

TENDINȚE ACTUALE A SISTEMELOR DE ASIGURĂRI MEDICALE ÎN DIFERITE ȚĂRI

Doina-Maria Rotaru

Catedra Medicină Socială și Management Sanitar „Nicolae Testemițanu”,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Actual tendencies of health insurance systems from different countries

Improved through times, health insurance contributed to management of different kinds of problems the national health services had faced. Actually they strengthened the financial and technical-material basis of the medical institutions, thus participating in creating adequate conditions for providing high quality health services. The reforms of the health systems through implementation of health insurances within different countries reduced personal costs of the citizens related to the medical assistance and increased the access to qualitative medical services. The majority of countries are at the moment searching the best ways to provide universal medical assistance, to control in an equitable fashion the costs and to improve the efficiency.

Rezumat

Asigurările de asistență medicală, dezvoltate în timp, au contribuit la rezolvarea mai multor probleme cu care se confruntă sistemele naționale de sănătate, îmbunătățind starea financiară și tehnico-materială a instituțiilor medicale, asigurând condițiile necesare pentru acordarea asistenței medicale înalt calitative. Reformele sistemelor de sănătate din diferite țări prin implementarea asigurărilor de sănătate au redus cheltuielile personale ale cetățenilor pentru beneficierea de asistență medicală, au mărit accesibilitatea persoanelor la servicii medicale de calitate. Majoritatea țărilor sunt în căutarea căilor de furnizare a asistenței medicale universale și echitabile, de control al costurilor și îmbunătățire a eficienței.

Actualitatea

În prezent nu există un „standard de aur” de asigurare al accesului universal la asistența medicală, care să fie convenabil pentru toate țările. Fiecare țară dezvoltă și modifică programele de sănătate națională în conformitate cu propriile necesități culturale și resursele disponibile. Totodată există anumite principii de organizare a asistenței medicale, care trebuie învățate de la o țară la alta.

Asigurarea accesului liber pentru toți la asistența medicală a reprezentat și reprezintă principiul de bază al sănătății publice. În secolul XX practic în toate țările înalt dezvoltate au fost implementate sisteme de asigurare cu servicii medico-sanitare a tuturor cetățenilor, aceasta având o importanță majoră pentru sănătatea individului și a populației. Fiecare sistem s-a dezvoltat în contextul politic al țării respective și continuă să se dezvolte în baza experienței proprii și celei internaționale. Guvernele de diferite orientări politice de rând cu companiile de asigurare medicală, furnizorii de servicii medicale sunt preocupate de problemele sănătății publice [14,16].

Echitatea accesului la asistența medicală cu minimalizarea diferențelor inter-regionale și socio-demografice este de o importanță vitală pentru menținerea standardelor înalte ale sănătății publice. Serviciile necesare sunt nu numai acelea pe care le cere pacientul, dar și acele servicii care sunt preocupate de asigurarea sănătății populației în întregime, în special a grupurilor de risc care frecvent sunt inapte de a accesa asistența medicală.

Un program care oferă un acces echitabil pentru toți nu-și poate realiza obiectivul de îmbunătățire a sănătății populației fără susținerea lui prin măsuri guvernamentale de fortificare legislativă a sănătății mediului și celei profesionale, a nutriției, securității produselor alimentare, standardelor calității apei, îmbunătățirii sănătății populației rurale, asigurării unui nivel de educație înalt și furnizării adecvate a informației sanitare publicului general. Responsabilitatea pentru sănătate aparține nu numai profesioniștilor medicali, dar și societății și organelor ei

executive, organizațiilor guvernamentale, precum și individului, familiei și grupurilor de interese [1].

Material și metode

Este îndeplinit un studiu narativ al surselor bibliografice dedicate sporirii gradului de acoperire cu asigurări obligatorii de asistență medicală a populației. Pentru analiză au fost acumulate 27 surse citate.

Studiul efectuat relevă faptul, că accesul individual la coșul esențial de servicii de beneficiu preplătit (spre exemplu, prin intermediul asigurării medicale) este un element absolut necesar pentru succesul unui program național de sănătate. Fiecare țară abordează această problemă în dependență de valorile și tradițiile sale, dar este important ca în evaluarea acestor beneficii să se ia în considerație costul și eficiența acestora pentru satisfacerea necesităților epidemiologice și demografice. Prevenția este o măsură foarte cost-eficientă și trebuie să devină o parte componentă a coșului de servicii prioritare [17, 22].

Sistemele de asistență medicală și finanțarea lor sunt permanent în centrul atenției și presiunilor publicului, nu numai din punctul de vedere al asigurării accesului la asistența medicală pentru toți cetățenii, ci și din cel al necesității implementării noilor tehnologii avansate și al stăpînirii costurilor.

Rezultate și discuții

Sistemele naționale de sănătate reprezintă diferite modele de organizare care pot influența planificarea și organizarea sistemelor sanitare atât în țările dezvoltate, cât și cele în curs de dezvoltare, precum și în țările care-și reformează sistemele sanitare [22].

Fiecare țară are propriul set de măsuri pentru îndeplinirea celor trei obiective de baza ale unui sistem de sănătate: menținerea oamenilor sănătoși, tratarea bolnavilor și costuri decente pentru ca familiile să nu fie obligate la facturi medicale exagerate.

Tradiția de preplătire a asistenței medico-sanitare își are rădăcinile încă în timpurile antice, când medicii municipali, angajați de autoritățile locale acordau asistență medico-sanitară săracilor și sclavilor. În Evul Mediu autoritățile bisericești acordau săracilor o asistență medicală gratuită. În perioada medievală și a Renașterii asociațiile comerciale furnizau servicii medicale preplătite membrilor lor. Aceste asociații ulterior s-au transformat în societăți prietenoase (societăți benevole), programe de beneficii reciproce, care ofereau beneficii medicale, pensii și servicii funerare membrilor lor. În secolul XX aceste organizații au evoluat în uniuni, care sponsorizau companiile private de asigurare medicală [3].

Primul program social de asigurare medicală a lucrătorilor a fost introdus de către Cancelarul Germaniei, Otto von Bismarck. Acest program adoptat era bazat pe principiul asigurării sociale, care presupunea efectuarea plăților regulate la locul de muncă, fiind implicat atât angajatul, cât și patronul, aceste mijloace fiind utilizate pentru acoperirea costurilor medicale, oferirea beneficiilor în caz de concediere și a pensiilor pentru lucrători [10].

Pînă la începutul I-lui Război Mondial în multe țări ale Europei Centrale și de Est au fost implementate programe similare. În perioada interbelică în mai multe țări ale lumii industrializate au fost inițiate programe naționale de asigurare medicală. În Europa în majoritatea țărilor au fost implementate programe bazate pe conceptul bismarckian de asigurare medicală cu finanțarea sistemului de securitate socială de către patroni și angajați, asistența medicală fiind acordată în baza principiului plată pentru serviciu sau finanțată de către fundațiile de asigurări medicale. Modelul bismarckian este și astăzi pe larg utilizat în Europa și Israel. Acest model a influențat și reformele post-sovietice din țările Europei de Est [23].

Asigurarea medicală națională a muncitorilor și familiilor lor a fost introdusă și în Marea Britanie în anul 1911. Medicii generaliști erau salariați sau preponderent remunerați în baza principiului capitației, păstrîndu-și statutul independent. Acest program era administrat prin intermediul societăților de beneficii reciproce sau uneori prin intermediul companiilor de asigurare și a asociațiilor comerciale.

După I-ul Război Mondial țările europene și Japonia treptat au implementat asigurarea medicală obligatorie a populației, obținând acoperirea universală după al II-lea Război Mondial [22].

În Statele Unite ale Americii la mijlocul anilor '60, în pofida dezvoltării sistemelor de asigurare medicală voluntară și la locul de lucru, o mare parte din populația în vîrstă și săracă era lipsită de asigurare. În anul 1965 a fost introdus programul Medicare pentru persoanele în vîrstă (de peste 65 de ani), cu dizabilități și cele ce necesitau dializă, ceea ce a facilitat asigurarea a circa 10% din populație cu o formă limitată de asigurare medicală. Un alt program implementat în SUA în același ani – Medicaid, presupunea finanțarea divizată federală și statală a programelor de asistență medico-sanitară pentru săraci, cu participarea autorităților locale.

Aceste programe au permis includerea a 25% americani în sistemul public de asigurare medicală.

Pentru definirea asistenței medicale din Statele Unite este utilizat termenul de „non-sistem”, care reprezintă un sistem difuz. Încă există inechități sociale și inter-regionale în starea sănătății populației, dar acestea nu sunt cu mult mai mari decît în țările cu un acces universal la asistența medicală. Lipsește accesul universal, iar sistemul de asistență medicală este cel mai costisitor din lume. Diferențele sociale în starea sănătății sunt indicatori care dovedesc faptul, că sistemul sanitar al Statelor Unite încă nu și-a dezvoltat pe deplin potențialul curativ profilactic [2].

Potrivit Biroului american de recensămînt, proporția persoanelor fără asigurare de sănătate era în anul 2008 de 15,4%, adică 46,3 milioane de persoane. Dintre aceștia, circa 10 milioane erau străini cu drept de rezidență în Statele Unite [27].

Această situație a creat premisele inițierii unei reforme a sistemului de sănătate american. Reforma inițiată de Casa Albă în anul 2010 propune crearea unui sistem public al asigurărilor de sănătate, de care ar urma să beneficieze majoritatea americanilor și va permite garantarea unei asigurări medicale pentru 32 de milioane de americani, care în prezent nu beneficiază de acest drept. Obiectivul este ca 95% dintre americanii cu vîrsta de pînă la 65 ani să aibă o asigurare în caz de boală. Cei mai în vîrstă sunt deja protejați prin sistemul de asigurare publică, Medicare. Reforma, care va costa 940 de miliarde de dolari în următorii zece ani, ar urma să reducă deficitul american cu 138 de miliarde de dolari, potrivit Biroului pentru Buget al Congresului și prevede o scădere a cheltuielilor programului de asigurări de sănătate pentru persoanele în vîrstă (Medicare) [24].

Programul național sanitar canadian a asigurat populația cu un acces universal la un set complex de servicii medico-sanitare fără a modifica practica medicală de bază de la practica individuală privată la cea bazată pe plata pentru serviciu [6].

Acest program de sănătate reprezintă un sistem de asigurare medicală provincială, guvernul federal ocupîndu-se de stabilirea standardelor și asistența financiară. Astăzi acest sistem este cunoscut ca Medicare. Acest program a permis asigurarea tuturor canadienilor cu asistență medicală finanțată de stat, în același timp existînd și modele private de asistență medicală. Programul canadian de asigurare medicală s-a confruntat de asemenea cu creșterea vertiginoasă a costurilor serviciilor medicale. La sfîrșitul anilor '90 ritmul de creștere al costurilor asistenței medicale a fost micșorat prin intermediul măsurilor stricte de reducere a asistenței medicale spitalicești. Asigurarea medicală universală a fost implementată fără a reforma serviciile mixte, căile de finanțare a lor, inițial serviciilor preventive acordîndu-se o atenție insuficientă.

Sistemul sanitar canadian a creat cu succes un program național de asigurare medicală universală în America de Nord și este un exemplu viu și reușit de reforme sanitare pe plan internațional.

Însă, acest model are și neajunsuri în special determinate de tendința de a inhiba dezvoltarea modelului privat de acordare a asistenței medicale [15]. În pofida impactului financiar și al necesității analizei economice cu selectarea priorităților, canadienii sunt ferm afiliați la principiul accesului universal și administrării publice a sistemelor sanitare.

Unul din momentele cruciale, care a determinat dezvoltarea Sistemului Național de Sănătate a Marii Britanii a fost implementarea modelului propus de William Beveridge. Principalele caracteristici legate de aspectul financiar al acestui model sunt: populația are acces liber la serviciile de sănătate bazate pe taxele obligatorii din venituri, deci există un grad ridicat de echitate socială; resursele financiare provin din colectarea de taxe pe venituri, iar sistemul este gestionat de către stat; cei care oferă servicii medicale în ambulatoriu sunt angajați ai statului. Plățile către prestatori sunt făcute prin salarii și în funcție de numărul pacienților. Prestatorii de servicii medicale secundare au la dispoziție un buget general.

Cetățenii englezi au acces în mod egal la toate serviciile medicale necesare, indiferent de statutul financiar. Tratatul medical asigurat de un medic este gratuit și nu există taxe adiționale sau co-plăți. Englezii achită o parte a costurilor pentru medicamente, iar o scutire de plată este greu de obținut. Se plătesc extra tratamentul stomatologic și cel oftalmologic. Pe de altă parte, cetățenii din Marea Britanie au libertatea de a alege și asigurări private de sănătate. În anul 2003, 15% din britanici aveau deja o astfel de asigurare complementară, iar tendința este în creștere. În Regatul Unit există și posibilitatea asigurării private totale. Deși persoanele care optează pentru acest tip de asigurări nu folosesc serviciul național, nu beneficiază de reduceri de taxe [26].

Serviciul Național de Sănătate al Marii Britanii include 3 servicii paralele: serviciul spitalicesc cu medici salariați, servicii medicale oferite de medicii generaliști (și stomatologi) independenți cu remunerarea lor în baza principiului capitației și serviciul de sănătate publică cu personal salariat. Serviciile spitalicesc și general sunt gestionate de administrații sau consilii publice, iar cel de sănătate publică – de autoritățile locale. Reformele anilor '90 au inclus introducerea competiției între furnizorii de asistență medicală, dezvoltarea serviciilor medicale comunitare și reducerea în continuare a numărului de paturi spitalicești. Aceste reforme au intenționat să ofere o posibilitate mai mare de alegere pentru pacient și furnizorul de asistență primară, fiind introdusă motivația financiară pentru o asistență medicală eficientă și calitativă. Una din inovațiile majore ale sistemului sanitar din Marea Britanie o constituie împuternicirea serviciilor medicale pentru familie de a administra bugetele deținătorilor de fonduri în asistența medicală primară, realizată prin intermediul achitării serviciilor medicale și a celor spitalicești în baza principiului capitației. Finanțarea Serviciului Național de Sănătate este realizată prin alocații guvernamentale provenite din veniturile impozitare. O mică parte din finanțarea acestui serviciu este asigurată din alte surse, inclusiv plata pentru servicii achitată personal de către consumatori (pentru prescrierea medicamentelor sau servicii stomatologice). În prezent spitalele nu mai sunt finanțate de către Serviciul Național de Sănătate, veniturile lor derivând din serviciile furnizate Autorităților Sanitare, medicilor generaliști deținători de fonduri, sistemului de asigurare medicală privată și pacienților care achită personal costul serviciilor, plata pentru asistența spitalicească fiind achitată în baza grupurilor cu diagnosticuri înrudite (DRG). Aceasta permite spitalelor să funcționeze ca unități economice independente, determinând singure setul necesar de servicii, condițiile de lucru ale personalului și având posibilitatea de a procura alte spitale sau terenuri pentru construcția acestora. Decentralizarea cu delegarea puterii administrative către Autoritățile Sanitare Districtuale a fost obținută prin finanțarea acestora în baza principiului capitației cu rectificarea la factorii de vârstă, sex și mortalitate. Serviciul Național de Sănătate a reușit să asigure accesul universal la asistența medicală pentru toată populația Marii Britanii. El este considerat cel mai cost-eficient [7].

Fiecare sistem sanitar din țările nordice își are propriile caracteristici și grad de progresie a reformelor. Danemarca, Finlanda, Islanda, Norvegia și Suedia au fost liderii mondiali în multiple domenii sanitare publice. Sistemele acestor țări au fost mult influențate de Serviciul Național de Sănătate britanic. Dar, spre deosebire de Marea Britanie, în aceste țări prin intermediul puternicelor organizații guvernamentale regionale și locale au fost decentralizate programele de asistență medicală. Între 50-70% din veniturile sistemelor sanitare din aceste țări provin din impozitele personale vărsate în vistieria administrațiilor regionale sau municipale. Restul cheltuielilor sunt asigurate din veniturile guvernului național (TVA, taxe de acciz, pentru

bunurile imobile, pentru corporații etc.). Mijloacele financiare naționale sunt distribuite sub formă de granturi în bloc cu scop de minimalizare a inechităților inter-regionale cu oferirea granturilor suplimentare pentru învățământul medical. Fundațiile naționale de asigurare achită plata pentru serviciile ambulatorii. Autoritățile municipale finanțează asistența de lungă durată a vârstnicilor. În Finlanda a fost introdusă practica de participare financiară a pacienților în acoperirea cheltuielilor sanitare regionale, care constituie 2-3%. Această participare simbolică la finanțarea asistenței medicale nu are un impact semnificativ asupra bunăstării pacientului, fiind asigurată o prosperitate totală a populației cu un sistem bine organizat de securitate socială [19].

Sistemul de asigurare medicală suedez s-a dezvoltat pe parcursul a mai multor decenii, devenind obligator în anul 1955, acoperind toate cheltuielile pentru asistența medicală spitalicească și ambulatorie de stat sau privată. Asistența medicală este preponderent finanțată de stat, sursele de finanțare fiind asigurate de patroni și guvern, totodată fiind răspîndită și practica de participare a pacientului la achitarea serviciilor medico-sanitare. Reformele curente sunt axate pe îmbunătățirea asistenței medicale primare și reducerea numărului de paturi spitalicești. Aceste reforme au permis contractarea serviciilor de sănătate publică, ceea ce a oferit furnizorilor de asistență medicală primară posibilitatea de a selecta cele mai cost-eficiente. Spitalele în Suedia funcționează ca unități economice aparte, echilibrînd de sine stătător veniturile și cheltuielile și în noile condiții ale economiei de piață fiind într-o competiție permanentă pentru fluxul de pacienți. Instituțiile medico-sanitare publice concurează cu cele private și în unele cazuri procură serviciile de la sectorul privat. Aceasta a contribuit la reducerea timpului de așteptare a intervențiilor chirurgicale și a dus la falimentul spitalelor ineficiente sau cu un nivel inacceptabil de asistență medicală. Responsabilitatea pentru asistența socială de lungă durată a vârstnicilor a fost transferată agențiilor de servicii sociale [18].

Pînă în anii 80 Finlanda dispunea de un număr excesiv de paturi spitalicești. Ulterior, recunoscînd necesitatea limitării asistenței spitalicești și a fortificării asistenței primare, serviciilor preventive și sociale, și a promovării sănătății, politica sanitară a fost modificată. Ca rezultat, numărul de paturi spitalicești este și astăzi în descreștere, fiind micșorată și durata medie de spitalizare, și majorată utilizarea asistenței ambulatorii și la domiciliu.

Reformarea serviciilor de asistență primară în anii 80 a redus spre satisfacția pacienților ineficacitatea acestora, birocrăția și durata de așteptare. Pentru achitarea acestora sunt utilizate principiile capitației și platei pentru serviciu. Reformele finanțării asistenței medico-sanitare au dus la transformarea sprijinului financiar național al serviciilor medico-sanitare municipale în granturi în bloc oferite în baza principiului capitației autorităților municipale, care în prezent sunt responsabile atît de asistența spitalicească, cît și de cea medico-sanitară primară. Aceasta a oferit autorităților municipale o mai mare libertate în echilibrarea serviciilor în comunitate și în redirecționarea resurselor de la serviciile spitalicești la asistența primară. Centrele medico-sanitare locale acordă majoritatea serviciilor medico-sanitare, inclusiv cele de reabilitare și auxiliare. În Finlanda accesul universal la asistența medico-sanitară este garantat pentru toți [9].

Reforma sanitară în Finlanda continuă în direcția decentralizării managementului serviciilor și planificării, și finanțării centralizate.

Țările Europei Centrale și de Vest sînt pionerii implementării programelor naționale de asigurare medicală la locul de muncă, guvernele naționale fiind responsabile de reglarea condițiilor de asigurare, stabilirea prețurilor la serviciile medicale și elaborarea politicilor sanitare. Cel mai răspîndit tip de asigurare medicală este așa-numitul program bismarckian național de asigurare medicală, bazat pe compilarea elementelor de asigurare socială și medicală, introdus în Germania, Franța, Olanda, Belgia, Luxemburg, Austria și Elveția, fiecare program din aceste țări avînd propriile particularități și caracteristici.

În Germania contribuția guvernului la acoperirea cheltuielilor sanitare totale constituie 21%, în timp ce contribuțiile patronilor/angajaților acoperă 60% din aceste cheltuieli, 11% fiind achitate din mijloace personale și 7% de către asigurarea medicală privată. Spitalele sînt plătite în baza principiului de zi de spitalizare. Dacă în anul 1986 în Germania pentru asistența medico-sanitară se cheltuiau 1014 \$ SUA la cap de locuitor (pentru comparație: 1289 \$ în Canada și

1917 \$ în SUA), deja către anul 1996 aceste cheltuieli au crescut pînă la 2233 \$ în Germania, 2065 \$ în Canada și 3898 \$ în SUA [4].

Germania este recunoscută ca fiind una din țările cu cele mai bune sisteme de asistență medicală din lume. Valoarea serviciilor de asigurări reprezintă circa 80% din fondurile cheltuite pentru securitatea socială.

Reforma din sănătate, introdusă de guvern în anul 2007, a prevăzut obligativitatea asigurării medicale a celor care trăiesc în Germania. Contribuțiile la fondurile de asigurare sunt împărțite 50% la 50% între angajator și angajat, independent de opțiunea acestuia (schema de asigurări de stat sau privată). Aproximativ 85% din populație este asigurată (mandatoriu sau voluntar) în cadrul schemei de sănătate publică, în timp ce 15% dintre germani au asigurări private de sănătate. Asigurarea minimă obligatorie cuprinde accesul la cel puțin un spital și la tratament ambulatoriu și trebuie să includă, obligator, tratamentul pentru femeile însărcinate. Costurile în sistemul de îngrijire a sănătății din Germania sunt ridicate, ca urmare a creșterii indicilor demografici, precum și a ratei șomajului.

Prin reformele adoptate recent, guvernul german a încercat să facă spitale cît mai competitive și, prin urmare, să reducă costurile pentru asigurările de stat furnizate de companii precum Gesetzliche Krankenversicherung sau GKV. Asigurările private de sănătate pot fi achiziționate doar în anumite cazuri. În general, acoperă mai multe arii de îngrijire, dar nu sunt, neapărat, mai avantajoase în termeni de costuri. Dacă opțiunea inițială a fost de a avea asigurare de sănătate de stat, nu se mai poate face trecerea la asigurări private, deoarece companiile vor fi obligate să ofere un tarif de bază la aceleași costuri, ca și cele de stat (începînd cu anul 2009) [26].

Asigurările de sănătate reprezintă un pilon al securității sociale franceze. Prin urmare, toate persoanele cu domiciliul în Franța beneficiază de protecție prin asigurare, indiferent de vîrstă, venituri, sex și stare de sănătate (principiul solidarității). Aproximativ 80% din francezi sunt asigurați cu asigurarea de sănătate generală, așa-numitul System général d'assurance maladie.

Asigurarea acoperă riscurile financiare generate de boală, maternitate, invaliditate și deces. Mai mult decît atît, aceasta oferă protecție financiară în caz de accident de muncă și boli profesionale. Așa-numita Couverture maladie universelle (CMU) a intrat în vigoare la 1 ianuarie 2000, cu scopul de a introduce un sistem obligatoriu de asigurări de sănătate dedicate celor care nu au ocupație. Problema în ceea ce privește modelul francez constă în faptul, că veniturile pentru asigurările generale de sănătate sunt dependente de situația economică.

În Franța există și alte asigurări de sănătate în afară de cea generală, destinate persoanelor care desfășoară activități independente, artiștilor și comercianților (3,1%), agricultorilor (4,2%), precum și unor grupuri profesionale ca marinarii, minerii sau persoanele care lucrează în transportul feroviar. Deși Franța are un sistem public de sănătate, acesta nu acoperă toate nevoile pacienților. Astfel, 87% din populație are polițe de asigurare privată complementară. Cele 6500 de companii acoperă peste 7% din cheltuielile totale de sănătate. Asigurarea complementară acoperă costurile totale sau parțiale nerambursate de sistem.

Pe de altă parte, Franța are și un sistem de polițe de asigurare private, diferite de cele complementare. În acest caz, agentul de asigurări își asumă toate riscurile, mai puțin pe cele neacoperite de poliță, de-această dată pacientul fiind cel care trebuie să plătească. Polițele de asigurări private acoperă 12,7% din cheltuielile de sănătate. Sistemul de sănătate francez este al treilea cel mai scump din lume, reprezentînd aproximativ 11% din PIB [26].

Sistemul de asistență medicală din Olanda este finanțat atît din banii publici, cît și de sectorul privat, serviciile medicale fiind acordate de organizații private. Fundațiile de asigurare medicală au fost înființate după principiul localizării geografice, acoperind cu asigurare majoritatea populației. Contribuția angajaților constituie 4,95% și a patronilor – 3,15% din cheltuielile sanitare totale. Medicii sunt plătiți în baza principiului plata pentru serviciu pentru pacienții asigurați privat și în baza principiului capitației pentru pacienții – membri ai fundațiilor de asigurare medicală.

Reforma sanitară în Olanda este axată pe introducerea mecanismelor de piață competitive pentru a le oferi beneficiarilor o mai mare posibilitate de alegere dintre fundațiile și companiile private de asigurare medicală.

Legislația olandeză în materia asigurărilor de sănătate are la bază principiul acordării prestațiilor în natură, conform căruia personalul medical autorizat acordă în mod gratuit îngrijire medicală asiguraților. Prin personal autorizat se înțelege cel care a încheiat convenții cu casele de asigurări. Prin urmare, pacienții nu pot beneficia în mod gratuit, nici în Olanda, nici în străinătate, de îngrijiri medicale din partea personalului care nu a încheiat astfel de convenții cu casele de asigurări olandeze, decât după obținerea prealabilă a unei autorizații speciale. Această autorizație se poate acorda numai dacă se face dovadă, că îngrijirile respective sunt necesare și nu pot fi acordate în timp util de un medic autorizat în Olanda [25].

În Japonia către mijlocul anilor '60 practic toată populația era asigurată medical fie de către patroni, administrația locală sau asociațiile de comerț. Prin 2 legi a fost stabilit mecanismul de asigurare statală a vîrstnicilor și săracilor (32% din toată populația). Asigurarea acestor grupuri vulnerabile este administrată de autoritățile locale și asociațiile de comerț. Serviciul japonez de sănătate este finanțat din contul taxelor pe salarii, mărirea cărora variază de la 3,6 la 4,55% pentru angajați și 4,1-4,7% pentru patroni. Statul acoperă 65% din cheltuielile sanitare totale, în același timp, controlînd prețurile prin intermediul programelor de prețuri obligatorii pentru coșul de servicii medicale [11].

Pînă la introducerea asigurării medicale obligatorii în anul 1993 în Federația Rusă toate beneficiile sociale erau finanțate din bugetul federal. Programul național de asigurare medicală este bazat pe achitarea obligatorie de către patroni a plăților de asigurare în fundațiile regionale de asigurare medicală. Decentralizarea managementului și finanțării serviciilor medicale statale au majorat autonomia sanitară locală și regională. Totodată, mișcarea reformistă este lipsită de o strategie politică sanitară bine determinată de abordare a problemelor sănătății publice. Responsabilitatea pentru elaborarea noilor direcții de dezvoltare a sistemului sanitar aparține autorităților sanitare federale și locale [22].

Israelul a atins standarde înalte de asistență medico-sanitară și indici performanți ai stării sănătății populației.

Asigurarea medicală a fost introdusă în Israel la 01 ianuarie 1995, acoperind toată populația prin intermediul sistemului național de securitate socială. Pentru această asigurare individul achită 3% din salariu cu o contribuție echivalentă a patronului. Asigurarea Națională cuprinde de asemenea persoanele în vîrstă și cu dizabilități. Fiecare familie trebuie să-și aleagă fundația de asigurare medicală, care funcționează după legile organizațiilor de menținere a sănătății. Institutul de Asigurare Națională transferă fondurile fundațiilor de asigurare medicală în baza principiului capitației, alocările financiare pentru vîrstnici și populația din regiunile în curs de dezvoltare fiind mai mari. Implementarea sistemului național de asigurare medicală a permis asigurarea accesului echitabil la serviciile medicale și a redus influențele politice asupra sistemului sanitar. Totodată, serviciile de asistență medicală primară sunt încă separate de instituțiile preventive și de tratament comunitar orientat, iar fundațiile de asigurare medicală acordă o atenție insuficientă măsurilor preventive [13].

În România, sistemul asigurărilor sociale de sănătate a fost introdus prin Legea nr.145/1997, renunțîndu-se astfel la modelul de finanțare de către stat a sistemului sanitar și adoptîndu-se sistemul sanitar bazat pe asigurări de sănătate, așa-numitul sistem Bismarckian. Sistemul presupune obținerea de venituri prin contribuții obligatorii și modalități specifice de redistribuire și de alocare a fondurilor în sistemul de sănătate. Scopul introducerii acestui sistem de asigurări sociale de sănătate a fost acela de a contribui la dezvoltarea activității medicale, vizînd în special prevenția și menținerea stării de sănătate a populației, prin asigurarea accesului fiecărui cetățean asigurat la servicii medicale calitative. Legea nr. 145/1997 a asigurărilor sociale de sănătate a suferit numeroase modificări după adoptarea sa, fiind apoi abrogată prin Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 150/2002, privind organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate. În prezent, asigurările sociale de sănătate sunt reglementate în Titlul

VIII al Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, lege prin care a fost abrogată O.U.G. nr. 150/2002. Potrivit prevederilor art. 208 din Legea nr. 95/2006, asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației, care asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați, obiectivele acestui sistem fiind protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident și asigurarea protecției asiguraților în mod universal, echitabil și nediscriminatoriu.

Asigurații, în sensul legii, sunt toți cetățenii români cu domiciliul în țară, precum și cetățenii străini și apatrizii care au solicitat și obținut prelungirea dreptului de ședere temporară sau au domiciliul în România și fac dovada plății contribuției la fond. În această calitate, persoana în cauză încheie un contract de asigurare cu casele de asigurări de sănătate, direct sau prin angajator.

Pentru a putea beneficia de drepturile ce decurg din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, asigurații sunt obligați, potrivit art. 219 din Lege, să se înscrie pe lista unui medic de familie, să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând coplata și să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative care atestă calitatea de asigurat. Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate se formează din: contribuțiile persoanelor fizice și juridice, subvenții de la bugetul de stat și dobânzi, donații, sponsorizări, venituri obținute din exploatarea patrimoniului caselor de asigurări și alte venituri, în condițiile legii. Contribuția lunară a persoanei asigurate este în cota de 6,5% aplicată veniturilor obținute din salarii, veniturilor din activități independente, indemnizației de șomaj și pensiilor. Persoanele fizice sau juridice care au calitate de angajator au obligația să vireze la fond o contribuție de 7% asupra fondului de salarii, datorată pentru asigurarea sănătății personalului din unitatea respectivă. Veniturile fondului național unic de asigurări sociale de sănătate se utilizează, în conformitate cu prevederile art. 262 din Legea nr. 95/2006 pentru: plata serviciilor medicale și medicamentelor acordate în condițiile contractului-cadru; cheltuieli de administrare, funcționare și de capital în limita a maxim 3% din fondurile colectate; fondul de rezervă în cota de 1% din sumele constituite anual la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Persoanele care nu fac dovada calității de asigurat beneficiază de servicii medicale numai în cazul urgențelor medico-chirurgicale și al bolilor cu potențial endemo-epidemic și cele prevăzute în Programul național de imunizări, monitorizarea evoluției sarcinii și a lăuziei, servicii de planificare familială în cadrul unui pachet minimal de servicii medicale, stabilit prin contractul-cadru [12].

În majoritatea țărilor în curs de dezvoltare serviciile medico-sanitare au fost moștenite de la regimurile coloniale și ulterior, în anii 1950-1960, influențate de modelul sovietic de organizare. Dezvoltarea asistenței medicale primare a fost neglijată, finanțată prost, resursele disponibile fiind alocate preponderent spitalelor clinice din centrele urbane mari, o bună parte a populației care locuia în localitățile rurale rămânând fără asistență. Ca rezultat, țările în curs de dezvoltare s-au confruntat cu necesitatea reformării sistemelor de sănătate.

Majoritatea țărilor în curs de dezvoltare cheltuiesc pentru sănătate mai puțin de 4% din PIB, majoritatea resurselor fiind alocate spitalelor costisitoare din centrele urbane mari. Lipsa finanțării statale adecvate determină necesitatea implementării asigurării medicale naționale, în special în țările moderat dezvoltate, scopul căreia este asigurarea majorității populației cu asistență medicală și colectarea fondurilor suplimentare pentru sistemul sanitar insuficient finanțat de stat.

Asigurarea medicală în aceste țări este realizată prin intermediul sistemului de securitate socială și asistență națională, care acoperă grupurile populaționale specifice, cum ar fi personalul militar și muncitorii unor ramuri speciale ale industriei. Practica privată este caracteristică pentru centrele urbane, deservind în special clasa socială medie.

De asemenea, decentralizarea managementului serviciilor medico-sanitare cu scop de majorare a rolului autorităților districtuale și locale poate îmbunătăți considerabil eficiența asistenței medicale acordate. Această decentralizare poate favoriza și acumularea de noi fonduri vitale necesare sistemului sanitar în condițiile declinului economic [20].

Tranziția Republicii Moldova spre o economie de piață a generat necesitatea unui șir de reformări, inclusiv în sistemul de sănătate. Implementarea relațiilor de piață a impus reformarea modului de finanțare a sistemului de ocrotire a sănătății prin asigurările medicale obligatorii.

Asigurarea obligatorie de asistență medicală, implementată în Republica Moldova din anul 2004, a avut scopul de a majora considerabil alocările financiare în sistemul de sănătate și de a spori eficiența utilizării surselor acumulate. Deosebirea esențială între asigurarea obligatorie de asistență medicală și asigurările medicale facultative constă în calitatea serviciilor medicale prestate de către instituțiile medicale [8]. Relațiile de ofertă – cerere, calitate – cost sunt caracteristice numai asigurărilor facultative, deoarece acestea respectă toate caracteristicile relațiilor de piață. Asigurarea obligatorie de asistență medicală, avînd un aspect social pronunțat nu poate respecta aceste legi [5, 21].

Necesitatea implementării unui sistem de asigurări obligatorii de sănătate în Republica Moldova a reieșit evident din faptul, că acesta garantează, în primul rînd, o acoperire universală obligatorie a populației, constituindu-se în același timp într-un sistem garantat de stat de protecție a intereselor cetățenilor în domeniul sănătății, oferindu-le posibilități egale în obținerea asistenței medicale calitative, inclusă în Programul Unic de servicii medicale. Deși în prezent acest tip de asigurare obligatorie de sănătate are o mare răspîndire în majoritatea țărilor, inclusiv în cele din Estul Europei, modelul de bază se regăsește în sistemul german de asigurări. Principiile după care se ghidează modelul sunt:

- solidaritatea dintre generații, dintre persoanele sănătoase și cele bolnave;
- echitate în acordarea serviciilor de sănătate;
- accesul universal al populației la servicii medicale și sociale;
- finanțarea din fondurile publice, formate din taxe și impozite, precum și din contribuții obligatorii și benevole ale patronatului și populației active;
- asigurarea îngrijirilor de bază, inclusiv de prevenire a bolilor, acordate de medicul de familie;
- descentralizarea economico-financiară a sistemului de sănătate și asigurarea unui înalt grad de autonomie prestatorilor de servicii medicale;
- garantarea calității prin intermediul acreditării instituțiilor medicale și acordării de licențe activităților medicale.

Adaptînd acest model necesităților Republicii Moldova, el prezintă la nivel național următoarele caracteristici de bază:

- aceleași servicii medicale pentru toți contribuabilii;
- prima de asigurare se stabilește în funcție de venit, nu în funcție de riscurile individuale;
- contribuțiile sunt plătite de patron și de salariat;
- statul este angajat să achite contribuțiile persoanelor vulnerabile sau dezavantajate din punct de vedere social;
- se exercită controlul public asupra administrării fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

Organul responsabil de constituirea și gestionarea fondurilor este Compania Națională de Asigurări în Medicină. În contul acesteia sunt vărsate lichiditățile din partea întreprinderilor, organizațiilor, instituțiilor, cetățenilor, organelor administrației publice centrale și locale, formîndu-se fondurile de asigurare care vor acoperi cheltuielile necesare tratării afecțiunilor menționate în Programul Unic.

Odată cu implementarea asigurării obligatorii de asistență medicală finanțarea sectorului de sănătate a crescut semnificativ, de la 1 070,7 mln lei în anul 2004 pînă la 3 673,0 mln lei în anul 2011.

Conform Cadrului de cheltuieli pe termen mediu, prima de asigurare obligatorie de asistență medicală a avut o dinamică pozitivă, majorîndu-se de la 5% în anul 2007 pînă la 7% în anul 2010, fiind distribuită egal între angajator și salariat.

Concluzii

1. Pe parcursul anilor, cele mai multe țări, inclusiv țările-membre ale Uniunii Europene, au modificat propria legislație în domeniul asigurărilor de sănătate. Iar, începînd cu anii '90, sistemul de asigurare a sănătății a suferit schimbări esențiale în toată lumea ca urmare a nemulțumirilor apărute atît în masa contribuabililor și a utilizatorilor de servicii medicale, a medicilor și instituțiilor medicale, cît și în rîndul autorităților politice și administrative. Insatisfacțiile au fost generate de creșterea cheltuielilor pentru sănătate într-un ritm greu de suportat, fără ameliorarea substanțială a stării de sănătate, insuficienta acoperire a populației cu servicii medicale, absența unor mecanisme eficiente de asigurare a calității actului medical, insuficiența elementelor de stimulare, ineficiență managerială etc.

Pornind de la aceste neajunsuri, specialiștii în domeniu au scos în evidență principalele condiții pe care trebuie să le îndeplinească sistemul de asigurare a sănătății: acoperire generală; accesibilitate promptă; echitate; posibilități de alegere; eficacitate și eficiență; acceptabilitate socială largă; responsabilitatea statului față de sănătatea publică.

2. Pînă în prezent în nici o țară din lume nu s-a găsit formula unui sistem de asigurare a stării de sănătate, care să răspundă integral acestor criterii, dar se fac mari eforturi de diversificare a furnizorilor de servicii medicale, care să se adapteze rapid la schimbările, tot mai frecvente, impuse de evoluția tehnologiilor, prioritățile de dezvoltare, creșterea economică, și nu în ultimul rînd, descoperirile din această zonă sensibilă de activitate.

Reformele demarate urmăresc extinderea obiectivelor pentru a crește gradul de acoperire al sistemului. Măsurile luate țintesc, pe de o parte, garantarea unei mai bune protecții în caz de îmbolnăvire, iar, pe de altă parte, susținerea fondurilor de asigurare. Mai mult ca atît, sînt înlocuite metodele tradiționale prin care se încerca reducerea cheltuielilor ca urmare a retragerii finanțării guvernamentale.

3. Unele țări se confruntă cu o creștere a absenteismului în muncă determinat de spitalizări, concedii medicale sau de refacere prelungite. Norvegia, Danemarca și Suedia, în particular, sînt nevoite să verifice riguros nivelul crescut al cheltuielilor cu îngrijirile medicale printr-o monitorizare riguroasă a pacienților. Se depun eforturi intense atît pentru prevenirea îmbolnăvirilor, cît și pentru creșterea calității vieții. În același timp, se fac o serie de studii asupra relației muncă – reabilitare – asigurări de sănătate, se analizează modul în care mediul de muncă, îngrijirea sănătății, modalitățile de reabilitare vor influența diversele scheme de asigurare. O problemă este și cea a accesibilității persoanelor neasigurate la serviciile medicale. Rezultatele acestor studii vor sta la baza propunerilor de restructurare a sistemului. Simultan aceste țări alocă o parte din fondurile publice de sănătate pentru sprijinirea acțiunilor de consiliere și de psihoterapie cu scopul de a accentua întoarcerea cît mai rapidă la locul de muncă.

4. De asemenea, pentru clarificarea statutului pacientului se urmărește crearea pîrghiilor de legătură între sistemul de asigurări pentru îngrijirea sănătății cu cel al asigurărilor de invaliditate. Aceasta, deoarece problema asigurărilor de sănătate este complexă și, deseori, discuția poate trece de sensul ei strict, ajungînd să acopere chiar și aspecte ale igienei și siguranței muncii. Acesta este motivul pentru care la ora actuală în Europa procesul de schimbare în domeniul asigurărilor de sănătate este doar la început, iar prima țintă o reprezintă evaluarea situației reale și identificarea opțiunilor de reformă. Ideile sînt orientate, în special, pe prevenirea îmbolnăvirilor și pe crearea modalităților de monitorizare a beneficiarilor.

5. Procesul de atingere a unor obiective definite frecvent impune necesitatea efectuării unor alegeri dificile.

Pentru majorarea eficienței sistemului sanitar național în condițiile unei interdependențe și finanțări comune a serviciilor medicale devin importante controlarea costului asistenței medicale furnizate și alocarea optimă a resurselor pentru atingerea celor mai bune rezultate.

6. În domeniul finanțării serviciilor de sănătate activitățile urmează să includă: elaborarea mecanismelor de încadrare în schema de asigurări a persoanelor neacoperite; majorarea treptată a contribuției de asigurare pînă la atingerea cotei, care să asigure pachetul de servicii medicale solicitat de populație; definirea categoriilor de cheltuieli finanțate de către autoritățile publice

locale; pilotarea mecanismului de plată pentru grupuri omogene de diagnostic; instituirea taxei pe viciu la comercializarea produselor care dăunează sănătății.

7. Necesitatea unor intervenții devine tot mai evidentă, încât implică o nouă abordare, inclusiv legislativă și normativă. Întrebarea constă doar cum de a efectua cât mai eficient reformările respective.

Bibliografie

1. Aday, L. A., Begley, C. E., Lairson, D. R., Slater, C. H. 1993. *Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.
2. Anderson, R. M., Rice, T. H. E., Kaminski, G. F. (eds). 1997. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy, and Management*. San Francisco: Jossey-Bass.
3. Avian, R., Abel-Smith, B., Tombari, G. 1990. *Health Insurance in the Developing Countries – The Social Security Approach*. Geneva: International Labor Organization.
4. Brawn, L. D., Amelung, V. E. 1999. “Manacled competition”: Market reforms in German health care. *Health Affairs*, 18:76-91.
5. Bușmachiu E., Casian A., Sistemul asigurărilor sociale: Reforma, strategiile și direcțiile de dezvoltare în Republica Moldova. Informație de sinteză, rubrica SATI și INEI. Chișinău, 2002, 50 p.
6. Canadian Public Health Association. 1996. *Focus on health: Public health in health services restructuring: An issue paper*. Ottawa: CPHA.
7. Dobson, F. 1999. Modernizing Britain’s National Health Service. *Health Affairs*, 18:40-41.
8. Ețco C., Malanciuc Iu., *Asigurările medicale*. Chișinău, 2007, 456 p.
9. Hermanson, T., Aro, S., Bennett, C. L. 1994. Finland’s health care system: Universal access to health care in a capitalist democracy. *Journal of the American Medical Association*, 271:1957-1962.
10. Iglehart, J. K. 1991. Germany’s health care system. *The New England Journal of Medicine*, 324:1750-1756.
11. Ikegami, N., Campbell, J. C. 1999. Health care reform in Japan: The virtues of muddling through. *Health Affairs*. 18:56-75.
12. Legea nr.95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, titlul VIII. (România)., www.cdep.ro/pls/legis
13. Ministry of Health. 1998. *Health in Israel: Selected Data, 1998*. Jerusalem: Ministry of Health.
14. Murray, C. J. L., Govindaraj, R., Musgrove, P. 1994. National health expenditures. A global analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 72:623-627.
15. Naylor, C. D. 1999. Health care in Canada: Incrementalism under fiscal duress. *Health Affairs*, 18:9-26.
16. Roemer, M. I. 1993. National health systems throughout the world. *Annual Review of Public Health*, 14:335-353.
17. Russel, L. B. 1993. The role of prevention in health reform. *The New England Journal of Medicine*, 329:352-354.
18. Saltman, R. B. 1990. Competition and reform in the Swedish health system. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 68:597-618.
19. Saltman, R. B., Figueras, J. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
20. Schieber, G., Maeda, A. 1999. Health care financing and delivery in developing countries. *Health Affairs*, 18:135-143.
21. Tintiuc D., Russu Gh., Ciocanu M., *Asigurarea obligatorie de asistență medicală (manual de legi și acte normative)*. Chișinău, 2002.
22. Tulchinsky, Theodore H., Varavikova, Elena A. *Noua sănătate publică. Introducere în secolul XXI*. Chișinău, 2003.

23. World Health Organization. 1997. *The World Health Report, 1997: Conquering Suffering, Enriching Humanity*. Geneva: World Health Organization.
24. www.dw-world.de/dw/article, 22 martie 2010.
25. www.euroavocatura.ro/jurisprudenta/163, 13 mai 2003.
26. www.medicaacademica.com, noiembrie 2009.
27. www.wall-street.ro/articol/international, 23 martie 2010.

PERCEPEREA ROLULUI RESURSELOR UMANE ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN REPUBLICA MOLDOVA

(articol de sinteza)

Vitalie Daniliuc, Svetlana Cojocaru

Catedra Economie și management public,
Academia de Administrare Publică de pe lângă Președintele Republicii Moldova

Summary

The synthesis article "Perception of the role of human resources in the health system in Moldova" relates the following: although the medical staff of the Republic of Moldova is at the level of the countries of the EU in terms of quantity, human resources issues in the health system are caused by an uneven territorial allocation, sector misbalance, characterized by an unequal relation between primary care and secondary medicine, unbalance of practical skills, reduced quality of services, low productivity, migration of medical staff, inadequate motivation, etc.

Rezumat

În articolul de sinteză „Perceperea rolului resurselor umane în sistemul de sănătate din Republica Moldova” se relatează următoarele: deși în Republica Moldova cantitativ personalul medical este la nivelul țărilor Uniunii Europene, problemele în resursele umane din sistemul sănătății sunt determinate de distribuția teritorială neuniformă, disbalanța sectorială, manifestată printr-un raport inechitabil între medicina primară și cea secundară, disbalanța deprinderilor practice, calitatea scăzută a serviciilor, productivitatea scăzută, migrația cadrelor medicale, motivarea scăzută etc.

Actualitatea

Pentru reușita unei organizații la etapa de tranziție cea mai dificilă problemă este propria ei schimbare în contextul schimbărilor globale. Ca organizația să țină pasul acestor schimbări, ea are nevoie de salariați competenți, bine informați, loiali, flexibili și talentați. Managerii trebuie să se ginească bine la ceea ce le oferă angajaților și ce așteaptă de la ei, dacă doresc ca performanțele să fie cât mai înalte, iar organizațiile lor — competitive.

Competența esențială pentru toți managerii trebuie să fie acea componentă din Managementul Resurselor Umane, care acordă factorului uman importanță primordială în organizație. Această competență nu este numai de a oferi servicii oamenilor, ci de a-i îndruma cum să lucreze, a le înregistra performanțele, a da oamenilor forțe, pentru ca ei să acționeze cât mai eficient, a folosi la maximum cunoștințele utile, talentele, imaginația și creativitatea angajaților pentru realizarea obiectivelor organizației.

De aceea, cea mai semnificativă schimbare, ce trebuie înregistrată în perioada de tranziție în Republica Moldova, urmează să fie în managementul resurselor umane. Vechile practici, bazate pe responsabilități și autoritate, se impun a fi înlocuite cu cele ce pun un accent din ce în ce mai mare pe dezvoltarea indivizilor. Nimeni nu poate menține monopolul asupra înțelepciunii umane în toate condițiile, dar utilizarea ei cu maximă eficiență, atât pentru organizație, cât și pentru individ, este o sarcină primordială a organizației, pentru că orice om bine pregătit și încurajat poate să ofere ceva valoros organizației.[2]