului de sănătate românesc evidențiază o supradimensionare și o suprasolicitare a serviciilor spitalicești.

In România



Piramida serviciilor 2014



Piramida serviciilor 2020



In România



- Strategia "Sănătate pentru prosperitate" își propune să asigure, gradual până în 2020, o acoperire mai mare a nevoilor de sănătate ale populației prin serviciile de la baza sistemului:
 - servicii de asistență comunitară,
 - servicii de medicină de familie,
 - servicii acordate în ambulatorul de specialitate.