

# FINANȚAREA SISTEMELOR DE SĂNĂTATE ÎN ȚĂRILE UNIUNII EUROPENE. ROMÂNIA ÎN CONTEXT EUROPEAN

CRISTINA DOBOȘ

*Acest articol face o analiză teoretică a diverselor mecanisme de finanțare a sistemelor de sănătate din Europa, pentru a trage concluzii asupra avantajelor și dezavantajelor fiecărui sistem. De asemenea, se ridică întrebarea dacă o asigurare suplimentară de sănătate în România este viabilă și ar reduce costurile din buzunar ale pacienților, costuri ridicate în momentul de față. În toate țările UE, guvernele sunt implicate în finanțarea îngrijirii medicale, cele mai multe state-membre folosind un sistem combinat între contribuțiile la asigurările sociale și finanțarea guvernamentală directă a sănătății. Rolul jucat de asigurările private diferă mult de la o țară la alta, însă, în general, acestea reprezintă mai degrabă un supliment decât un substituent al sistemului principal de sănătate. În România, co-plățile pentru medicamente și îngrijire medicală sunt ridicate și ar putea fi reduse prin intermediul unor asigurări suplimentare, spun unii specialiști. Trebuie menționat faptul că, în UE, o piață a asigurărilor de sănătate voluntare care să acopere co-plățile nu este foarte dezvoltată, (cu excepția Franței), dar o parte însemnată a populației beneficiază de ele pentru costurile îngrijirii în ambulatoriu, în Austria, Belgia, Franța, Irlanda, Spania și Portugalia. Acest tip de asigurări poate să includă o mare parte din costurile pentru îngrijirea primară, medicamente, analize, specialiști, transport, maternitate. Nivelul rambursărilor este diferit de la o țară la alta și variază, de asemenea, în funcție de pachetul de asigurări ales de beneficiar.*

***Cuvinte cheie:** sistem de sănătate, finanțare, asigurări de sănătate, cheltuieli pentru sănătate.*

## CADRU TEORETIC

Mecanismele prin care sunt generate și alocate fonduri în sistemele de sănătate europene sunt deosebit de complexe și diferă de la o țară la alta.

În toate țările Uniunii Europene guvernele sunt implicate în finanțarea îngrijirii medicale; cele mai multe state membre folosesc un sistem combinat între contribuțiile la asigurările sociale și finanțarea guvernamentală directă a sănătății. Cât privește asigurările private, acestea reprezintă mai degrabă un supliment decât un substituent al sistemului principal de sănătate.

---

**Adresa de contact a autorului:** Cristina Doboș, Institutul de Cercetare a Calității Vieții, Calea 13 Septembrie, nr. 13, sector 5, 050711, București, România; e-mail: crisdobos@yahoo.com.

Sistemele de sănătate sunt mari consumatoare de resurse, în ultimii 30 de ani înregistrându-se o creștere continuă a nivelului resurselor necesare, creștere datorată, în principal: îmbătrânirii populației, descoperirii de medicamente mai eficiente și de tehnologii mai avansate, dar și mai costisitoare, creșterea numărului persoanelor care beneficiază de asistență medicală.

Teoretic, susținerea financiară poate fi îmbunătățită printr-o serie de măsuri: limitarea accesului la servicii, reducerea calității serviciilor sau creșterea ponderii finanțării private (care, la rândul său, are consecințe ce țin de limitarea accesului la servicii). Nici una dintre acestea însă nu este dezirabilă din punct de vedere social. Din perspectiva protecției sociale, cel mai indicat mod de îmbunătățire a susținerii financiare este creșterea eficienței sistemului de sănătate: eficientizarea se referă aici la scăderea costurilor, menținând la aceleași niveluri cantitatea și calitatea, realizată prin prevenirea supraconsumului (care poate fi legat de supra-aprovizionare) de servicii medicale și prin alocarea de suficiente resurse destinate programelor de prevenție și celor de menținere a sănătății, cu scopul reducerii unor potențiale cheltuieli viitoare. Comparațiile realizate între diferite experiențe internaționale pe baza raportului cheltuieli/rezultate pot constitui un ghid util referitor la eficientizare.

Într-o prezentare simplificată, elementele definiției ale sistemelor de finanțare ale sănătății sunt: 1. părțile între care fondurile sunt transferate (care, de obicei, sunt reprezentate de: guvern, fondurile de asigurări de sănătate, personal, unități sanitare, beneficiari) și 2. mecanismul de plată (cele mai folosite sunt: plata pe serviciu, plata pe cap de locuitor și salariul). În fluxul plăților, relația dintre cei care oferă servicii de sănătate și beneficiari poate fi directă sau intermediată de un terț, de exemplu, Casa de Asigurări de Sănătate.

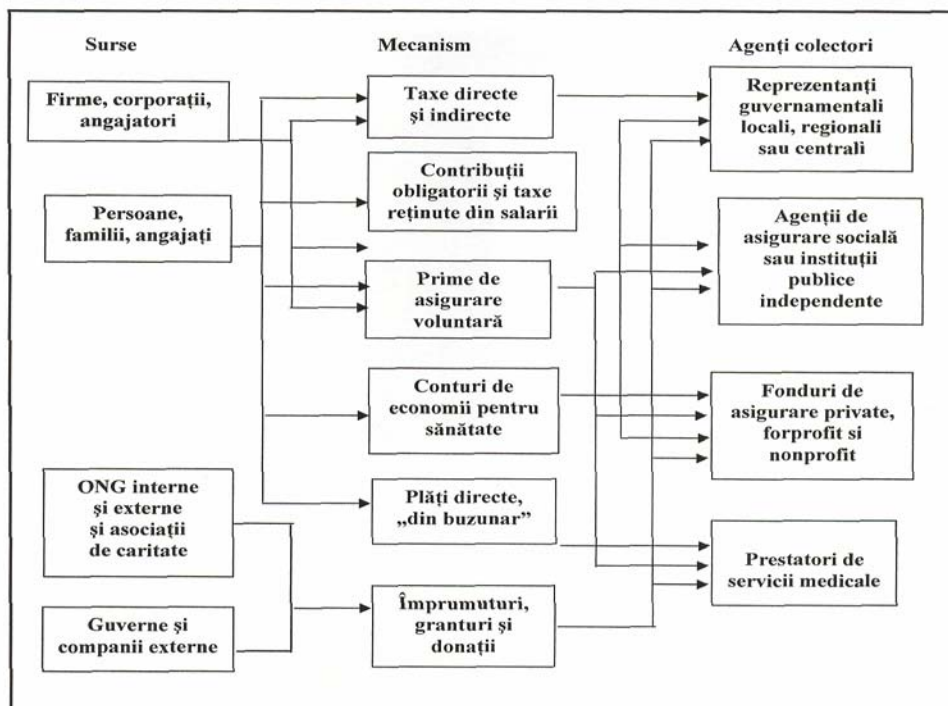
Așa cum poate fi văzut în figura prezentată mai jos, sistemul de îngrijire medicală poate fi reprezentat din prisma părților sale funcționale: cine oferă sursele de finanțare, care sunt mecanismele de colectare și cine sunt agenții de colectare a resurselor?

Fondurile provin, în principal, de la populație (persoane sau corporații), pe când mecanismele de colectare includ taxe, contribuții la asigurările sociale, prime de asigurare privată, economii ale populației, plăți făcute direct de pacienți („din buzunar”), donații, împrumuturi, *granturi*.

Agenții colectori pot fi publici sau privați (agenți *for-profit* sau *non-profit*), iar taxele pot fi directe (plătite individual, de familii, firme) sau indirecte (tranzacții). Taxele sunt colectate de guvern, în timp ce contribuțiile obligatorii la asigurări sunt colectate de un agent independent sau semi-independent. Contribuțiile la asigurările sociale de sănătate sunt plătite atât de angajator cât și de angajat, iar nivelul lor depinde, de obicei, de venit.

Figura 1

## Exemple de surse de finanțare, mecanisme de contribuție și agenți de colectare



Sursa: Elias Mossialos, Anna Dixon, Joseph Figueras, Joe Kutzin, 2002, pg. 5.

Primele de asigurare de sănătate privată sunt plătite fie de către asigurați, fie de către angajator și angajat împreună, fie numai de angajator. Primele de asigurare pot fi calculate în funcție de riscul individual de îmbolnăvire, bazat pe evaluarea stării de sănătate individuale, ori în funcție de condiții ce țin de comunitatea sau grupul din care individul face parte. Agenții colectori, în acest caz, sunt organizații private, companii de asigurare *for-profit* sau *non-profit*.

Economiile individuale pentru sănătate sunt conturi în care persoanele economisesc bani; aceștia sunt destinați cheltuielilor legate de îngrijirea sănătății, pentru plata unor costuri cerute pacienților pentru anumite tipuri de servicii. Aceste plăți pot fi percepute ca și co-plăți, asigurări suplimentare ș.a.m.d., iar agentul colector este chiar cel care oferă serviciul: doctorul, farmacistul spitalului (Elias Mossialos *et al.*, 2002).

Există două alternative de bază pentru modul de alocare de fonduri: orientat spre cei care oferă serviciile medicale (în acest caz banii merg către aceștia, dar nu neapărat și la beneficiari; de exemplu, în mediul rural numărul celor care oferă servicii de sănătate este mic) și orientat spre beneficiari (plata este, în acest caz,

făcută pentru beneficiar personal, astfel încât cel care oferă serviciul primește banii dacă a tratat pacientul respectiv, indiferent de locul unde îngrijirea medicală a avut loc).

În cazul în care există un intermediar care are responsabilitatea finanțării serviciilor pentru o anumită categorie de populație, este necesară elaborarea unor anumite reguli privind alocarea de fonduri. De obicei, în țările europene aceste reguli sunt stabilite ținând cont atât de principii ale pieței libere, cât și de principii tehnocratice; acestea din urmă sunt menite să reducă consecințele nedorite generate de piață sau de inegalități sociale sau regionale. Este, de asemenea, important să se evite scăparea de sub control a cheltuielilor din spațiul privat, cauzată de imperfecțiunile pieței (limitarea informării oferită pacienților, stimulente, hazard moral etc.). Susținerea financiară poate depinde de răspunsul la întrebarea dacă sistemul de sănătate oferă valoare în schimbul banilor cheltuiți (publici și privați) și dacă finanțarea sistemului nu generează deficite bugetare și/sau devine o povară pentru bugetele familiilor.

Alocarea resurselor orientată către beneficiari poate fi realizată luând în calcul mai mulți factori, în funcție de care se obține următoarea tipologie:

a. – Alocare financiară bazată pe nevoile populației.

Scopul acestui tip de alocare este cel de creștere a echității între diferite categorii de populație în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate și de creștere a nivelului de finanțare acolo unde nevoile sunt mai mari. Pentru determinarea nevoilor sunt folosiți indicatori care măsoară starea de sănătate și factorii care influențează starea de sănătate a unei anumite categorii, în comparație cu întreaga populație.

b. – Alocare financiară bazată pe eficiență.

Provocarea cu care se confruntă toate sistemele de sănătate este cea de folosire cât mai eficientă a resurselor limitate de care dispun, în contextul creșterii continue a costurilor. În acest sens, un mai bun control al costurilor poate fi obținut prin alocarea de resurse financiare către serviciile cu cel mai bun raport cost – eficiență. Metoda a fost însă folosită foarte puțin, datorită dificultăților în obținerea de date valide privind raportul cost – eficiență în cazul intervențiilor, cu toate că literatura de specialitate oferă mii de clasificări QALY referitor la această metodă.

c. – Alocare financiară bazată pe prioritățile publice.

(Vlădescu Cristian, Dragomireșteanu Aurora, Enăchescu Dan, 2001).

### **CHELTUIELI PENTRU SĂNĂTATE ÎN ȚĂRILE EUROPENE**

Cheltuielile din sănătate includ asigurarea de servicii medicale (de prevenție și curative), planning familial, nutriție, ajutor medical de urgență.

Cheltuielile din sistemul public de sănătate (% din PIB) includ cheltuieli guvernamentale (centrale și locale), bugete, împrumuturi externe și *granturi* (inclusiv donații din partea agențiilor internaționale și organizațiilor non-guvernamentale) și fondurile asigurărilor obligatorii de sănătate.

Cheltuielile private (% din PIB) includ cheltuielile directe făcute de familii („din buzunar”), asigurări private, fondurile oferite de instituțiile nonprofit pentru pacienți și plățile directe făcute de corporațiile private.

Tabelul nr. 1

## Cheltuieli pe cap de locuitor; cheltuieli publice și private cu sănătatea ca % din PIB

Țara	Cheltuieli pentru sănătate pe cap de locuitor (PPP US\$) 2003	Cheltuieli publice pentru sănătate % din PIB 1990	Cheltuieli publice pentru sănătate % din PIB 1998	Cheltuieli publice pentru sănătate % din PIB 2005	Cheltuieli private pentru sănătate % din PIB 2005
Suedia	2,704	7,9	7,0	8,0	1,4
Finlanda	2,108	6,4	5,3	5,7	1,7
Belgia	2,828	6,6	7,9	6,3	3,1
Austria	2,306	5,3	5,8	5,1	2,4
Danemarca	2,762	7,0	6,8	7,5	1,5
Franța	2,902	6,7	7,3	7,7	2,4
Italia	2,226	6,3	5,7	6,3	2,1
Marea Britanie	2,389	5,1	5,6	6,9	1,1
Spania	1,853	5,4	5,4	5,5	2,2
Germania	3,001	6,7	7,9	8,7	2,4
Slovenia	1,669	Nd	Nd	6,7	Nd
Portugalia	1,791	Nd	Nd	6,7	Nd
Republica Cehă	1,302	Nd	Nd	6,8	Nd
Ungaria	1,269	Nd	Nd	6,1	2,3
Polonia	745	Nd	Nd	4,5	2,0
Estonia	682	Nd	Nd	4,1	1,2
Lituania	754	Nd	Nd	5,0	1,6
Slovacia	777	Nd	Nd	5,2	0,7
Croația	838	Nd	Nd	6,5	1,3
<b>România</b>	<b>540</b>	<b>2,8</b>	<b>3,8</b>	<b>3,8</b>	<b>2,3</b>

Sursa: Human Development Report, 2006 și Elias Mosialos *et al.*, 2002.

Datele indică o creștere a nivelului cheltuielilor pentru sănătate, în anii 2000, în comparație cu anii '90. Cu toate că nivelurile bugetelor destinate acțiunilor cu caracter social au cunoscut o stagnare, după o perioadă de creștere rapidă în anii '60 și '70, cheltuielile pentru sănătate au continuat să crească și de-a lungul anilor '80. Abia în anii '90 cheltuielile pentru sănătate, ca procent din PIB, au rămas la același nivel în țările UE, dar în Germania, Olanda și Marea Britanie cheltuielile publice au crescut mai rapid decât cheltuielile totale.

În toate țările europene, cu excepția Franței și Olandei, cheltuielile private sunt reprezentate mai mult de plățile făcute direct de pacienți, „direct din buzunar”, decât de asigurările private.

Datele la nivel internațional indică faptul că procentul din PIB dedicat sănătății în România, deși este pe aceeași linie cu alte țări cu același nivel de dezvoltare, este mult mai mic decât cele din majoritatea țărilor membre UE.

Mai mult, experiența celor mai multe state din Uniunea Europeană arată că rata din PIB cheltuită pentru sănătate tinde să crească, ca urmare a creșterii PIB-ului. Estimările privind creșterea PIB-ului plasează România printre țările cu un procent ridicat din PIB pe cap de locuitor, dacă ne referim la cele care au aderat la UE în 2004 (cum ar fi Slovenia) și printre cele cu venituri mici pe cap de locuitor, dacă ne referim la membrele mai vechi ale UE (Grecia, Portugalia). Cheltuielile pentru sănătate în țările cu acest nivel al PIB-ului sunt de cel puțin 5% din PIB.

## PRINCIPALELE TIPOLOGII ALE SISTEMELOR DE SĂNĂTATE ÎN UE

### a. Sistemul național de sănătate.

Acest model este cunoscut și sub denumirea de *Beveridge model* și este folosit în Marea Britanie, Italia, Grecia, Finlanda, Spania, Norvegia, Suedia. 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.

**b. Sistemul de asigurări de sănătate (*Bismark model*)** este un sistem inspirat de legislația germană. Este folosit în multe țări membre ale UE, cum ar fi Franța, Germania, Austria, Belgia, Olanda și România. Caracteristicile acestui model sunt:

- Resursele financiare sunt, în principal, reprezentate de contribuțiile obligatorii plătite de angajați și angajatori.

- De asemenea, există resurse care provin din subvenții de la bugetul de stat (local sau național) sau alte tipuri de subvenții.

- Instituțiile care administrează fondurile de asigurări sunt nonprofit.

- Gestionarea și folosirea fondurilor de asigurări sunt făcute la nivel național și prin direcții locale.

În România, fluxul plăților are următoarele componente:

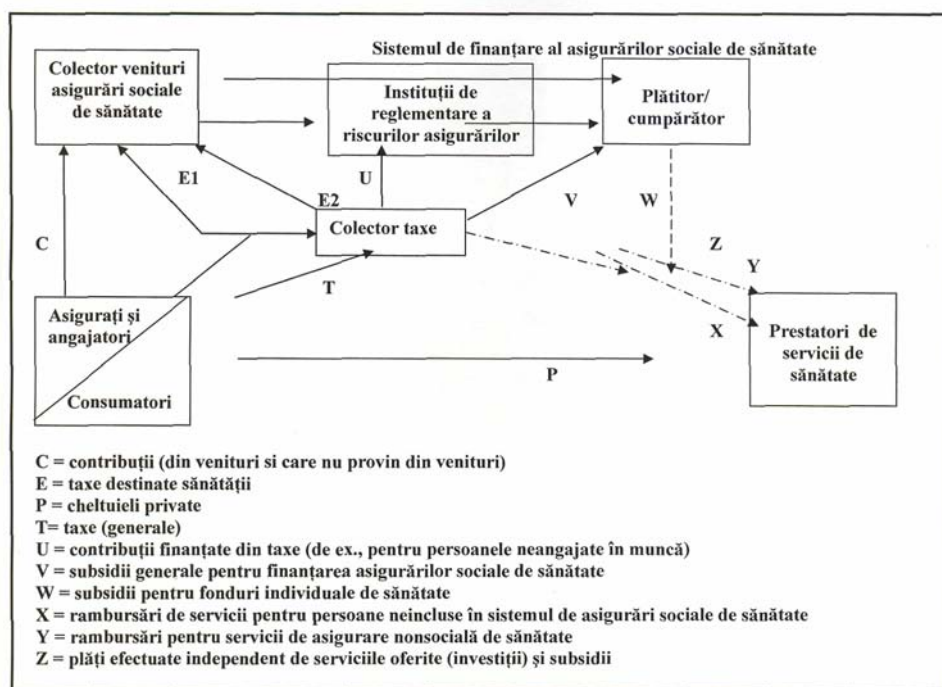
1. Contribuții ale angajaților și angajatorilor la fondul de asigurări de sănătate.

2. Plăți către cei care oferă servicii medicale făcute de Casele Județene de Asigurări de Sănătate.

3. Contribuțiile Caselor Județene de Asigurări Sănătate la fondul de redistribuire.
4. Transferuri de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate către Casele Județene.
5. Transferuri de la bugetul de stat către prestatorii de servicii medicale, pentru susținerea programelor naționale de sănătate.
6. Plăți directe pentru servicii și medicamente.

Figura 2

## Fluxul financiar într-un sistem de asigurări de sănătate



Sursa: Elias Mosialos *et al.*, 2002, pg 61

### Rate ale contribuțiilor

În general, contribuțiile la asigurările de sănătate sunt făcute în baza veniturilor, iar plata lor este împărțită între angajator și angajat; există totuși diferențe relevante între țările UE în ceea ce privește: uniformitatea și variabilitatea ratei, distribuția între angajator și angajat, existența unei limite superioare a contribuției, existența altor tipuri de contribuții în afara celor din salarii.

De exemplu, rata de contribuție nu variază în funcție de tipul de Fond de Asigurare sau statutul de membru în Belgia, Franța, Olanda sau Austria.

Există limite superioare ale contribuțiilor în Germania, Austria, Olanda, dar nu și în Belgia și Franța. Belgia, Franța și Olanda impun plata unor contribuții suplimentare; populația plătește prime de asigurare pe persoană, independente de venituri (sumă mică în Belgia, dar 180 € pe lună în Olanda). În scopul dezvoltării bazei de finanțare, în Franța, partea care revenea angajatului a fost înlocuită cu o contribuție socială generală care nu se bazează pe salarii.

Așa cum poate fi văzut în tabelul nr. 2, ratele de contribuții variază între țările europene, de la 14–13,5% la min. 6–7% din venit. În cele mai multe state membre UE, distribuția între angajat și angajator este semnificativ în favoarea angajatului; angajatorul plătește între 70–90% din contribuție. Cu toate acestea, în țări ca România, Austria și Belgia distribuția angajat/angajator este aproape egală (Elias Mossialos *et al.*, 2002).

Tabelul nr. 2

Ratele de contribuție în diferite sisteme de asigurări de sănătate europene

Țara	Rată contribuție uniformă (U) sau variabilă (V)	Procent din venit	Distribuție (%) angajat/angajator
Austria	V după profesie	6,4–9	Aprox. 50:50
Belgia	U	7,4	52: 48
Franța	U	13,6	94: 6
Germania	V după fond	13,6	–
Olanda	U	5,1	–
Croația	U	18,1	100: 0
Cehia	U	13,5	67: 33
Estonia	U	13	100: 0
Ungaria	U	14	78,5: 21,5
Slovacia	U	13,7	72,9: 27,1
Slovenia	U	13,25	–
România	U	13,5	51,8: 48,2

Sursa: date adaptate după Elias Mosialos *et al.*, 2002.

### ASIGURĂRILE VOLUNTARE DE SĂNĂTATE ÎN UE ȘI RAMBURSAREA COPLĂȚILOR

Asigurările private nu joacă un rol important în țările Uniunii Europene, cum se întâmplă în SUA, Australia sau Elveția. Guvernele acestor țări acționează după principiile asistenței medicale finanțate de stat, sau asigurări sociale, disponibilă tuturor cetățenilor, indiferent de posibilitatea acestora de a plăti. Acest model duce la sisteme de sănătate caracterizate prin cheltuieli publice mari, acoperire aproape integrală; în consecință, asigurările voluntare joacă un rol marginal.

De regulă, în țările UE asigurările voluntare de sănătate oferă o acoperire suplimentară pentru servicii neacoperite parțial sau integral de cele sociale. Pe de altă parte, acestea pot să ofere și un acces mai rapid la servicii și o ofertă mai diversificată. Distincția între asigurările complementare și cele suplimentare nu este foarte clară.



Tabelul nr. 3

## Asigurări voluntare de sănătate în UE, în 1998

Țara	Procent populație acoperită de asigurări
Austria	13 (cheltuieli de spitalizare)
	21 (plăți <i>cash</i> în spitale)
Belgia	30
Danemarca	28
Finlanda	33 (copii)
	10 (adulți)
Franța	85 (co-plăți)
	20 (alte tipuri de asigurări de sănătate voluntare)
Germania	8,9*
Grecia	10
Irlanda	42
Italia	5
Luxemburg	75 (populație activă)
Olanda	28,9*
Portugalia	10
Spania	17,6
Suedia	0,5
UK	11,5

\* Cifrele pentru Germania și Olanda sunt pentru asigurări de sănătate substitutive.

Sursa: Elias Mosialos *et al.*, 2002.

În Germania, Olanda sau Spania sunt grupuri din populație care ori nu sunt acoperite de sistemul social de asigurări de sănătate, ori pot opta să iasă din acesta și să aleagă o asigurare privată.

În Germania, asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii pentru persoanele care au un venit mai mic de 3 850 € pe lună sau 40 500 € pe an. Pentru cei cu venituri mai mari decât sumele menționate, asigurările sociale nu sunt obligatorii, fiind vorba de 9% din populația țării în 1999. În Germania există 52 de case de asigurări private care oferă o alternativă la sistemul social sau posibilitatea unor asigurări complementare celor incluși și în sistemul social.

Datorită competiției directe cu asigurările din sectorul public, în Germania, sectorul privat oferă tipuri diversificate de asigurări substitutive, care pot duce la un acces mai rapid și posibilitatea de a alege din mai multe servicii.

Asigurările complementare oferă acoperire pentru servicii neincluse în sistemul statutar. Acest tip de asigurări pot să includă o parte importantă din costurile pentru îngrijire primară, medicamente, teste, specialiști, transport, perioada de maternitate. Nivelul rambursărilor variază de la o țară la alta, precum și în funcție de pachetul de asigurare ales (Elias Mossialos *et al.*, 2002).

Asigurările complementare pot acoperi și rambursările coplăților, așa cum se poate vedea în Tabelul nr. 4.

Tabelul nr. 4

**Coplăți pentru îngrijire medicală în câteva țări europene, 2004**

	<b>Medic generalist</b>	<b>Specialist</b>	<b>Spitalizare</b>
Danemarca	Nu pentru majoritatea persoanelor, totuși se facturează pentru aproximativ 2% din populație care dorește acces direct la med. gen. sau specialist.	Aceeași situație cu serviciile medicului generalist.	Nu
Franța	Rată de asigurare suplimentară de 30% plus facturare de către medic (15% din med. generaliști)	Rată de asigurare suplimentară de 30% plus facturare de către medicul specialist (38% din specialiști).	Rată de asigurare suplimentară de 20% (până la 31 zile în îngrijire acută) plus taxă pe zi (10,67 Euro).
Germania	10 Euro pe caz	Nu, dacă are trimitere de la medicul de familie, altfel 10 Euro pe caz/ quarter pentru medic. 10% asigurare suplimentară pentru nemedici – max. 10 EUR.	10 Euro pe zi până la max de 28 zile pe an. Ambulanță 10%, max 10 Euro pe transport.
Olanda	Nu	Nu	Nu
Suedia	Co-plăți între 11–15 Euro. Rate determinate de municipalitate.	Coplăți de 16–27 Euro pentru vizite în ambulatoriu la specialiști din spitale. Rate determinate de municipalitate.	Plată 8,6 Euro pe zi. Ambulanță 5,5–6,5 Euro pe transport.
Marea Britanie	Nu	Nu	Nu

În Franța, deși 95% din populație este inclusă în sistemul social de asigurări, 90% contribuie la asigurări suplimentare. De asemenea, conform unor legi din 2000, persoanele cu venituri mici sunt incluse fără plată în sistemul de asigurări suplimentare. Politicile de asigurare centrate pe grupuri sunt preferate politicilor individuale, datorită costurilor implicate.

**PLATA MEDICAMENTELOR ȘI RAMBURSĂRILE**

Comparând cu celelalte țări din Estul Europei, România înregistrează cheltuieli mici pe cap de locuitor pentru medicamente (14\$ în România, în 1999 și 94\$ în Cehia, 83\$ în Ungaria), deși acestea reprezintă o cotă mare din cheltuielile generale pentru sănătate.

În 1999 a fost înregistrată o creștere substanțială a acestor cheltuieli, de 129%, datorată introducerii asigurărilor de sănătate, ca apoi creșterile anuale să fie de 10–20%. Cu toate acestea, datele indică faptul că 50% din medicamentele compensate prescrise în ambulatoriu sunt plătite integral de către pacienți.

Cheltuielile private pentru sănătate în România erau estimate în 1999 la 305 mil. USD, ceea ce reprezenta 22% din totalul cheltuielilor din domeniul sănătății și 0,9% din PIB. Acest procent depășește media OECD privind cheltuielile private. Comparând cu celelalte țări europene sau din Asia, România se află undeva la mijloc pe lista coplăților private efectuate de persoanele asigurate.

Tabelul nr. 5

**Totalul cheltuielilor private în România, milioane USD**

Tipuri de cheltuieli	1996	1997	1998	1999
Totalul serviciilor și produselor medicale.	249	249	352	305
Medicamente.	162	174	244	220
Produse oftamologice.	5	5	4	4
Produse tehnico-medicale.	12	15	18	16
Teste și consultații medicale.	46	36	62	45
Intervenții stomatologice.	24	19	23	20

Sursa: AIG, INSSE.

Cheltuielile private pentru tratamente în ambulatoriu erau mai mari decât cele publice (de două ori mai mari în 1999) și, de asemenea, au crescut ca pondere în bugetul familiilor, în ultimii ani (Stănescu, Alin *et al.*, 2004).

Tabelul nr. 6

**Proporția (procente) cheltuielilor cu sănătatea din bugetul gospodăriilor**

Tipuri de cheltuieli	1996	1997	1998	1999
Totalul serviciilor și produselor medicale.	1,39%	1,56%	1,82%	2,01%
Medicamente.	0,90%	1,09%	1,26%	1,45%
Produse oftalmologice.	0,03%	0,03%	0,02%	0,03%
Produse tehnico-medicale .	0,07%	0,09%	0,10%	0,10%
Teste și consultații medicale.	0,25%	0,23%	0,32%	0,30%
Intervenții stomatologice.	0,13%	0,12%	0,12%	0,13%
a) mâncare;	44,91%	46,83%	46,39%	43,33%
b) alte bunuri;	24,39%	23,10%	22,86%	23,72%
c) servicii ;	8,72%	9,68%	11,81%	13,93%
Total cheltuieli.	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Sursa: AIG, INSSE.

În România, coplățile pentru medicamente și îngrijire medicală ar putea fi reduse prin intermediul unor asigurări suplimentare. Trebuie menționat faptul că în UE piața asigurărilor de sănătate voluntare care să acopere coplățile nu este foarte dezvoltată, cu excepția Franței, datorită lipsei profitabilității, dar o parte însemnată a populației beneficiază de ele: acoperire a unei părți din costurile îngrijirii în ambulatoriu, în Austria, Belgia, Franța, Irlanda, Spania și Portugalia.

Asigurările complementare acoperă parțial sau integral costurile serviciilor care nu sunt incluse în pachetul de bază asigurat prin lege. Acest tip de asigurări pot să

includă o mare parte din costurile pentru îngrijirea primară, medicamente, teste, specialiști, transport, perioada de maternitate. Nivelul rambursărilor este diferit de la o țară la alta și variază, de asemenea, în funcție de pachetul de asigurări ales de beneficiar.

În Belgia și Danemarca, costurile produselor farmaceutice pentru toate serviciile medicale sunt rambursate. Pe de altă parte, în Franța și Irlanda sunt rambursate cheltuielile din îngrijirea ambulatorie, iar în Luxemburg co-plățile pentru îngrijirile din spital.

*Tabelul nr. 7*

**Coplăți pentru produse farmaceutice, în unele țări europene**

	<b>Coplată</b>	<b>Lista</b>	<b>Excepții</b>
Danemarca	Rata asigurării suplimentare variază în funcție de cheltuielile „din buzunar” anuale: 100% până la DKK 500 pe an, 50% pentru DKK 501–1200, 25% pentru DKK 1201–2800 și 15% peste DKK 2800.	Pozitiv	Rata este 0% pentru bolnavii cronici care cheltuiesc peste DKK 3600 pentru medicamente pe an. Pensionarii pot aplica la municipalități pentru asistență financiară. Excepții de la coplata medicamentelor, pacienții cu venituri mici.
Franța	Rate de asigurare suplimentară de 0%, 35% și 65%, în funcție de categoria de medicamente. Fără rambursări pentru produse neincluse pe lista națională.		Majoritatea cetățenilor au VHI complementară ca să acopere coplățile. Din 2000, cei cu venituri mici pot primi subsidii de la stat pentru asigurare complementară. Sunt exceptate de la coplăți tratamentele pentru oricare din cele 31 de boli definite ca serioase și persoanele cu dizabilități. Excepție de la coplata pentru îngrijire în spital pentru cei care stau mai mult de 31 de zile și/sau pentru proceduri costisitoare (peste EUR 200) pentru oricine.
Germania	10% max EUR 5; dar plus 100% din costul peste prețul de referință.	Negativ	Excepție parțială sau integrală pentru copii (sub 12 ani), persoane fără loc de muncă, cei care primesc suport și studenți care primesc grant-uri. Limită anuală a plăților „din buzunar” de 2% din venitul brut (sau mai mică pentru cei cu dependenți) pentru coplata pentru medicamente, transport Persoanele cu boli cronice care au plătit cel puțin 1% din venitul brut pentru medicamente, transport sunt exceptate pe durata bolii.

(continuare Tabel nr. 7)

Olanda	Diferență între prețul de referință și cel actual.	Pozitiv și negativ	
Suedia	Deductibili SEK 900 (EUR 99) și apoi rate de 50% (SEK 901–1700), 25% (SEK 1701–3300), 10% (SEK 3301–4300), 0% (peste SEK 4300).	Pozitiv și negativ	Max EUR 198, pentru oricare perioadă de 12 luni pentru tratament în ambulatoriu, pentru medicamente prescrise
Marea Britanie	Coplața a GBP 6,20 (Anglia) și GBP 6,00 (Țara Galilor) per item (2002).	Negativ	Excepție de la co-plata medicamentelor pentru copii (sub 16 ani sau 19 dacă sunt înregistrați în forme de învățământ [Anglia], sub 25 ani [Țara Galilor]), persoane peste 60 de ani, cei care primesc beneficii de la stat, femei însărcinate, condiții medicale speciale.

Nivelul rambursărilor variază de la o țară la alta, dar și în interiorul aceluiași sistem: 100% în Danemarca, pentru cheltuielile private ce nu depășesc 500 de coroane pe an, iar în Germania 100% pentru costurile situate peste prețul de referință și rambursări parțiale pentru medicamente aflate pe lista națională.

## ANEXA 1

## Caracteristici ale sistemelor de sănătate, în câteva țări europene

	Austria	Belgia	Franța	Germania	Luxemburg	Olanda	Elveția
Pondere populație acoperită de asigurare socială de sănătate	99%	99-100%	88%	88%	97-99%	AWBZ 100% ZFW 64%	100%
Nr. de fonduri de asigurări de sănătate	24	Aprox. 100 (exceptând 2, sunt organizate într-o asociație de întraajutorare mutuală)	19	420 (în 7 asociații)	9	30	109
Pondere a populației asigurate care are posibilitatea alegerii fondului	0%	Aprox. 99%	0%	96%	0%	100%	100%
Rata de contribuție: uniformă sau variabilă (distribuție angajator: angajat)	Variază după profesie 6,4-9,1% <sup>a</sup>	Uniformă: 7,4% (52:48)	Uniformă: 13,6% (94:6)	Variază în funcție de fond: media 13,6% (50:50)	Uniformă 5,1% (50:50)+ 0,3-0,5% plată în caz de boală (50:50)	Uniformă: AWBZ 10,3% (0%:100%), ZFW 8% (78:22)	Nu

(continuare *Anexa I*)

Limită superioară a venitului de contribuție	Da (44 000€)	Nu	Nu	Da (vest: 40 000€; est: 32 000€)	Da (70 000€)	Da (AWBZ 22 000€, ZFW 29 000€, pensionari 19 000€)	Nu
Alte contribuții la fonduri (excluzând co-plățile către prestatorii de servicii medicale)	Nu	Plus o primă nominală pentru fiecare asigurat (variază în funcție de fond)	Contribuție socială generală de 7,5%	Nu	Nu	Plus primă pe persoană asigurată (variază în funcție de fond): media 180€ pe an	Numai primă de asigurare pe persoană
Controlul contribuțiilor	Guvern	Guvern	Guvern	Fondurile individuale	Uniunea Fondurilor de asigurări de sănătate	Guvern	Fonduri individuale ale sau de asigurați
Colectorii contribuțiilor	Fonduri individuale	Oficiul Național de Securitate Socială	Agențiile locale ale guvernului, transferate la Agenția Centrală pentru Instituții de Securitate Socială	Fonduri individuale	Union of Sickness Funds	AWBZ/ ZFW: Fond gestionat de Comitetul pentru Asigurare Medicală <sup>b</sup>	Fonduri individuale ale sau de asigurați
Finanțare din taxe a asigurărilor sociale de sănătate (procent din venitul fondului, dacă valabil)	În general nu, cu excepția a 23% pentru fond pentru fermieri: 0,5% din total	Da, 35-40%	Da (până la 80%) plus taxe speciale (până la 34%) <sup>c</sup>	În general nu, cu excepția a 52% pentru fond pt. fermieri: < 1% din total	Da, max. 40% <sup>d</sup>	Da, AWBZ <1%, ZFW 25%	
Ponderea cheltuielilor cu asigurarea socială de sănătate din totalul celor pentru sănătate	48% (1996)	62% (1994)	74% (1996)	61% (1994) <sup>e</sup>	75% (1997)	73%(1999) AWBZ 37%, ZFW 36%	28%

Sursa: adaptare după Elias Mosialos *et al.*, 2002.

<sup>a</sup> Muncitori 7,9% + 2,1% plată în caz de boală (100%:0%), white-collar 6,9% (51%:49%), funcționari înalți 7,1% (44%:56%), fermieri angajați pe cont propriu 6,4%.

<sup>b</sup> Fonduri individuale pentru prime pe persoană.

<sup>c</sup> Pentru asigurare de mașini, băuturi alcoolice și marketing farmaceutic.

<sup>d</sup> Plus cheltuieli pentru sănătate din alte scheme de asigurări sociale (4% și respectiv 7% pentru Germania și Elveția).

<sup>e</sup> 250% suplimentar la contribuțiile pensionarilor, 10% la alte contribuții.

## ANEXA 2

## Caracteristici ale sistemelor de sănătate în câteva țări europene

	Anul introducerii	Rata pentru sănătate – din venit (1999)			Totalul taxelor de asigurare sociale (mij ani 1990)	
		Salarial (angajator: angajat)	Angajat pe cont propriu	Neangajat	% din venit brut	% din totalul costurilor de muncă
<b>Cluster A</b>						
Croația	1993	18%(18%:0%)	18% din venitul declarat	18% din pensia brută și alte beneficii plus buget central	43,0	36,0
Cehia	1993	13,5% (9%:4.5%)	13,5%	Transfer din bugetul central 13,5% din 80% din venitul min. statutar	48,5	35,9
Estonia	1992	13% (13%:0%)	13% din venitul declarat	Transfer din bugetul central	33,0	24,8
Ungaria	1990	14% (11%:3%) plus taxa de 170\$ pe persoană angajată	14% din venitul declarat dar cel puțin min.; venit plus o taxa de 170\$ pe persoană	Transfer pe persoană din bugetul central nespecificat	60,5	40,6
Slovacia	1994	13,7% (10%:3,7%)	13,7% din venitul declarat	Transferul din bugetul central pe persoană este specificat ca fiind rata de contribuție aplicată pentru 73% din venitul min. statutar	46,0	34,1
Slovenia	1993	13,25%	13,25% din venitul declarat	Buget central	45,8	37,2

(continuare *Anexa 2*)

<b>Cluster B</b>						
Albania	1995	Public 3,4% (1,7%:1,7%) Privat 3-5%	7% din venitul min. statutar	Buget central	42,5	32,1
Kazahstan	1996	3% (3%:0%)	3% din venitul declarat	Contribuție din bugetul regional pe persoană neangajată	32,0	Nedisponi bil
Letonia	1998	28,4% din taxa pe venitul individual	28,4% din taxa pe venitul personal	Transfer din bugetul central	38,0	27,7
Polonia	1999	7,5%	7,5% din venitul declarat	7,5% din beneficiile brute	48,0	32,4
România	1999	14% (7%:7%)	7% din venitul declarat	7% taxa pe venit bazată pe beneficiile brute	33,5	Nedisponi bil
Federația Rusă	1993	3,6% (3,6%:0%)	3,6% din venitul declarat	Transfer pe persoană din bugetul central nespecificat	40,0	28,8
<b>Cluster C</b>						
Azerbaidjan	Nu se percepe taxă pentru sănătate				Nedisponibil	Nedisponibil
Georgia	1995	4% (3%:1%)	4% taxă pe venit	Buget central, valoare nespecificat ă	41,0	29,3
Kîrgîzstan	1997	2% (2%:0%)	2% din venitul declarat	Contribuție din venitul regional; nivel nedeterminat	43,5	31,0
Republica Moldova	Nu se percepe taxă pentru sănătate				39,0	28,3

Sursa: adaptare după Elias Mosialos *et al.*, 2002



## BIBLIOGRAFIE

1. Ginzberg, E., *Medical Gridlock and Health Reform*, San Francisco, West View Press, 1994.
2. Mincă, D., Marcu, M., *Sănătate publică și management sanitar (Public health and sanitary management)*, Bucharest, Carol Davila Publishing House, 2004.
3. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., *Funding health care: options for Europe*, Buckingham, Open University Press, 2002.
4. Scambler, G., *Health and social change. A critical theory*, Buckingham, Open University Press, 2002.
5. Stănescu, A. et al., *Asigurarea accesului nediscriminatoriu la serviciile de sănătate (raport nepublicat, în cadrul proiectului MEC, Polarisation of access to health services in Romania)*, 2004.
6. Vlădescu, C., Dragomireșteanu, A., Enăchescu, D., *Politici de alocare a resurselor și de planificare a personalului medical în sistemele de sănătate. România în context internațional (Policies of resources allocation and medical personnel planning in health systems. Romania into international context)*, Bucharest, CPSS Publishing House, 2001.
7. Vlădescu, C. (coord.), *Sănătate publică și management sanitar. Sisteme de sănătate (Public health and sanitary management. Health systems)*, Bucharest, CPSS Publishing House, 2004.
8. Zarcovic, G., Enăchescu, D., *Probleme privind politicile de sănătate în țările Europei centrale și de răsărit. Evoluția recentă și perspectivele sistemului de sănătate în România (Problems regarding health policies in Central-East European countries. Recent evolution and perspectives of Romanian health system)*, Bucharest, Infomedica Publishing House, 1998.
9. \*\*\* *Health and care in an enlarged Europe*, European Foundation for the Improvement of living and Working Conditions, 2003.
10. \*\*\* *Human development reports*, disponibil online la [www.undp.org](http://www.undp.org).
11. \*\*\* *Improvement of Accountability and Transparency in the Allocation and Use of Healthcare Resources through the Implementation of an Informatics Monitoring System for Hospital Morbidity and a Hospital Case Based Financing System*, EU Phare project.
12. \*\*\* *Planning and Regulation of the Health Care Delivery System*, World Bank project (2003–2004).
13. \*\*\* *Poll barometers regarding health services in Romania*, disponibil online la [www.cpss.ro](http://www.cpss.ro).
14. \*\*\* *Reform of Health Sector Financing in Romania*, EU Phare Project RO 97/12/L002, 1999.
15. \*\*\* *Technical assistance for Development of the Plan for Improvement Transparency and Decreasing the Informal Payments in the Romanian Health Sector*, World Bank Project RO 4676 (2004–2005).

**T**his article represents a theoretical analysis regarding different financing mechanisms of the European health systems. The purpose of the article is to draw conclusions upon the advantages and disadvantages of these mechanisms. The question whether a supplementary insurance would be a valid choice for Romania and it would reduce the informal copayments is drawn. The EU supplementary insurance market (which would cover the copayments) is not very developed, with the exception of France. In spite of this, a large amount of population is beneficiary of these insurances in covering ambulatory costs, in countries as Austria, Belgium, France, Ireland, Spain, etc.

**Key words:** health system, funding, health insurance, health expenditure.

