



Privatizarea asigurărilor de sănătate

Evidențe din experiența
internațională



Privatizarea asigurărilor medicale – evidențe din experiența internațională

Autor: Nicolae Done

Observatorul Român de Sănătate este o organizație non-guvernamentală a cărei misiune este aceea de a contribui la îmbunătățirea serviciilor de sănătate din România. Observatorul desfășoară studii de cercetare privind activitatea acestor servicii, integrând evidențele disponibile privind teme de interes pentru a informa elaborarea unor politici de sănătate coerente și eficiente.

www.ors.org.ro

Seria „**Policy reports**” cuprinde studii care colectează, analizează, sintetizează și interpretează rațional evidențele din literatura de specialitate cu relevanță pentru o temă specifică.

Conflicte de interese: niciunul.

Citare recomandată: Done, N. (2012) Privatizarea asigurărilor de sănătate. București: Observatorul Român de Sănătate.

Cuprins

Sumar executiv.....	4
1. Introducere	7
2. Cadru teoretic	9
2.1. Funcția de finanțare a sănătății	9
2.2. Finanțarea sănătății în România	10
2.3. Asigurările sociale	11
2.4. Asigurările private	12
2.5. Obiectul analizei comparative.....	15
2.6. Cadru pentru evaluarea performanței în finanțare	16
3. Evidențe privind privatizarea asigurărilor medicale	17
3.1 Experiența țărilor dezvoltate	18
3.2 Experiența țărilor din Europa Centrală și de Est	22
4. Discuție și recomandări	30
Tabele suplimentare	34
Notă metodologică.....	38

Sumar executiv

Privatizarea asigurărilor medicale este propusă ca o potențială soluție pentru principalele probleme cu care se confruntă sistemul românesc de sănătate – capacitatea redusă de mobilizare a fondurilor, managementul ineficient al resurselor, calitatea slabă a serviciilor și inechitățile prezente pe scară largă. În plan internațional, foarte puține sisteme de sănătate se bazează pe asigurări private pentru asigurarea accesului populației la servicii medicale de bază.

Obiectivul acestui studiu a fost acela de a sintetiza experiența internațională din ultimii 20 de ani cu privire la potențialele consecințe ale reformei de privatizare a asigurărilor medicale.

Punctele cheie evidențiate de această analiză sunt următoarele:

- a) Per total, chiar și asumând o implementare rapidă și eficace a reformei, evidențele extrase din experiențele altor țări sugerează că privatizarea asigurărilor medicale *ar spori atât inechitatea cât și ineficiența* din sistemul românesc de sănătate.
- b) Deși ar crea iluzia unor fonduri sporite mobilizate pentru serviciile de sănătate, privatizarea ar *menține presiunea pe bugetul de stat*. Finanțarea prin prime fixe ar duce la o redistribuție substanțială a fondurilor către populația înstărită, crescând astfel inechitatea sistemului. Un sistem privat ar necesita astfel subvenții masive din fonduri publice pentru persoanele care nu își pot permite plata primelor de asigurare.
- c) Un sistem privat ar fi în mod probabil mai ineficient decât un sistem public de-a lungul a cel puțin trei dimensiuni, în funcție de gradul de liberalizare a pieței:
 - a. *Eficiența administrativă*. Societățile de asigurare private ar fi nevoite să cheltuiască în paralel sume substanțiale pe activități de marketing și publicitate, negociere și contractare cu furnizorii, precum și dezvoltarea sistemelor de plată și de management al riscului. Nevoia de a contracta cu mai mulți asiguratori ar împovăra de asemenea furnizorii, care ar fi nevoiți să investească în sisteme administrative mai complexe. Mai mult, statul ar fi nevoit să investească masiv în sisteme de monitorizare a pieței, de ajustare a riscului acumulat de asiguratori, și de reglementare a interacțiunii dintre asiguratori și furnizori. Toate aceste cheltuieli administrative ar fi transmise cel mai probabil consumatorilor prin costuri mai mari ale serviciilor.
 - b. *Eficiența tehnică*. Fragmentarea pieței și introducerea concurenței pentru pacienți ar avea drept rezultat scăderea puterii de negociere a asiguratorilor cu furnizorii, în contextul liberalizării pieței. O putere redusă de negociere ar duce cel mai probabil la prețuri crescute pentru servicii.

- c. *Eficiența alocativă.* Liberalizarea pieței ar reduce foarte probabil capacitatea asiguratorilor de a coordona serviciile de sănătate în jurul pacientului și de a încuraja serviciile de medicină primară și de prevenție. În contextul creșterii accelerate a afecțiunilor cronice, lipsa coordonării duce la o creștere nejustificată a utilizării serviciilor curative în detrimentul celor preventive, cu efecte nefaste atât pentru costuri cât și pentru starea de sănătate a populației.
- d) Fragmentarea inițială a pieței ar putea duce de asemenea la *creșterea nejustificată a variațiilor calității și accesului* la servicii în rândul populației.
- e) Chiar și asumând consolidarea inevitabilă a pieței în timp, ca urmare a cerințelor substanțiale de capital necesare pentru a asigura solvabilitatea societăților de asigurare, *ar reduce posibilitatea populației de a alege* planul de asigurare. Aceasta ar duce la scăderea concurenței între asiguratorii, unul din considerentele principale pentru care această reformă este propusă.
- f) Structurarea pieței de asigurări într-un mod care să asigure concurența robustă cere *un timp îndelungat, o investiție substanțială, precum și o capacitate ridicată de reglementare* din partea autorităților statului. Este foarte puțin probabil că reforma va decurge în mod adecvat ținând cont de complexitatea ei în forma actual propusă, ducând astfel la și mai multă confuzie pentru furnizori și pacienți.

Experiența internațională sugerează că perfecționarea unui sistem de sănătate bazat pe asigurări sociale și suplimentarea crescută și treptată cu fonduri din taxe generale are șanse mai mari de a spori eficiența, calitatea, și echitatea decât o reformă radicală de privatizare. Piața asigurărilor de sănătate este atipică din punct de vedere economic, prezentând atât interacțiuni complexe cu piața furnizorilor cât și deficiențe majore ce stânenesc competiția funcțională dintre societățile de asigurare. Posibilitatea statului de a corecta aceste deficiențe este limitată și necesită resurse considerabile. Pe de altă parte, există evidențe că autoritățile publice pot administra relativ eficient un sistem de asigurări universale. În cele din urmă, privatizarea nu poate înlocui buna guvernare a autorităților publice, care este cu atât mai necesară într-un sistem de concurență privată.

Recomandările acestui raport sunt următoarele:

1. Concentrarea eforturilor pe reforma sectorului public, cu accentul pe investirea în capacitatea administrativă și managerială a autorităților publice centrale și locale precum și pe dezvoltarea unor procese de decizie transparente, raționale, și axate pe obținerea unor obiective clar definite.
2. Creșterea fondurilor din sistem prin executarea mai riguroasă a colectării de taxe, separarea fondurilor alocate sănătății de alte fonduri publice, și suplimentarea acestora cu fonduri de la bugetul general.

3. Definirea pachetului de servicii de bază care să asigure un echilibru între profunzimea acoperirii împotriva riscurilor medicale și costurile sistemului, printr-un proces echitabil și reprezentativ pentru toți actorii principali din sistem
4. Dezvoltarea unui sistem național de infrastructură IT care să permită colectarea în timp util de date utilizabile pentru alocarea rațională a resurselor pentru servicii de sănătate.

1. Introducere

Proiectul de lege privind reforma sistemului de sănătate din România¹ cuprinde cel puțin două elemente cheie care au potențialul să transforme radical accesul și calitatea serviciilor medicale. Primul se referă la modalitatea de finanțare a serviciilor medicale și vizează trecerea de la sistemul public de asigurări sociale de sănătate la un sistem de asigurări private. Al doilea se referă la statutul legal și forma de administrare a spitalelor și vizează restructurarea spitalelor publice în entități cvasi-independente.

Privatizarea asigurărilor de sănătate este un subiect cu argumente viguroase de ambele părți ale dezbaterii ideologice. Pe de o parte, adepții acestei reforme susțin că asiguratorii privați sunt mai eficienți în administrarea colectării de fonduri și a plății serviciilor, fiind motivați de competiția din sistemul de piață. Prin urmare, privatizarea ar putea rezolva cel puțin trei probleme cu care se confruntă sistemul de sănătate.

În primul rând, susținătorii privatizării pretind că această reformă poate fi o soluție eficace la subfinanțarea cronică a sistemului de sănătate, una din problemele majore identificate de Comisia Prezidențială pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice (Vlădescu și colab. 2008) și acceptate de majoritatea actorilor din sistem și din afara lui. În al doilea rând, este asumat că asiguratorii privați pot crește accesul și calitatea serviciilor medicale prin interacțiunea mai eficientă cu furnizorii și managementul profesional al resurselor. În al treilea rând, privatizarea este atractivă în teorie din perspectiva îmbunătățirii experienței consumatorului, sub premisa că asiguratorii privați sunt stimulați să crească calitatea serviciilor pentru a atrage cât mai mulți membri. Astfel, un sistem privat este presupus a răspunde mai prompt preferințelor consumatorului, fiind văzut de susținători ca un sistem dinamic și inovativ care oferă opțiuni mai diverse asiguraților.

Toate aceste argumente își au originea în teoria economică neoclasică, conform căreia piața poate alocă resursele economice în mod optim. Această viziune este bazată, pe lângă altele, pe presupunția competiției perfecte. În piețele asigurărilor de sănătate, această presupunție nu este însă rezonabilă din numeroase motive ce țin de asimetria de informație prezentă în piețele de servicii medicale (Maynard și Thomson 2002).

Pe de altă parte, cel puțin două argumente majore sunt aduse de către oponenții privatizării. În primul rând, aceștia susțin că un sistem privat nu este neapărat mai eficient decât unul public, ci dimpotrivă. Singura motivație a asiguratorilor privați este să maximizeze profitul extras din piață, așa că o parte substanțială din fondurile care teoretic ar trebui destinate sănătății sunt irosite ca profit. Mai mult, competiția dintre asiguratorii duce la creșterea fondurilor dedicate mecanismelor administrative atât din

¹ Proiectul de lege se afla în dezbatere publică în momentul scrierii acestui material. Deși capitolul referitor la asigurările medicale nu fusese publicat de către Ministerul Sănătății, autorul a consultat o variantă preliminară actuală la data de 23 Aprilie 2012.

partea companiilor cât și din partea instituțiilor publice responsabile de reglementarea pieței, rezultând în creșterea birocrăției și a cheltuielilor inutile fără o îmbunătățire reală a serviciilor. De asemenea, asiguratorii privați ar fi motivați să selecteze împotriva pacienților cu costuri medicale majore, crescând astfel ineficiența economică.

Al doilea argument vizează echitatea, o dimensiune fundamentală a oricărui sistem de sănătate. În accepțiunea criticilor acestei reforme, un sistem privat raționează accesul la servicii medicale pe baza prețului pieței, defavorizând astfel populația cu venituri scăzute și/sau cu o stare de sănătate precară. Statul ar fi nevoit să intervină fie prin diverse mecanisme de subvenționare a asigurării, fie prin furnizarea directă de servicii pentru acest segment de populație. În timp, acest aranjament ar duce în mod inevitabil la un sistem dual, atât inechitabil cât și ineficient.

Deși ambele părți aduc numeroase evidențe anecdotice în sprijinul argumentelor proprii, în general aceste evidențe sunt adesea folosite în mod selectiv în sprijinul concepțiilor ideologice pre-formate. Scopul acestui material este să ofere o sinteză obiectivă a evidențelor referitoare la potențialele consecințe ale privatizării sistemului de asigurări de sănătate. La baza lui stă o analiză critică a literaturii de specialitate, cuprinzând articole publicate în jurnale academice, cărți de specialitate, și rapoarte ale unor instituții internaționale cu expertiză în implementarea și evaluarea reformelor din sănătate (Banca Mondială, Organizația Mondială a Sănătății, etc.).

În continuare, materialul este structurat în felul următor: secțiunea 2 prezintă un sumar al teoriei economice cu privire la finanțarea serviciilor de sănătate, cu o evidențiere a principatelor caracteristici care rezultă din modelele teoretice dominante. Secțiunea 3 prezintă principalele rezultate ale analizei comparative și lecțiile care reies din experiența internațională. Secțiunea 4 oferă o discuție sumară a rezultatelor, a aplicabilității lor la situația specifică a reformei în sistemul românesc de sănătate, precum și a principalelor limitări inerente în metodele de cercetare utilizate. Sunt discutate pe scurt și deficiențele legate de disponibilitatea surselor de evaluare sistematică a reformelor precum și de diferențele de natură politică, socială, și economică între diversele țări care au implementat reforme relevante, diferențe care fac comparațiile internaționale un proces dificil. Metodele principale de cercetare care au stat la baza prezentului raport sunt prezentate sumar în Nota Metodologică de la finalul documentului. De asemenea, Tabelele Suplimentare de la finalul acestui document rezumă experiența țărilor cu experiențele cele mai relevante pentru reforma propusă în proiectul actual al Legii Sănătății.

2. Cadru teoretic

2.1. Funcția de finanțare a sănătății

Orice sistem de sănătate trebuie să mobilizeze resursele financiare necesare funcționării proprii și să le aloce în mod corespunzător serviciilor medicale destinate populației. Literatura de specialitate diferențiază trei subfuncții fundamentale ale finanțării:

- *Colectarea fondurilor*
- *Cumularea riscului*
- *Alocarea fondurilor/cumpărarea serviciilor*

Fiecare dintre aceste subfuncții sunt întreprinse cu variațiuni largi în diverse sisteme naționale, ele aflându-se sub influența puternică a cadrului instituțional specific țării respective. Totodată, ele sunt de cele mai multe ori întreprinse într-un mod interdependent, deși există o oarecare flexibilitate și separație la nivelul fiecărei subfuncții.

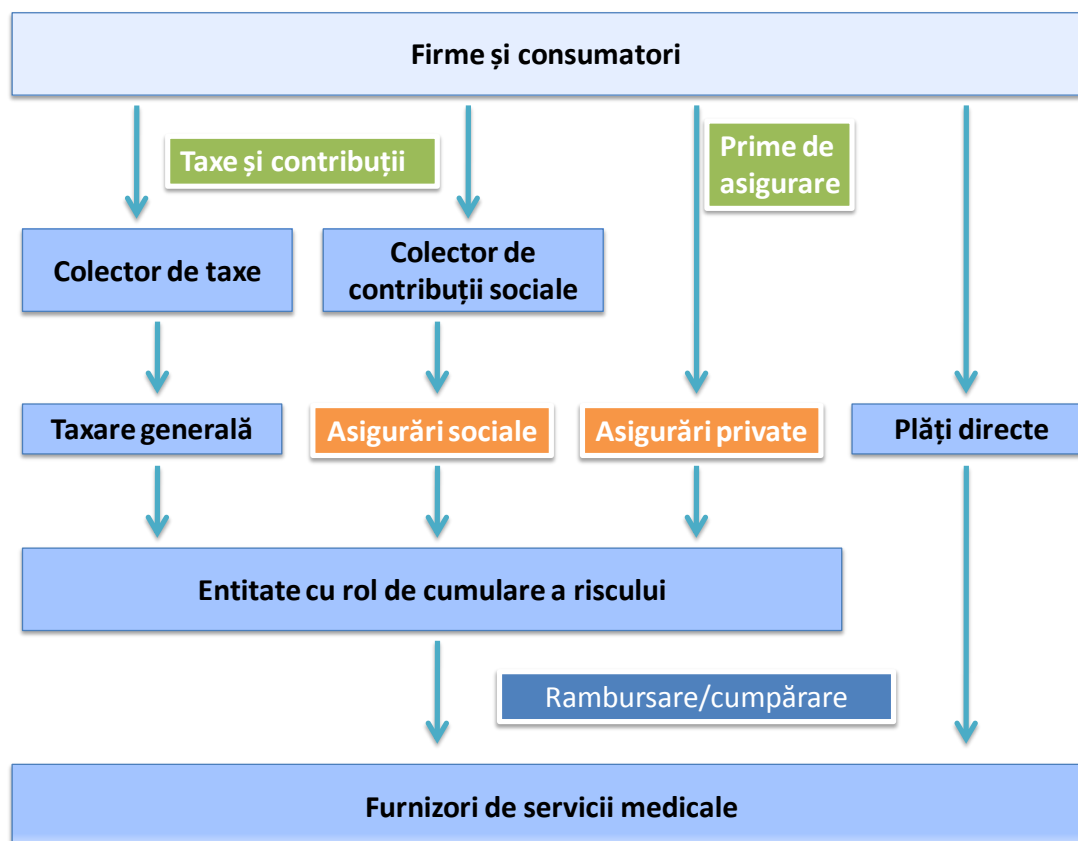
Mai mult, în ultimii ani sistemele naționale au împrumutat diverse elemente unele de la altele, rezultând în sisteme hibride care estompează liniile dintre modelele teoretice pure și făcând comparația dintre diferite sisteme foarte dificilă. Astfel, este evidentă o tendință recentă la nivel internațional de a adopta anumite elemente ale concurenței de piață în sistemele tradițional lipsite de competiție. De asemenea, se poate observa o tendință clară de adoptare a unor reglementări și mecanisme de finanțare (mandatul de a obține asigurare, schemele de redistribuire a riscului, schemele de subvenții publice, etc.) bazate pe teorii economice cu scopul de a tempera consecințele negative ce pot apărea ca rezultat al introducerii concurenței și de a maximiza beneficiile pentru consumatori.²

Principalele mecanisme de finanțare predominante în contextul internațional sunt prezentate în Figura 1. Acestea includ finanțarea bugetară prin taxe generale, asigurările sociale de sănătate, asigurările private, și plățile directe³. În general, toate sistemele moderne de sănătate folosesc aceste mecanisme în diverse combinații, în funcție de obiectivele concrete urmărite și de constrângerile economice, politice, și sociale prezente în țările respective.

² Pe parcursul acestui material termenul "consumator" este folosit cu precădere pentru a semnala tendința anumitor teorii economice de a conceptualiza individul în principal ca pe un consumator de bunuri și servicii cumpărate din diverse piețe organizate în scopul maximizării beneficiilor proprii. Pentru scopul acestui raport acest termen este echivalent, de la caz la caz, cu cel de pacient, utilizator, beneficiar, etc.

³ Nu sunt incluse conturile de economii pentru sănătate (*health savings accounts*) și variațiunile acestora din motive de simplitate. Acestea implică o cumulare minimă de risc și pot fi approximate în cadrul acestei discuții ca fiind o categorie de plăți directe.

Figura 1. Mecanisme de finanțare a sistemelor de sănătate. Adaptat după Normand și Busse (2002).



2.2. Finanțarea sănătății în România

Sistemul românesc de sănătate este bazat pe asigurări sociale de sănătate, cu un fond unic central (Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, FNUASS) finanțat prin contribuții salariale și un număr de fonduri separate, mult mai mici, aparținând de ministerele și agențiile cu rețea proprie de furnizori (Ministerul Apărării, Transporturilor, etc.). Aceste fonduri sunt finanțate de la bugetul de stat și suplimentate începând din 2006 cu fonduri din taxa pe viciu instituită pe produsele de tutun și alcool. O altă sursă de finanțare o reprezintă cheltuielile private ale populației, fie prin plata directă, fie prin intermediul asigurărilor private. Această sursă, deși în creștere continuă, reprezintă încă un procent scăzut din totalul fondurilor alocate sănătății (Nistor și Văidean 2010). În total, cheltuielile totale estimate pentru sănătate se cifrau la 3.6% din PIB în 2010, situând România pe ultimul loc în Uniunea Europeană ca nivel de finanțare (Haivas 2010).

Principalele probleme ale sistemului românesc de sănătate în materie de finanțare au fost identificate în raportul Comisiei Prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România (Vlădescu și colab. 2008):

- subfinanțarea sistemului, cauzată în principal de raportul scăzut dintre contribuabili și beneficiari;
- alocarea netransparentă a fondurilor destinate sănătății.

Aceste probleme stau la baza altor deficiențe și tendințe negative observabile în sistemul de sănătate, inclusiv migrația personalului medical care este așteptată să ducă la un deficit substanțial de medici, corupția manifestată în principal prin prezența pe scară largă a plăților informale, și lipsa accesului populației la servicii.

Soluțiile principale identificate de Comisie pentru adresarea acestor probleme includ:

- creșterea nivelului de finanțare la cel puțin 6% din Produsul Intern Brut (PIB);
- dezvoltarea unui sistem transparent de alocare a fondurilor bazat pe principii clare și pe cele mai bune evidențe medicale disponibile.

2.3. Asigurările sociale

Sistemul de asigurări sociale de sănătate a evoluat de la modelul Bismarckian cu originile în secolul al XIX-lea. Deși nu există o definiție aplicabilă în mod uniform, în accepțiunea predominantă asigurările sociale sunt caracterizate de (Normand și Busse 2002):

- obligația legală de a obține asigurare printr-un fond desemnat;
- plata unor contribuții sau prime *neasociate cu nivelul de risc al asiguratului*, care sunt administrate separat de alte taxe și contribuții mandatate de lege.

Pe lângă aceste elemente, câteva caracteristici sunt frecvent asociate cu asigurările sociale, fără a reprezenta însă trăsături esențiale ale modelului de finanțare. Acestea includ mandatarea sistemului pentru majoritatea (sau întreaga) populație, contribuții din partea guvernului pentru anumite segmente de populație, și împărțirea contribuțiilor între angajați și angajatori, în diverse proporții.

În prezent există însă o foarte mare *diversitate* între sistemele de asigurări sociale, atât cele din țări dezvoltate cât și cele în curs de dezvoltare. Majoritatea țărilor din Europa Centrală și de Est, de exemplu, au adoptat asigurări sociale odată cu înlăturarea comunismului, optând în majoritatea cazurilor pentru fonduri unice sau fonduri multiple necompetitive și consolidându-le treptat.

2.4. Asigurările private

Asigurările private sunt bazate pe ideea de concurență între companii private într-un sistem de piață cu liberă intrare și ieșire a competitorilor.⁴ Asigurările private se pot clasifica după câteva criterii esențiale ce determină dinamica pieței și drept urmare performanța sistemului cu privire la echitate și eficiență (Tabelul 1).

Tabelul 1. Principalele tipuri de asigurări private.

Criteriu	Tip	Comentariu	Exemple
Scop⁵	<i>Primare</i>	Funcționează ca principalul mod de acoperire	Spania, Belgia, Austria, SUA, Olanda
	<i>Substitutive</i>	Oferă o alternativă privată la sistemul public și oferă același pachet de servicii	Marea Britanie, Grecia, Italia, Finlanda, Portugalia
	<i>Complementare</i>	Oferă acoperire pentru francizele și co-plățile impuse de asigurările publice	Franța, Danemarca, Suedia, Turcia
	<i>Suplimentare</i>	Oferă acoperire numai pentru servicii excluse din pachetul public de beneficii	Canada, Cehia, Slovacia, Ungaria, Elveția
Stabilirea primei de asigurare⁶	<i>Comunitară</i>	Asiguratorii sunt obligați să perceapă aceeași primă	Olanda, Elveția, Slovacia

⁴ Intrarea pe piață nu este însă de cele mai multe ori liberă, majoritatea guvernelor având condiții stricte cu privire la solvabilitatea asiguratorilor.

⁵ Swiss Reinsurance Company 2007, *To your health: diagnosing the state of healthcare and the global private medical insurance industry*, Zurich, Switzerland.

⁶ Maynard, A. & Thomson, S.M.S. 2002, "Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience", in *Funding Health Care: Options for Europe*, eds E Mossialos, A Dixon, J Figueras & J Kutzin, Open University Press, Buckingham.

		de asigurare tuturor asiguraților	
	<i>Per grup</i>	Primele sunt calculate pe baza grupului din care asiguratul face parte (de ex. companie, asociație, etc.)	Germania, Austria, majoritatea asigurărilor complementare în alte țări
	<i>Individuală</i>	Prima este calculată pe baza riscului individual al asiguratului	Majoritatea asigurărilor suplimentare
Statutul asiguratorilor	<i>Pentru profit</i>	Asiguratorii pot acumula profit	Olanda
	<i>Non-profit</i>	Asiguratorii nu pot acumula profit/sunt obligați să îl reinvestească	Elveția, Slovacia ⁷

Deși clasificarea de mai sus ilustrează câteva aspecte esențiale ale asigurărilor private, multe alte dimensiuni ce țin de sistemul de reglementare afectează accesul, calitatea, și eficiența tehnică a asiguratorilor. Dintre acestea, merită menționate:

- standardizarea pachetului de beneficii – lipsa unui pachet standard poate oferi mai multe opțiuni, însă prea multă diferențiere a produselor poate deruta consumatorii;
- reglementările cu privire la contractarea selectivă a furnizorilor – abilitatea de a exclude anumiți furnizori poate duce la eficiență crescută dar poate scădea accesul populației la servicii.

Teoria economică cu privire la asigurările private este centrată pe conceptul de deficiențe ale piețelor de servicii de sănătate. În majoritatea piețelor obișnuite, consumatorii sunt capabili de a distinge foarte clar caracteristicile produselor puse în

⁷ Începând din 2007, companiile de asigurare din Slovacia sunt obligate să reinvestească profiturile, de exemplu prin creșterea plăților către furnizori. Acestora le este interzisă plata dividendelor către acționari (Szalay, T., Pažitný, P., Szalayová, A., Frisová, S., Morvay, K., Petrovic, M. & van Ginneken, E. 2011, *Slovakia: Health System Review*, European Observatory on Health Systems and Policies.).

vânzare și de a analiza beneficiile pe care le vor deriva din cumpărarea acestora. Mai mult, faptul ca anumite segmente ale populației nu au acces la aceste bunuri nu reprezintă o importantă problemă morală.

Tabelul 2. Principalele deficiențe ale pieței de asigurări și măsurile posibile pentru a le corecta.

Deficiență a pieței	Consecință	Măsuri luate pentru a corecta deficiența	Rezultate empirice
Selecția adversă	Cumulare redusă a riscului, acces redus la asigurare, sau piață nefuncțională	Educarea populației Subvenții prin taxe Mandat de asigurare Înrolare automată	Ineficace Ineficace Eficace Eficace
Selecția riscurilor	Inechitate, lipsa acoperirii pentru segmente dezavantajate	Înrolare deschisă Primă comunitară Egalizarea riscului	Moderat eficace Moderat eficace Nefezabilă
Monopol	Exces de profit, calitate scăzută, subproducție	Legi antitrust	Eficace
Hazardul moral	Suprautilizarea serviciilor de către asigurați	Francize și co-plăți "Gatekeepers" Liste de așteptare	Moderat eficace Nemulțumire a asiguraților Nemulțumire a asiguraților

Adaptat după Hsiao (1995).

Aceste elemente fac competiția un mecanism funcțional, care duce la eficiență economică sporită în majoritatea sistemelor de piață. În contrast cu această situație, piețele de servicii de sănătate sunt caracterizate de deficiențe majore care provin în

principal din asimetria de informație dintre consumatori și producători și din faptul că echitatea este un obiectiv esențial al sistemelor de sănătate. Principalele deficiențe ale piețelor de asigurări de sănătate sunt prezentate în Tabelul 2 (Hsiao 1995).

2.5. Obiectul analizei comparative

Această diversitate a formelor de finanțare, cauzată de reforme adoptate relativ recent, face comparația dintre sistemele pur sociale și cele pur private foarte dificilă. De fapt, în ultimele două decenii se poate vedea clar o tendință a sistemelor naționale de a converge către anumite modele hibride, cu numeroase elemente comune dar și cu diferențe subtile, în principal la nivel instituțional și administrativ. Astfel, este evidentă dispariția unor modele de finanțare "pure."

De exemplu, deși asigurările private sunt în mod tradițional accesate voluntar, tot mai multe țări au realizat necesitatea mandatului (obligativității asigurării) pentru a susține coeziunea sistemelor private și a preveni asigurarea doar în caz de îmbolnăvire (de ex. SUA, Elveția, etc.). De asemenea, cu toate că asigurările private sunt în mod tradițional caracterizate de plata unei prime independentă de venit (fie ajustată la risc, fie comunitară), multe țări au implementat scheme de subvenții publice pentru populațiile sărace. Aceste subvenții introduc un element major de progresivitate a finanțării (contribuții direct proporționale cu venitul), estompând astfel și mai mult diferențele dintre sistemele tradițional sociale și cele private.

Pentru scopul acestui studiu însă, principalul element definitoriu pentru asigurările private, element care le deosebește ca regulă generală de asigurările sociale, a fost identificat a fi **competiția pentru consumatori** între fondurile de asigurare. Deși sunt și alte elemente care diferă mai mult sau mai puțin sistematic între cele două sisteme, competiția este cea care creează principalele stimulente, atât benefice cât și adverse, într-un sistem de piață. De asemenea, administrarea eficientă a pieței de asigurări pentru a încuraja sau a combate aceste stimulente este **principala provocare** a autorităților publice, întrucât ea determină performanța sistemului de finanțare.

Mai mult, deși asigurările private joacă deja un rol important în numeroase țări din întreaga lume, acest raport este concentrat doar asupra experienței sistemelor bazate pe asigurări private ca **mecanism principal** de finanțare a serviciilor medicale (fie asigurări primare, fie substitutive). Această analiză este relevantă pentru reforma propusă în proiectul Legii Sănătății în forma lui actuală la timpul scrierii raportului. Prin urmare, raportul nu discută decât în trecere evidențele bogate legate de utilizarea asigurărilor private ca un mecanism complementar sau suplimentar de finanțare.

2.6. Cadru pentru evaluarea performanței în finanțare

Fiecare din mecanismele de finanțare discutate operează sub anumiți parametri la nivelul subfuncțiilor de colectare, cumulare, și cumpărare. Drept urmare, fiecare mecanism are anumite caracteristici atât în ceea ce privește efectele asupra sănătății cât și asupra dezvoltării macroeconomice (Roberts și colab. 2004; Mossialos și colab. 2002). Acest raport ia în considerare următorii parametri caracteristici includ:

- *Capacitatea fiscală* – abilitatea de a genera fonduri suficiente și sustenabile pe termen lung;
- *Progresivitatea colectării fondurilor* – o dimensiune importantă a echității mecanismului de finanțare care măsoară gradul în care cei cu venituri mai mari contribuie mai mult, și vice versa;
- *Capacitatea de cumulare a riscului* – gradul de nivelare a incertitudinii financiare cauzate de afecțiunile medicale (Smith și Witter 2004);
- *Eficiența administrativă* – gradul în care mecanismele de finanțare minimizează cheltuielile administrative și tranzacționale inutile;
- *Puterea de negociere cu furnizorii* – abilitatea instituțiilor de finanțare de a negocia prețul, volumul, și/sau calitatea serviciilor furnizate;
- *Distorsiunile macroeconomice induse* – modul în care finanțarea afectează productivitatea muncitorilor și a firmelor și/sau stimulează evaziunea fiscală;
- *Răspunderea politică* – modul în care finanțarea induce un anumit nivel de responsabilitate pentru fondurile colectate;
- *Implementabilitatea* – gradul de acceptabilitate politică a mecanismului de finanțare, precum și de capacitate administrativă a sectorului public.

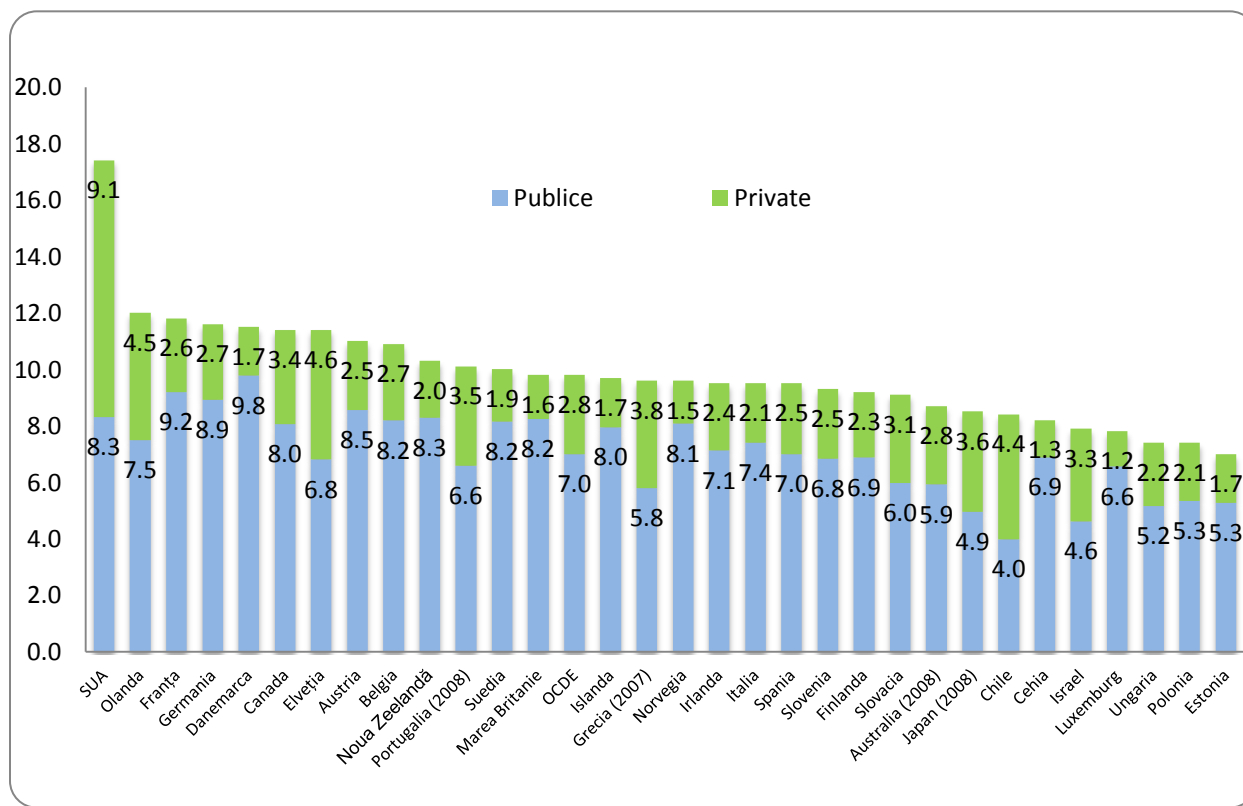
Performanța fiecărui mecanism de finanțare variază la nivelul fiecăruia din parametrii menționați. Scopul acestui studiu este comparația între sistemul de asigurări sociale și cel de asigurări private, subliniind elementele cele mai relevante în contextul actual al reformelor discutate în România. Bineînțeles, aceste modele reprezintă abstractizări teoretice ale instrumentelor care funcționează în sistemele de sănătate reale. În practică, finanțarea este mai mereu realizată prin modele mixte ce combină în diverse moduri mecanismele menționate.

3. Evidențe privind privatizarea asigurărilor medicale

Această subsecțiune prezintă rezultatele analizei la nivel general pe baza parametrilor menționați mai sus, cu scopul de a putea aprecia meritele și deficiențele fiecărui mecanism și de a evalua opțiunile unei potențiale reforme. Secțiunea include un sumar al predicțiilor teoretice și al măsurii în care aceste predicții sunt susținute de evidențe empirice cu privire la cele două sisteme de finanțare aflate sub comparație.

Experiența substituției asigurărilor sociale cu cele private și vice versa este relativ limitată. Cu toate acestea, se pot observa anumite tendințe generale ce informează această analiză comparativă. În continuare este analizată experiența țărilor dezvoltate (în general membre ale Organizației pentru Colaborare și Dezvoltare Economică – OCDE și/sau ale Uniunii Europene – UE) pentru extragerea unor lecții generale, iar apoi atenția este acordată în principal țărilor din Europa Centrală și de Est, care sunt mult mai similare României din punct de vedere al dezvoltării economice, situației politice, și cadrului instituțional.

Figura 2. Cheltuielile pentru sănătate exprimate ca procent din Produsul Intern Brut în țările OCDE, 2009.



Sursa: OECD Health Data 2011 (OECD).

3.1 Experiența țărilor dezvoltate

Țările OCDE au o experiență relativ bogată în ceea ce privește implementarea asigurărilor private. Mai mult, eterogeneitatea experiențelor este evidentă în rândul acestor țări. Cu toate acestea, foarte puține țări au la bază asigurările private cu societăți de asigurare aflate în concurență pentru finanțarea serviciilor medicale. Dintre acestea, se remarcă SUA, Olanda, Elveția, și Germania, cu sisteme bazate pe concurență și pe abilitatea consumatorilor de a alege între planurile de asigurare de bază.

Chiar și în aceste sisteme însă, fondurile publice reprezintă o pondere substanțială din totalul cheltuielilor pentru sănătate (Figura 2). Aceste fonduri iau în cea mai mare parte forma subvențiilor pentru acoperirea persoanelor cu venituri reduse sau a categoriilor speciale de populație (șomeri, studenți, etc.), precum și a programelor publice implementate ca urmare a inabilității sistemului privat de a asigura acoperirea universală.

În continuare sunt prezentate lecțiile care se pot desprinde din experiențele țărilor dezvoltate cu tradiție în promovarea unor sisteme de sănătate bazate pe concurență, cu exemple relevante de la caz la caz.

- 1) **În absența reglementării stricte**, piața de asigurări private cu concurență între asiguratori duce la ineficiență și inechitate.

Exemplu

SUA, deși un caz atipic datorită mărimii țării și a complexității sistemului federal sub care sistemul de sănătate operează, oferă un exemplu perfect asupra funcționării deficitare a piețelor de asigurări. Sistemul american este format din 5 segmente majore de asigurare:

- a) piața asigurărilor pentru anagajatori (55.3% din populație în 2010⁸), prin care societățile de asigurare stabilesc contracte cu companiile private pentru asigurarea angajaților, cu sau fără suportarea riscului de către societatea de asigurare (De Navas-Walt și colab. 2011);
- b) piața individuală, organizată la nivelul fiecărui stat, unde persoanele fără acces la alt tip de asigurare pot cumpăra direct polițe de asigurare (9.8% din populație);
- c) programul federal Medicare finanțat din contribuții salariale suplimentate de la buget, care acoperă persoanele peste 65 de ani (14.5% din populație);
- d) programul Medicaid, finanțat printr-un parteneriat între state și guvernul federal, care acoperă în special persoanele defavorizate și cu anumite dizabilități (15.9% din populație).

⁸ Această categorizare este bazată pe sursa *primară* de asigurare. Un procent considerabil din populație este acoperită simultan de două sau mai multe planuri de asigurare publice și/sau private.

- e) în afara acestor programe, mai sunt și programe pentru forțele armate și pentru veterani, cu furnizare directă a serviciilor de către o rețea publică de furnizori specializați (4.2% din populație).

Un grup de experți americani în politici de sănătate au identificat la începutul anilor '90 șase probleme principale cu care se confrunta piața privată de asigurări medicale, probleme încă foarte relevante și astăzi (Ellwood și colab. 1992). Dintre acestea, trei probleme generale par să fie în special relevante reformei propuse în România:

1. *Selecția riscurilor* ca sursă de profit. În lipsa unor mecanisme eficace de ajustare a riscurilor, asiguratorii privați au motivația să respingă persoanele cu risc medical crescut și să atragă persoane tinere și sănătoase. Chiar și în prezența unor reglementări care interzic acest comportament, firmele de asigurare folosesc mecanisme subtile de selecție a riscurilor. Aceasta duce la defavorizarea persoanelor bolnave și chiar la excluderea lor de pe piață.
2. *Segmentarea pieței* și diferențierea produselor de asigurare pentru a minimiza competiția la nivel de prețuri. În absența reglementărilor stricte care să standardizeze pachetele de beneficii în toată piața, complexitatea produselor de asigurare previne exercitarea alegerii raționale a produselor cu valoare maximă, concept care este de fapt rațiunea fundamentală pentru adoptarea concurenței. Societățile de asigurare sunt stimulate să crească această complexitate pentru a micșora capacitatea consumatorului de a discerne produsele cu valoare scăzută.
3. *Lipsa de informații* pentru consumatori asupra costurilor și calității serviciilor care să permită consumatorilor discriminarea între furnizori pe bază de calitate și eficiență.

Mai mult decât atât, deși cheltuiesc de departe cel mai mult din Produsul Intern Brut dintre toate țările dezvoltate, SUA sunt singura țară dezvoltată care nu a obținut acoperirea universală a populației cu asigurări medicale. Deși majoritatea cetățenilor americani are acces fie la asigurări private fie la unul din programele publice, în 2010 aproximativ 16% din populație nu avea asigurare medicală (De Navas-Walt și colab. 2011).

Aceasta este cea mai mare proporție de neasigurați dintre toate țările dezvoltate, și reprezintă principalul motiv pentru care Congresul american a aprobat Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) în 2010. Elementele principale ale legii sunt direcționate către reformarea pieței private individuale prin introducerea mandatului de a obține asigurare, garantării accesului la asigurare indiferent de starea de sănătate, și stabilirea unor piețe standardizate (Health Insurance Benefit Exchanges) cu reglementări stricte asupra pachetelor de beneficii oferite și a interacțiunii dintre asiguratorii și consumatori. În plus, legea include expansiunea programului Medicaid ca politică menită să adreseze incapacitatea sistemului privat de a acoperi în mod eficient populațiile sărace.

- 2) **Complexitatea și rigiditatea normativă a sistemului cresc** odată cu introducerea concurenței ca urmare a nevoii monitorizării pieței, în timp ce consumatorii nu par să aibă opțiuni considerabil crescute.

Exemplu

Până în 2006, Olanda a avut un sistem în care 60% din populație era acoperită de asigurări sociale administrat de fonduri non-profit. În 2006, aceasta a trecut la un sistem privat de

competiție gestionată⁹ similar cu cel al Elveției. Deși această reformă a fost luată în considerare ca un model de succes pentru reforma în sănătate din Statele Unite cu potențialul de a crește opțiunile populației și de a eficientiza sistemul (Jost 2010), o analiză mai atentă arată că efectele acestei reforme au fost mai complicate decât a fost preconizat inițial (Okma și colab. 2011). Trei efecte observate în cazul Olandei au relevanță deosebită pentru situația României:

- deși au dus la mobilizarea unui nivel mai ridicat de fonduri pentru sănătate,¹⁰ reformele *au sporit inechitatea sistemului*. În 2010, aproximativ 319 000 de debitori nu își plățiseră primele de asigurare pentru mai mult de 6 luni. Numărul debitorilor și cel al neasiguraților reprezenta aproape 3% din totalul populației în 2010, constituind un motiv serios de îngrijorare pentru guvernul olandez.
- opțiunile de asigurare pentru consumatori *nu par să fi crescut*. Competiția a dus la consolidarea accelerată pe piața asigurărilor de sănătate, cu doar 4 companii deținând 90% din totalul pieței. Mai mult, sondajele recente sugerează că publicul este relativ nesatisfăcut cu noul sistem, 65% din respondenți raportând un nivel scăzut sau foarte scăzut de încredere în asiguratorii privați.
- *complexitatea administrativă și rigiditatea normativă* necesare pentru a susține sistemul nou-creat au crescut considerabil. Acest fenomen ilustrează faptul că, în mod paradoxal, sistemele care încearcă să se debaraseze de controlul birocratic centralizat prin intermediul privatizării constată că necesită reglementări sofisticate și intervenție guvernamentală masivă pentru a funcționa, și aceasta în principal din cauza defecțiunilor intrinseci ale pieței de asigurări de sănătate discutate mai sus.

3. Deși sistemele **duale oferă opțiuni crescute populației cu venituri ridicate** și cresc într-o oarecare măsură reacția sistemului la preferințele consumatorilor, selecția riscurilor și inechitățile între cele două sectoare sunt semnificative.

Exemplu

Germania reprezintă un caz special în ceea ce privește finanțarea sănătății nu doar prin prisma faptului că menține un sistem dual social-privat¹¹ de asigurări. Sistemul german de asigurări sociale, cel care stă la baza conceptului modern, a suferit reforme substanțiale în ultimii ani care l-au transformat într-un sistem de piață competitivă.

Începând din 1970, germanii cu venituri peste 4,050 de euro pe lună și dependenții lor (aproximativ 20% din totalul populației în 2009) pot opta între sistemul de asigurări sociale și sistemul privat¹². În mod curent, 85,5% din populație sunt asigurați prin cele 196 de fonduri sociale și 10.2% sunt asigurați prin cele 47 de societăți private pentru profit (Lisac și colab.

⁹ "Managed competition" este termenul clasic, inventat de Alan Enthoven. Pentru mai multe detalii, o bună sursă de documentare este Enthoven, A.C. 1993, "The history and principles of managed competition", *Health Affairs*, vol. 12, nr. 1, pp. 24-48.

¹⁰ Această consecință este considerată una negativă în cazul Olandei, însă în contextul subfinanțării sistemului de sănătate al României ar putea fi considerată un efect de dorit.

¹¹ Termenul public-privat nu este folosit în acest caz pentru că sistemul de asigurări statutorii nu este public per se, ci este administrat de societăți cu caracter privat, non-profit.

¹² Începând cu 2007, această limită de venit trebuie depășită trei ani la rând pentru ca persoana respectivă să fie eligibilă pentru asigurare privată.

2010). Începând cu anul 1996, marea majoritate a asiguraților din sistemul social pot de asemenea să aleagă între fondurile de asigurare.

Evidențele disponibile sugerează diferențe notabile între caracteristicile asiguraților din cele două sisteme. Sistemul privat constă în mod disproporționat din persoane cu stare bună de sănătate (Thomson și Mossialos 2006), care sunt de asemenea și mai înstăriți prin prisma reglementărilor de eligibilitate pentru a opta în afara sistemului public. Mai mult, există evidențe convingătoare că pacienții cu asigurare privată beneficiază de acces la anumite servicii, ca operațiile electivă, considerabil mai bun decât pacienții din sistemul social (Lungen și colab. 2008). Acest lucru este ilegal, în Germania legislația interzicând discriminarea de către furnizori a pacienților pe baza tipului de asigurare (Tuffs 2008). În mod deloc surprinzător însă, furnizorii se adaptează la stimulentele financiare crescute din sistemul privat, creând astfel un sistem cu două nivele unde pacienții mai înstăriți și mai sănătoși au acces mai bun la servicii medicale decât restul populației.

4. Capacitatea decizională și de reglementare eficace a autorităților publice par a avea un rol mai important decât principiile concurenței consumeriste în crearea unui sistem eficient și de calitate.

Exemplu

Elveția are un sistem universal finanțat prin asiguratorii privați, non-profit, care concurează la nivelul celor 26 de sisteme regionale (cantoane). Fiecare cetățean este obligat să cumpere asigurare în mod direct prin plata primei de asigurare, care în 2011 varia de la \$3,784 la \$6,611. Astfel, chiar și în aceeași regiune există o variație considerabilă a primei, probabil în mare parte ca urmare a selecției riscurilor. Deși există o schemă de ajustare a riscurilor, aceasta este deocamdata bazată numai pe vârstă și sex, iar din 2012 urmează să includă utilizarea de servicii spitalicești și de sanatoriu din anul precedent (Camezind și Squires 2011). Pentru a activa pe piață, fiecare asigurator trebuie să fie înregistrat de biroul federal al sănătății publice, care se ocupă cu reglementarea asigurărilor de sănătate. Deși asiguratorii nu pot acumula profit din vânzarea pachetului de bază, ei pot acumula profit din vânzarea planurilor suplimentare, care constau în principal din servicii și facilități superioare.

Majoritatea experților internaționali consideră Elveția un exemplu de piață funcțională cu performanțe excelente de-a lungul unor dimensiuni ca accesul, calitatea serviciilor, și satisfacția populației, cel puțin în comparație cu piața privată din SUA (Leu și colab. 2009; Schoen și colab. 2009). Aceste performanțe par la prima vedere un rezultat direct al concurenței între asiguratorii și al posibilității populației de a alege planul de asigurare. În acest sens, sistemul elvețian pare a fi exemplul perfect al idealului consumerist, bazat pe concurență și liberă alegere, aplicat asigurărilor medicale.

O analiză mai atentă sugerează însă că cel mai probabil determinant al acestor performanțe la nivel de finanțare este mai degrabă capacitatea de reglementare a autorităților publice centrale și regionale (Reinhardt 2004). Astfel, în Elveția consumatorii nu au practic acces la informații utile prin care să poată compara calitatea planurilor de asigurare oferite de diversele societăți concurente. Deși asigurații sunt responsabili pentru plata unor francize și coplăți, nu sunt evidențe că acestea au efectul de a limita utilizarea serviciilor cu preț ridicat, inclusiv serviciile spitalicești și testele diagnostice avansate, comparativ cu alte țări dezvoltate.

De asemenea, există reglementări stricte care guvernează fiecare aspect al tranzacțiilor legate de asigurare și de obținerea serviciilor medicale și care situează procesul decizional dincolo de consumatorul individual. De exemplu, există regulamente standard care guvernează procesul de înrolare a asiguraților și posibilitatea de concurență între asiguratori. Guvernul federal determină ce analize și dispozitive medicale sunt acoperite de asigurarea de bază și stabilește lista de medicamente compensate și prețurile maxime pentru medicamente. Mai mult, plata furnizorilor de servicii medicale este negociată direct între asociațiile asiguratorilor și cele ale furnizorilor pe baza unor liste fixe și uniforme de prețuri per serviciu, liste care nu pot fi influențate în niciun fel de consumatori. Astfel, deși bazat pe concurență, sistemul elvețian este susținut de un cadru rigid de reglementare care îi determină performanța în mai mare măsură decât eventualul comportament consumerist.

3.2 Experiența țărilor din Europa Centrală și de Est

Practic toate țările din Europa Centrală și de Est au implementat reforme ale sistemului de finanțare de tip Semashko, cu trecerea la asigurări sociale de sănătate. Dintre acestea însă, doar două (Cehia și Slovacia) au recurs la finanțarea printr-un sistem privat cu concurență între asiguratori. În 2009, Ungaria a promulgat o lege prin care asigurările de sănătate urmau să fie privatizate, însă câteva luni mai târziu legea a fost retrasă (Schneider și colab. 2009).

În general, lecțiile care se pot desprinde din experiența Cehiei și Slovaciei sunt similare cu cele evidente din țările dezvoltate. În principal, sunt evidente dificultatea stabilirii unei piețe de asigurări stabile și funcționale și lipsa de evidențe care să susțină o eficiență sau calitate sporită în furnizarea de servicii medicale ca urmare a introducerii concurenței la nivel de asiguratori.

În contrast cu țările dezvoltate însă, aceste lecții sunt exemplificate mai mult prin eșecuri de reformă și/sau deficiențe continue decât prin adaptare relativ promptă la provocările inerente administrării eficiente a pieței de asigurări medicale private, așa cum este cazul în țările dezvoltate. Mai mult, cazul Estoniei, este prezentat de asemenea ca un contraexemplu de țară care a avut succes în consolidarea unui sistem de asigurări sociale cu un singur fond centralizat. Deși este o țară Baltică, Estonia face parte din fostul spațiu comunist și s-a confruntat cu aceleași probleme ca și majoritatea țărilor din Europa Centrală și de Est ca urmare a tranziției treptate spre o economie de piață. Principalele concluzii sunt prezentate în continuare, împreună cu exemple ilustrative concrete.

5. Simpla legiferare a unei piețe de asigurări private este insuficientă pentru a crea un sistem de finanțare concurențial funcțional și eficient.

Exemplu

Slovacia a implementat un sistem de asigurări sociale la scurt timp după înlăturarea comunismului, în 1990, optând pentru un sistem cu fonduri de asigurare private. Principalele legi legate de finanțare au fost adoptate în 1994, punând astfel bazele unui sistem cu 13 companii de asigurare (Szalay și colab. 2011). Majoritatea acestora au dispărut însă de pe piață fie prin faliment, fie prin fuzionare, rezultând într-o piață cu 5 fonduri private și 2 fonduri publice. În perioada pre-2008 societățile de asigurare puteau acumula profit, însă între 2008 și 2011 această capacitate a fost restricționată prin introducerea unei reglementări care prevedea ca întregul profit să fie reinvestit în furnizarea de beneficii. Începând cu 2012, ca urmare a acționării în instanță a societăților de asigurare, această restricție a fost eliminată.

Piața privată s-a dovedit astfel, și în cazul Slovaciei, foarte dificil de administrat. Multe dintre societățile de asigurare au acumulat datorii în decursul mai multor ani, iar membrii celor care au dat faliment au fost acoperite de fondurile publice (Medved' și colab. 2005). Fondurile dedicate acestor activități ineficiente s-au ridicat la aproape 200 de milioane de euro (Szalay și colab. 2011), deși în 2004 a fost adoptată o lege care a transformat statutul asiguratorilor în societăți pe acțiuni cu bugete dure.

Mai mult, nu există evidențe convingătoare cum că privatizarea ar fi avut un efect pozitiv asupra accesului populației la servicii sau asupra calității serviciilor, peste ceea ce ar fi de așteptat ca urmare a creșterii nivelului de resurse din sistem. Corupția este încă larg răspândită. Deși accesul la servicii este garantat prin lege și coplățile sunt practic inexistente, mai mult de două treimi din populația slovacă declara că au fost nevoiți să ofere mită pentru a-și asigura servicii de calitate (Medved' și colab. 2005).

Între timp, sistemul a devenit mai inechitabil. Introducerea coplăților pentru servicii în 2003 cu intenția de a transfera o parte din risc asupra asiguraților pentru a-i "responsabiliza," precum și creșterea coplăților pentru medicamente, a dus la creșterea fondurilor provenite din plăți directe de la 12% în 2002 la 22% în 2006 din totalul cheltuielilor pentru sănătate (Szalay și colab. 2011).

6. Privatizarea asigurărilor **nu pare să ducă la eficiență alocativă sau tehnică crescută** în rândul furnizorilor de servicii.

Exemplu

Cehia a trecut de asemenea de la un sistem integrat de tip Semashko la unul contractual bazat pe asigurări de sănătate separate de furnizori, similar cu cel al Slovaciei. O diferență notabilă în cazul Cehiei a fost însă interdicția asiguratorilor de a acumula profit încă de la introducerea reformei, în 1992. Cu toate acestea, Cehia s-a confruntat cu probleme foarte similare cu cele ale Slovaciei, deși oarecum atenuate.

Accesul populației la servicii medicale a rămas inegal și afectat de corupție. Deși plățile informale sunt în general foarte dificil de măsurat, unele estimări au pus aceste plăți în jurul a 10% din totalul cheltuielilor pe sănătate la nivel național (Medved' și colab. 2005). Deși calitatea serviciilor a crescut în timp și actual Cehia are performanțe apreciabile (și superioare Slovaciei) în ceea ce privește anumite elemente ce privesc orientarea spre consumator (Health Consumer Powerhouse 2008), este estimat că în 2007 până la 20% din resursele din sistemul de sănătate au fost cheltuite ineficient (Bryndová și colab. 2009). De asemenea, prezența pieței liberalizate și lipsa planificării raționale a resurselor a dus la contradicții similare cu cele observate în SUA,

caracterizate printr-un surplus de tehnologii medicale scumpe și insuficiența relativă a serviciilor primare și de prevenție (Medved' și colab. 2005).

7. Finanțarea eficientă și echitabilă este posibilă chiar și în lipsa unei piețe private pentru asigurări de sănătate.

Exemplu

Estonia reprezintă o țară recunoscută pe plan internațional ca un exemplu demn de urmat în ceea ce privește reforma sistemului de sănătate. Imediat după căpătarea independenței în 1991, Estonia a început tranziția către o economie de piață. În același an a fost promulgată Legea Asigurărilor de Sănătate, care a stabilit trecerea de la modelul sovietic la un sistem de asigurări sociale bazat pe 22 de fonduri de asigurare regionale necompetitive, responsabile pentru colectarea fondurilor și contractarea cu furnizorii de servicii medicale.

În 1994 a fost instituit Fondul Central de Asigurare cu responsabilitatea de a coordona finanțarea prin fondurile regionale. Acesta cumula la nivel central fondurile colectate și le realoca pe bază de capitație ajustată. Începând cu anul 2000, Fondul Unic a devenit principalul contractor de servicii de sănătate prin consolidarea celor 22 de fonduri regionale în 4 departamente regionale ale fondului central (Koppel și colab. 2008). Deși nu are competitor pe piața asigurărilor, Fondul nu este obligat să contracteze cu toți furnizorii, fiind astfel capabil de a introduce un nivel rezonabil de concurență pe piața furnizorilor de servicii. Astfel, aceștia concurează pentru aproximativ 15% din fonduri în zonele unde există un surplus de furnizori, pe baza unor criterii explicite ce includ calificarea, nivelul coplăților, proximitatea față de pacienți, și prețul serviciilor (Habicht și colab. 2006).

Structura organizațională a Fondului a fost modelată cu îndrumarea unor experți în drept *privat* modern având ca obiectiv promovarea parteneriatului social, transparența, sustenabilitatea, și eficiența (Jesse 2008). De asemenea, un obiectiv specific a fost acela de a asigura depolitizarea administrării Fondului. Astfel, Fondul a fost stabilit ca o instituție cvasi-publică cu autonomie ridicată în a-și îndeplini funcțiile de finanțare și plată a serviciilor. Fondul are drepturi depline de a intra în acorduri contractuale și nu este supus reglementărilor funcționarilor publici, acest lucru permițându-i adoptarea de proceduri de recrutare și recrutare a personalului mai flexibile (Koppel și colab. 2008). Fondul își deține în mod legal capitalul și îl poate folosi numai conform procedurilor statutului sub care a fost instituit. 99% din veniturile Fondului provin din taxa de asigurare de sănătate, colectată de către Administrația Fiscală și Vamală. Deși Fondul nu poate declara faliment, sunt situații în care statul devine responsabil pentru datoriile acestuia, ca de exemplu atunci când veniturile din taxe sunt sub nivelul prognozat.

Această structură modernă de funcționare a Fondului de asigurări, precum și prezența unui sistem decizional rațional și transparent bazat pe obiective clar definite a contribuit decisiv la performanțele ridicate ale sistemului Estonian de sănătate. Deși cheltuielile pe sănătate au reprezentat doar 7.1% din PIB, mult sub media OCDE și semnificativ mai puțin decât Cehia (8.2%) și Slovacia (9.1%), Estonia are performanțe mai bune decât aceste țări în ceea ce privește orientarea către consumator și calitatea serviciilor (Health Consumer Powerhouse 2008). Accesul la servicii este în general foarte bun și echitabil. Deși raționarea serviciilor se face cu ajutorul listelor de așteptare, timpul mediu de așteptare este cu mult sub limitele acceptate (Habicht 2009) și nu sunt evidențe pentru existența barierelor instituționale în calea

accesul populației la servicii (Pölluste și colab. 2007). Mai mult, sistemul este relativ eficient, comparându-se favorabil atât cu statele OECD cât și cu statele foste comuniste.

În continuare, Tabelul 3 sintetizează principalele constatări extrase din analiza literaturii pe baza parametrilor propuși în secțiunea teoretică. Acestea sunt discutate mai amănunțit în cele ce urmează. Per total, concluzia este că asigurările sociale tind să aibă o *performanță superioară* asigurărilor private, în principal prin prisma echității și eficienței alocative și administrative crescute ale asigurărilor sociale.

Echitatea la nivelul finanțării este determinată pe de o parte de nivelul de progresivitate a colectării fondurilor, și pe de altă parte de măsura în care fondurile sunt alocate independent de veniturile beneficiarilor. Deși în teorie progresivitatea asigurărilor private poate fi comparabilă cu cea a asigurărilor sociale prin acordarea de subvenții, în practică subvențiile nu rareori suficiente pentru a realiza același nivel de progresivitate ca și asigurările sociale (Roberts și colab. 2004; Mossialos și colab. 2002). Odată ce fondurile au fost colectate, în teorie cele două sisteme de finanțare sunt comparabile în ceea ce privește alocarea redistributivă a resurselor utilizând același pachet de beneficii. În practică, determinanții acestei dimensiuni au mai mult de-a face cu accesul fizic al populației la furnizori și suficiența resurselor comparativ cu nevoia de servicii. Per total, consensul literaturii de specialitate este că în practică sistemele private sunt mai inechitabile decât cele bazate pe asigurări sociale (Drechsler și Jütting 2007; Schneider și colab. 2009; Tapay și Colombo 2004).

Bineînțeles însă, echitatea este o valoare dezbătută la nivelul fiecărei societăți în parte, fiind documentat faptul că diferite societăți au diferite nivele de toleranță la inechitate, în funcție de contextul lor cultural și istoric (Roberts și colab. 2004). Cu toate acestea, echitatea este identificată drept una din dimensiunile esențiale ale sistemului de sănătate în practic toate țările lumii, poate cu excepția SUA. În plus, este important a menționat faptul că inechitatea sistemelor de sănătate este rareori transparentă, ci este de obicei încorporată în deciziile și tranzacțiile complexe ce au loc la nivelul finanțării și furnizării serviciilor medicale. Adesea, odată ce publicul află de anumite inechități, acestea sunt tolerate în aceeași măsură indiferent de contextul național.

În general, asigurările sociale de sănătate au o capacitate fiscală moderată. Baza de taxare o reprezintă în majoritatea cazurilor veniturile din salarizare, ca urmare a originii asigurărilor sociale ca un sistem sponsorizat de angajatori. Astfel, veniturile nesalariale (investiții, etc.) nu sunt accesibile taxării. De asemenea, ponderea ridicată a economiei informale (ex. "munca la negru", evaziunea fiscală, etc.) și dorința statului de a scuti anumite grupuri sociale de la plata contribuțiilor fie din considerente de echitate, fie ca strategie politică, fac ca veniturile din contribuții să fie scădă considerabil. De aceea, în cele mai multe cazuri este necesară suplimentarea fondurilor din bugetul general (Roberts și colab. 2004). Această suplimentare are nu doar rolul de a crește nivelul resurselor din sistem, ci și de a crește progresivitatea sistemului de finanțare.

Tabelul 3. Analiză comparativă a celor două metode de finanțare pe baza parametrilor de performanță propuși.

Parametru	Asigurările sociale	Asigurările private	Comentarii
Capacitatea fiscală			- Asigurările private mobilizează fonduri crescute într-o piață funcțională, probabil deoarece membrii sunt mai dispuși să plătească pentru propria acoperire - De obicei însă, un sistem privat are nevoie de subvenții masive din fonduri publice
Progresivitatea colectării fondurilor (echitatea finanțării)			- Colectarea unei prime fixe în cazul asigurărilor private este regresivă, deși poate fi corectată într-o oarecare măsură prin acordarea de subvenții publice - Contribuțiile sociale sunt de obicei procent fix din salarii
Capacitatea de cumulare a riscului			Pentru fonduri de aceeași mărime, cele două sisteme au capacități de cumulare a riscului similare, însă fondurile sociale unice maximizează capacitatea de cumulare a riscului
Eficiența tehnică			- Asiguratorii privați sunt nevoiți să cheltuiască procente mai mari din fonduri pentru administrație pentru activități de publicitate, subscriere, comisioane pentru agenți etc. - De asemenea, fondurile de asigurări sociale sunt de obicei non-profit

Puterea de negociere cu furnizorii			În funcție de reglementările pieței, ambele sisteme pot negocia similar cu furnizorii; în general însă fondurile sociale sunt mai extinse sau chiar unice, exercitând o putere de negociere superioară asiguratorilor privați, care tind să paseze costurile mai mari consumatorilor
Distorsiunile macroeconomice induse			Fiind extrase din salarii, asigurările sociale cresc "prețul" per angajat și tind să încurajeze evaziunea fiscală și munca "la negru"
Răspunderea politică			Fondurile sociale sunt mai răspunzătoare interesului public datorită statutului acestora, care este de obicei public sau cvasi-public
Implementabilitatea			Organizarea unei piețe funcționale de concurență privată necesită resurse substanțiale și management public sofisticat și este de aceea mult mai dificil de implementat decât asigurările sociale
<u>TOTAL</u>			<i>Asigurările sociale de sănătate tind să fie superioare ca mijloc de finanțare asigurărilor private, având în general performanțe mai bune de-a lungul unor parametri cu importanță crescută în sistemul de sănătate (în special echitatea și eficiența alocativă și administrativă)</i>

Sursa: Analiza autorului pe baza sintezei literaturii de specialitate.

În ceea ce privește capacitatea de cumulare a riscului, cele două sisteme au în teorie performanțe similare, din moment ce aceasta este determinată în principal de mărimea fondului comun. Cu toate acestea, sistemele concurente sunt în practică posibile numai cu două sau mai multe societăți de asigurare, acest lucru limitând în mod automat mărimea fondurilor. Spre deosebire de acestea, un sistem de asigurări sociale poate avea un fond unic, maximizând astfel capacitatea de cumulare a riscului și micșorând posibilitatea insolabilității financiare. În plus, fondurile unice au acces la finanțarea suplimentară din bugetul de stat. Toate aceste considerente fac în practică asigurările sociale superioare asigurărilor private, în medie (Smith și Witter 2004).

În contrast cu asigurările sociale, asigurările private tind să mobilizeze fonduri crescute la nivelul sistemului. Cu toate acestea, în general nu este clar dacă surplusul de fonduri creează întotdeauna *valoare* mai ridicată în sistem. În acest sens trebuie făcută o distincție clară între cheltuielile totale ale sistemului, care depind de capacitatea de a mobiliza fonduri, și cheltuielile *per unitate* (per serviciu sau per pacient, o măsură a eficienței), care sunt determinate de interacțiunea dintre cerere și ofertă. Această interacțiune creează un anumit raport calitate/preț care se traduce în valoarea creată pentru consumator.

În materie de *eficiență alocativă*, evidențele sugerează în mod consecvent o performanță mai bună a asigurărilor sociale comparativ cu asigurările private. În principal, o deficiență deseori observabilă a asigurărilor private este ineficiența alocativă manifestată prin favorizarea serviciilor curative față de cele preventive și adopția rapidă a tehnologiilor scumpe cu beneficii scăzute sau nedovedite (Medved' și colab. 2005; Schneider și colab. 2009; Tapay și Colombo 2004). Motivele acestei tendințe sunt neclare. Este posibil ca ea să fie rezultatul fragmentării asiguratorilor la nivel de contractare de servicii, aceștia devenind mult mai susceptibili puterii de piață a furnizorilor instituționali (spitalele), care tind să împingă alocarea de resurse către servicii secundare și terțiare. Per total însă, este evidentă și *ineficiența tehnică* mai ridicată în sistemele de piațe privată cu concurență, cauzată de puterea scăzută de negociere cu furnizorii și manifestată prin prețuri per serviciu în general mai ridicate față de sistemele de asigurări sociale cu fonduri consolidate (Maynard și Thomson 2002; Okma și colab. 2011).

Un aspect cu importanță deosebită ține însă și de distorsiunile macroeconomice pe care diferitele sisteme de finanțare le induc (Wagstaff 2010). Sub acest aspect, evidențele sugerează că asigurările sociale au un impact considerabil asupra pieței forței de muncă, per total ducând la o scădere a productivității și la o mai mare pondere a economiei informale. Deși aceste efecte sunt considerabile în comparație cu sistemele finanțate din bugetul general, nu este clar cum acestea se compară cu un sistem privat finanțat prin prime individuale.

Pe de altă parte însă, asigurările sociale sunt considerate a avea mai multă tracțiune politică decât finanțarea prin taxe generale. Alocarea unei porțiuni stabilite din venituri pentru sănătate poate duce la o atitudine mai activă a populației și de acceptare a

principiului solidarității sociale, deși acest lucru nu a fost demonstrat în mod convingător (Wagstaff 2009).

De asemenea, sunt evidente dificultățile apreciabile ridicate de implementarea unui sistem viabil bazat pe competiția dintre firme private de asigurare. Procesul de implementare durează mai mulți ani, iar stabilizarea pieței cere adaptarea continuă a autorităților publice. Resurse considerabile sunt adesea cheltuite pentru a acoperi datoriile asiguratorilor privați sau pentru reasigurarea membrilor societăților de asigurare aflate în faliment, așa cum arată experiența Cehiei și Slovaciei (Bryndová și colab. 2009; Medved' și colab. 2005; Szalay și colab. 2011). Mai mult, combaterea selecției riscurilor de către asiguratorii necesită dezvoltarea unor mecanisme sofisticate de redistribuire a riscului și de monitorizare a asiguratorilor. La aceasta se adaugă de multe ori dezvoltarea și administrarea unui sistem de subvenții pe bază de venit, care crește cerințele instituționale și financiare ale sistemului.

4. Discuție și recomandări

Această revizie a literaturii de specialitate sugerează că privatizarea sistemului de asigurări ar fi o reformă cu potențial limitat în rezolvarea problemelor reale ale sistemului românesc de sănătate. În același timp, evidențele avertizează că privatizarea ar putea avea consecințe negative considerabile asupra echității și eficienței sistemului.

În primul rând, este oarecum normal ca factorii de decizie actuali să considere privatizarea ca pe o potențială soluție, atât pe baza unor factori ideologici cât și din considerente pragmatice ce țin de aparenta imposibilitate de reformare a sectorului public românesc. De fapt, principalele probleme cu care se confruntă sistemul de sănătate românesc, diagnosticate exact de Comisia Prezidențială, sunt consecințe mai mult sau mai puțin directe ale ineficienței și lipsei de capacitate instituțională din sectorul public. De exemplu, problema cea mai vizibilă, a subfinanțării cronice a sistemului, este cauzată de capacitatea redusă de colectare a contribuțiilor, precum și de acordarea de favoruri politice anumitor grupuri sociale. La fel este și a doua problemă identificată de Comisia Prezidențială, lipsa transparenței decizionale în alocarea fondurilor, precum sunt și alte deficiențe care sunt efecte ramificate ale acestor două probleme principale.

Din păcate însă, experiența internațională nu recomandă privatizarea ca soluție înlocuitoare a reformei din sectorul public. Dacă un singur lucru este clar, este acela că un sistem privat are nevoie de o și mai mare capacitate instituțional-administrativă din partea autorităților publice pentru a funcționa în mod eficace și eficient. Mai mult, analiza sistemelor care se folosesc de finanțarea prin fonduri private concurente arată că noi ineficiențe și inechități ar fi introduse în sistemul de sănătate prin privatizare. Între timp, cauza reală a problemelor sistemului românesc de sănătate nu ar fi adresată.

În materie creștere a resurselor financiare dedicate sănătății, privatizarea ar avea efecte cel mult mixte. Deși ar crea iluzia unor fonduri sporite mobilizate pentru servicii de sănătate, privatizarea ar *menține presiunea pe bugetul de stat*. Finanțarea prin prime fixe ar duce la o redistribuție substanțială a fondurilor către populația înstărită, crescând astfel inechitatea sistemului și necesitând subvenții masive din fonduri publice pentru persoanele care nu își pot permite plata primelor de asigurare, similar situației actuale.

În ceea ce privește transparența decizională în alocarea resurselor, aceasta nu s-ar îmbunătăți într-un sistem privat. Opacitatea procedurală va rămâne o problemă într-un sistem privat, sau chiar se va agrava. Societățile private consideră informațiile membrilor și cele legate de procesele interne drept elemente esențiale pentru dobândirea unui avantaj competitiv pe piață. Experiența țărilor dezvoltate arată că modul în care sunt luate deciziile ar fi complet netransparent. Una din măsurile care pot

duce la creșterea transparenței decizionale, stabilirea transparentă a pachetului de beneficii, va trebui luată atât în cazul privatizării cât și în lipsa ei.

În al doilea rând, privatizarea ar duce la un număr de consecințe negative ca urmare a deficiențelor inerente pieței de asigurări. Astfel, un sistem privat ar fi în mod probabil mai ineficient decât un sistem public de-a lungul a cel puțin trei dimensiuni, în funcție de gradul de liberalizare a pieței:

- a) *Eficiența administrativă.* Societățile de asigurare private ar fi nevoite să cheltuiască în paralel sume substanțiale pe activități de marketing și publicitate, negociere și contractare cu furnizorii, precum și dezvoltarea sistemelor de plată și de management al riscului. Nevoia de a contracta cu mai mulți asiguratori ar împovăra de asemenea furnizorii, care ar fi nevoiți să investească în sisteme administrative mai complexe. Mai mult, statul ar fi nevoit să investească masiv în sisteme de monitorizare a pieței, de ajustare a riscului acumulat de asiguratori, și de reglementare a interacțiunii dintre asiguratori și furnizori. Toate aceste cheltuieli administrative ar fi transmise cel mai probabil consumatorilor prin costuri mai mari ale serviciilor.
- b) *Eficiența tehnică.* Fragmentarea pieței și introducerea concurenței pentru pacienți ar avea drept rezultat scăderea puterii de negociere a asiguratorilor cu furnizorii, în contextul liberalizării pieței. O putere redusă de negociere ar duce cel mai probabil la prețuri crescute pentru servicii.
- c) *Eficiența alocativă.* Liberalizarea pieței ar reduce foarte probabil capacitatea asiguratorilor de a coordona serviciile de sănătate în jurul pacientului și de a încuraja serviciile de medicină primară și de prevenție. În contextul creșterii accelerate a afecțiunilor cronice, lipsa coordonării duce la o creștere nejustificată a utilizării serviciilor curative în detrimentul celor preventive, cu efecte nefaste atât pentru costuri cât și pentru starea de sănătate a populației.

În plus, fragmentarea pieței ar putea duce de asemenea la *creșterea nejustificată a variațiilor calității și accesului* la servicii în rândul populației. Chiar și asumând o consolidare inevitabilă a pieței în timp, ca urmare a cerințelor substanțiale de capital necesare pentru a asigura solvabilitatea societăților de asigurare, aceasta *ar reduce posibilitatea populației de a alege* planul de asigurare. Aceasta ar duce la scăderea concurenței între asiguratori, unul din considerentele principale pentru care această reformă este propusă.

În ultimul rând, structurarea pieței de asigurări într-un mod care să asigure competiția robustă cere *un timp îndelungat, o investiție substanțială, precum și o capacitate ridicată de reglementare* din partea autorităților statului. Este foarte puțin probabil că reforma va decurge în mod adecvat ținând cont de complexitatea ei în forma actual propusă, ducând astfel la și mai multă confuzie pentru furnizori și pacienți.

Experiența internațională sugerează că perfecționarea unui sistem de sănătate bazat pe asigurări sociale și suplimentarea crescută și treptată cu fonduri din taxe generale are șanse mai mari de a spori eficiența, calitatea, și echitatea decât o reformă radicală de privatizare. Piața asigurărilor de sănătate este atipică din punct de vedere economic, prezentând atât interacțiuni complexe cu piața furnizorilor cât și deficiențe majore ce stânjenesc competiția funcțională dintre societățile de asigurare. Pe de altă parte, există evidențe că autoritățile publice pot administra relativ eficient un sistem de asigurări universale. În cele din urmă, privatizarea nu poate înlocui buna guvernare a autorităților publice, care este cu atât mai necesară într-un sistem de concurență privată.

În concluzie, nu este recomandat asigurările private să devină sursa principală de finanțare a sistemului de sănătate. Mai mult, este recomandată consolidarea sistemului actual și axarea reformei pe restructurarea procesului decizional la nivelul instituțiilor publice. Specific, recomandările acestui raport sunt următoarele:

1. Concentrarea eforturilor pe reforma sectorului public, cu accentul pe investirea în capacitatea administrativă și managerială a autorităților publice centrale și locale precum și pe dezvoltarea unor procese de decizie transparente și raționale, axate pe obținerea unor obiective clar definite.
2. Creșterea fondurilor din sistem prin executarea mai riguroasă a colectării de taxe, separarea fondurilor alocate sănătății de alte fonduri publice, și suplimentarea acestora cu fonduri de la bugetul general.
3. Definirea pachetului de servicii de bază care să asigure un echilibru între profunzimea acoperirii împotriva riscurilor medicale și costurile sistemului, printr-un proces echitabil și reprezentativ pentru toți actorii principali din sistem
4. Dezvoltarea unui sistem național de infrastructură IT care să permită colectarea în timp util de date utilizabile pentru alocarea rațională a resurselor pentru servicii de sănătate.

Kutzin și colaboratorii (2010) au identificat câteva trăsături importante ale țărilor care au avut succes în implementarea reformelor de finanțare a sănătății. Între acestea, cele mai importante sunt:

- identificarea clară a obiectivelor reformei și prioritizarea lor logică și secvențială
- încercarea de a înțelege mecanismele de finanțare în termeni funcționali și nu copierea altor modele pe baze ideologice
- tratarea pachetului de beneficii ca pe un instrument de reformă și nu ca pe un exercițiu contabil
- acompanierea implementării cu analiză, raportare, studiu, și adaptare.

Adoptarea acestor principii în cadrul reformei în sănătate are crește probabilitatea de succes a reformei. Astfel, experiența arată că este posibilă atingerea obiectivelor sistemului de sănătate românesc fără privatizare asigurărilor. Deși este adevărat că majoritatea problemelor curente ale sistemului românesc este cauzată de ineficiența instituțională a autorităților publice, privatizarea nu va rezolva aceste probleme. Capacitatea instituțională a statului este cu atât mai necesară pentru funcționarea unui sistem privat.

În cele din urmă, trebuie conștientizate pericolele reale ale reformei radicale ale sistemului de sănătate. Deși mulți actori din sistem sunt în favoarea unei reforme pe baza principiului "așa nu se mai poate," o reformă radicală are șanse mari de a înrăutăți starea sistemului și de a crea confuzie atât în rândul furnizorilor cât și al populației.

Tabele suplimentare

Tabel Suplimentar 1. Sumar al experienței în țările dezvoltate

Țara	Situația și reformele relevante	Concluzii
SUA	• Sistem de finanțare pluralist public + privat și administrat/reglementat atât la nivel federal cât și de stat • Cele mai mari cheltuieli din lume atât ca pondere din PIB cât și per capita, nereflectate în calitatea crescută a serviciilor, în accesul crescut la sistemul de sănătate, sau în starea de sănătate mai bună a populației • Numeroase piețe private fragmentate și reglementate în mod divers, adesea deficient și contradictoriu • Cele mai mari costuri administrative, inechități considerabile, și cele mai mari prețuri per serviciu din lume • Alocarea irațională a resurselor (dezechilibru pronunțat medici primari/specialiști, servicii curative/preventive, exces de capital etc.) • Lipsa acoperirii universale cu asigurări de sănătate • Reforma majoră în 2010 cu scopul de a contracara deficiențele pieței private și de a extinde programele publice; chiar și cu această reformă însă, SUA este departe de acoperirea universală	• Piața privată de asigurări suferă de deficiențe majore care, în lipsa reglementării stricte, duc la alocarea ineficientă și inechitabilă a resurselor • Fragmentarea și lipsa standardizării în mecanismele de finanțare duc la complexitatea excesivă a sistemului și au ca rezultat duplicarea administrativă, risipa de servicii și resurse, și fraudă și abuzul sistemului • Deși creează concurență pentru primele de asigurare, fragmentarea pieței duce la puterea redusă de negociere cu furnizorii; acești sunt chiar capabili de a își folosi puterea de monopol local pentru a rezista mecanismelor de eficientizare a serviciilor • Asigurările private nu scutesc bugetele publice de cheltuieli crescute; mai mult, în unele cazuri au un efect negativ asupra acestora prin crearea unor stimulente perverse asupra furnizorilor și pacienților

Olanda	• Sistem de finanțare bazat pe concurența fondurilor de asigurare private, non-profit • Fiecare persoană este obligată să-și cumpere asigurare prin plata directă a primei de asigurare, iar subvenții publice sunt asigurate pentru persoanele cu venituri scăzute • O schemă complexă de redistribuire a riscurilor este operată la nivel central	• Consolidarea pieței în timp duce la limitarea opțiunilor • Rigiditatea administrativă crește odată cu adoptarea pieței competitive • Inechitatea în finanțare este un factor îngrijorător ce caracterizează mecanismele private de alocare a resurselor
Germania	• Sistem dual cu majoritatea populației acoperită prin asigurări sociale oferite de fonduri concurențiale (85,5%), și posibilitatea populației înstărite de a opta pentru asigurare privată (10.2%) • Concurența dintre fondurile de asigurări sociale și o schemă de redistribuire a riscului au fost introduse recent • De asemenea, reformele recente au introdus obligația de a obține asigurare și anumite restricții cu privire la revenirea asiguraților în sistemul privat la cel social cu scopul de a contracara profitarea anumitor persoane de sistemul de asigurări sociale	• Sistemele duale au capacitatea de a crea inechități notabile în ceea ce privește accesul și calitatea serviciilor între sectorul public și cel privat • În absența mecanismelor eficace de redistribuire a riscului, selecția riscurilor duce la preponderența persoanelor sănătoase și cu venituri ridicate în sistemul privat, împovărând astfel sistemul public și creând inechități la nivel de finanțare a serviciilor
Elveția	• Sistem de finanțare privat bazat pe concurența la nivel regional între multiple societăți de asigurare non-profit • Reglementare strictă și relativ eficace a societăților de asigurare, subvenții publice, și scheme de ajustare/redistribuire a riscului	• Reglementarea pare a fi un determinant mai puternic al performanțelor sistemului decât principiile cu caracter consumerist • Inechitățile verticale (pe bază de venituri) și orizontale (pe bază de alte caracteristici), pot fi larg răspândite în sistemele private

Tabel Suplimentar 2. Sumar al experienței în țările din Europa Centrală și de Est

Țara	Situația și reformele relevante	Concluzii
Slovacia	• Singura țară din spațiul fost comunist care a implementat un sistem cu fonduri de asigurare concurente, pentru profit (cu restricții între 2008 și 2011) • Finanțare prin contribuții sociale • Un număr considerabil de fonduri au dat faliment iar altele au acumulat datorii semnificative, fiind reasigurate de către stat • Ponderea foarte ridicată (22%) a plăților directe din totalul cheltuielilor pentru sănătate • Persistența pe scară largă a plăților informale pentru accesarea serviciilor, plăți cu un puternic caracter regresiv și ineficient	• Implementarea și reglementarea unei piețe private de asigurări de sănătate este foarte dificilă și necesită o capacitate instituțională considerabilă din partea statului • Asigurările private concurențiale nu sunt superioare în mod intrinsec asigurărilor sociale fără concurență sau finanțării prin fonduri de la bugetul general • Dimpotrivă, evidențele sugerează existența unor consecințe negative neintenționate ale introducerii competiției, cu precădere în țările cu un cadru instituțional încă în proces de formare
Cehia	• Asigurări prin fonduri private concurente, non-profit și finanțare prin contribuții sociale • Probleme similare cu ale Slovaciei, însă întrucâtva atenuate • Performanțe mai bune per total în ceea ce privește calitatea serviciilor • Plățile informale estimate la ~10% din totalul cheltuielilor pentru sănătate, iar cheltuielile ineficiente la 20%	• Concurența în sistemul de asigurări medicale nu pare să determine un nivel sporit de eficiență tehnică sau alocativă în rândul furnizorilor de servicii • Mobilizarea de resurse sporite în sistemul de sănătate nu garantează că acestea vor fi folosite în mod eficient și echitabil

Estonia	• Consolidarea fondurilor multiple într-un Fond unic cu statut cvasi-public și structură administrativă modernă • Folosirea rațională a puterii de monopol pentru a introduce competiție pe piața furnizorilor cu scopul promovării calității și eficienței • Performanțe excelente comparativ cu alte țări la nivelul accesului, calității, și eficienței	• Un sistem de sănătate eficient și eficace este posibil fără crearea unei piețe private concurențiale de asigurări medicale • Reformarea sistemului public cu instituirea proceselor decizionale transparente și conectarea lor la obținerea unor obiective clar definite la nivel de sistem este esențială • Adoptarea practicilor moderne de guvernare instituțională în sectorul public poate maximiza beneficiile pentru întreaga societate într-un mod relativ eficient
---------	--	---

Notă metodologică

Pentru a identifica principalele beneficii și consecințe negative ale reformei de privatizare a asigurărilor medicale, am efectuat o revizie a literaturii de specialitate. Principala metodă de identificare a studiilor relevante a fost căutarea iterativă în bazele de date ISIS Web of Knowledge și Google Scholar. Principalii termeni cheie folosiți au fost "private health insurance," "social health insurance," "health insurance reform," "health care financing," "competition" etc. Am folosit în mod secundar și tehnica "snowballing" prin identificarea articolelor relevante în bibliografiile studiilor examinate inițial.

De asemenea, am căutat manual publicații relevante pentru tematica aleasă (inclusiv cărți, rapoarte, policy briefs) editate sub egida următoarelor organizații: Organizația Mondială a Sănătății (WHO), Banca Mondială, Observatorul European pentru Sisteme și Politici de Sănătate, și Organizația pentru Cooperare Economică și Dezvoltare (OECD). Am studiat publicațiile apărute după 1990 care se referă în principal la țări din actualul spațiu european și fostele republici comuniste.

În final, am consultat în mod informal experți internaționali în politici de sănătate, inclusiv Dr. William Hsiao (Harvard School of Public Health) și Dr. Gerard Anderson (Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health) pentru sugestii cu privire la principalele metode de căutare precum și la concluziile materialului. Bineînțeles, opiniile exprimate în materialul final aparțin în totalitate autorilor și nu reflectă neapărat opiniile persoanelor consultate.

Referințe

- Bryndová, L., Pavloková, K., Roubal, T., Rokosová, M. & Gaskins, M. 2009, *Czech Republic: Health System Review*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Camezind, P. & Squires, D. 2011, *The Swiss Health System, 2011*, The Commonwealth Fund.
- De Navas-Walt, C., Proctor, B.D. & Smith, J.C. 2011, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010*, United States Census Bureau.
- Drechsler, D. & Jütting, J. 2007, "Different countries, different needs: the role of private health insurance in developing countries", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 32, nr. 3, pp. 497-534.
- Ellwood, P.M., Enthoven, A.C. & Etheredge, L. 1992, "The Jackson Hole initiatives for a twenty-first century American health care system", *Health Economics*, vol. 1, nr. 3, pp. 149-168.
- Enthoven, A.C. 1993, "The history and principles of managed competition", *Health Affairs*, vol. 12, nr. 1, pp. 24-48.
- Habicht, J., Xu, K., Couffinhal, A. & Kutzin, J. 2006, "Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia", *Health policy and planning*, vol. 21, nr. 6, pp. 421-431.
- Habicht, T. 2009, *Presentation: Purchasing System in Estonia* Washington, D.C.
- Haivas, I. 2010, "Health care in Romania: Fighting collapse", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 182, nr. 7, pp. 654-655.
- Health Consumer Powerhouse 2008, *Euro-Canada Health Consumer Index 2008*, Health Consumer Powerhouse, Stockholm, Bruxelles.
- Hsiao, W.C. 1995, "Abnormal economics in the health sector", *Health policy*, vol. 32, nr. 1-3, pp. 125-139.
- Jesse, M. 2008, *Governance of the health system, health insurance fund and hospitals in Estonia—opportunities to improve performance*, World Health Organization, Copenhagen.
- Jost, T.S. 2010, *The Experience of Switzerland and Netherlands with Individual Health Insurance Mandates: A Model for the United States?*, Washington and Lee University School of Law,
<http://law.wlu.edu/deptimages/Faculty/Jost%20The%20Experience%20of%20Switzerland%20and%20the%20Netherlands.pdf> (ultima vizită pe 25 martie 2012).
- Koppel, A., Kahur, K., Habicht, T., Saar, P., Habicht, J. & van Ginneken, E. 2008, *Estonia: Health System Review*, European Observatory on Health Systems and Policies.

- Kutzin, J., Cashin, C. & Jakab, M. 2010, *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*, WHO Regional Office for Europe and The European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Leu, R.E., Rutten, F.F.H., Brouwer, W., Matter, P. & Rütschi, C. 2009, *The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Markets*, The Commonwealth Fund.
- Lisac, M., Reimers, L., Henke, K.D. & Schlette, S. 2010, "Access and choice—competition under the roof of solidarity in German health care: an analysis of health policy reforms since 2004", *Health Economics, Policy and Law*, vol. 5, nr. 1, p. 31.
- Lungen, M., Stollenwerk, B., Messner, P., Lauterbach, K.W. & Gerber, A. 2008, "International Journal for Equity in Health", *International Journal for Equity in Health*, vol. 7, p. 1.
- Maynard, A. & Thomson, S.M.S. 2002, "Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience", in *Funding Health Care: Options for Europe*, eds E Mossialos, A Dixon, J Figueras & J Kutzin, Open University Press, Buckingham.
- Medved', J., Nemec, J. & Vitek, L. 2005, "Social Health Insurance and its Failures in the Czech Republic and Slovakia: The Role of the State", *Prague Economic Papers*, vol. XIV, nr. 1, pp. 64-81.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. & Kutzin, J. (eds) 2002, *Funding Health Care: Options for Europe*, Open University Press, Buckingham.
- Nistor, L.I.A. & Văidean, L.V. 2010, "The private health insurance market in Romania: past, present and future", *Finante - provocarile viitorului. Revista Catedrei de Finante a FEAA Craiova*, vol. 9 nr. 12, pp. 184-188.
- Normand, C. & Busse, R. 2002, "Social Health Insurance Financing", in *Funding Health Care: Options for Europe*, eds E Mossialos, A Dixon, J Figueras & J Kutzin, Open University Press, Buckingham, PA, pp. 57-79.
- OECD 2011, *OECD Health Data* in <http://www.oecd.org/health/healthdata>, accesat pe 15 Aprilie 2012.
- Okma, K.G.H., Marmor, T.R. & Oberlander, J. 2011, "Managed Competition for Medicare? Sobering Lessons from the Netherlands", *New England Journal of Medicine*, vol. 365, nr. 4, pp. 287-289.
- Põlluste, K., Kalda, R. & Lember, M. 2007, "Satisfaction with the access to the health services of the people with chronic conditions in Estonia", *Health policy*, vol. 82, nr. 1, pp. 51-61.
- Reinhardt, U.E. 2004, "The Swiss Health System", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, vol. 292, nr. 10, pp. 1227-1231.

- Roberts, M.J., Hsiao, W., Berman, P. & Reich, M.R. 2004, *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*, Oxford University Press, New York, USA.
- Schneider, P., van de Ven, W.P.M.M., Schuetz, S., Koettl, J. & Wagstaff, A. 2009, *Health Insurance and Competition*, World Bank Human Development Sector Unit - Europe and Central Asia.
- Schoen, C., Helms, D. & Folsom, A. 2009, *Harnessing Health Care Markets for the Public Interest: Insights for U.S. Health Reform from the German and Dutch Multipayer Systems*, The Commonwealth Fund and Academy Health.
- Smith, P.C. & Witter, S.N. 2004, "Risk Pooling in Health Care Financing: the Implications for Health System Performance", *HNP Discussion Paper*.
- Swiss Reinsurance Company 2007, *To your health: diagnosing the state of healthcare and the global private medical insurance industry*, Zurich, Switzerland.
- Szalay, T., Pažitný, P., Szalayová, A., Frisová, S., Morvay, K., Petrovic, M. & van Ginneken, E. 2011, *Slovakia: Health System Review*, European Observatory on Health Systems and Policies.
- Tapay, N. & Colombo, F. 2004, "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems", in *The OECD Health Project: Towards High Performing Health Systems*, OECD, Paris.
- Thomson, S. & Mossialos, E. 2006, "Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands", *Journal of European Social Policy*, vol. 16, nr. 4, pp. 315-327.
- Tuffs, A. 2008, "Germany has two tier health service, study shows", *BMJ: British Medical Journal*, vol. 336, nr. 7648, p. 796.
- Vlădescu, C., Pascu, O., Astărăstoae, V., Verboncu, I., Anghel, R., Stănescu, A., Molnar, G., Oslavszky, V. & Irimia, C. 2008, *Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului*, Comisia Prezidențială pentru Analiza și Elaborarea Politicilor din Domeniul Sănătății Publice din România, București.
- Wagstaff, A. 2009, "Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems - Evidence from the OECD", *World Bank Policy Research Working Paper*, vol. 4821.
- Wagstaff, A. 2010, "Social health insurance reexamined", *Health Economics*, vol. 19, nr. 5, pp. 503-517.