# Capacitatea sistemului actual de asigurări private din Republica Moldova de a participa la sistemul de asigurări obligatorii de asistență medicală. Perioada de studiu: anii 2005-2011

Autor: Veaceslav Cernica

Inițiativa de a implica asigurătorii privați în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală vine din necesitatea de a îmbunătăți starea prezentă a lucrurilor sau chiar de a înlocui modelul existent de asigurare de sănătate cu altul mai performant.

Pentru aceasta ne propunem să evaluăm:

1. Performanțele și deficiențele în sistemul asigurărilor private de sănătate probate până acum;
2. Capacitatea asigurătorilor privați de a contribui la infrastructura sistemului de sănătate, precum și la înlăturarea deficiențelor în sistemul actual al asigurărilor obligatorii de asistență medicală;
3. Modalități de dezvoltare a parteneriatului public-privat (PPP).

## Performanțele și deficiențele în sistemul asigurărilor private de sănătate

Pentru realizarea acestui obiectiv ne propunem să examinăm următoarele:

1. **Oferta de asigurare** curentă a asigurătorilor privați de sănătate (design, preț);
2. **Analiza statistică:** Numărul societăților de asigurare private, volumul primelor subscrise, rezultatele financiare, evoluția în timp a rezultatelor companiilor;
3. **Avantajele și dezavantajele asigurărilor private de sănătate.**

### Oferta de asigurare

În prezent oferta de asigurări private de sănătate se prezintă printr-un produs relativ comun pentru majoritatea companiilor de asigurare private.

Protecția de asigurare prevede acordarea serviciilor medicale persoanei asigurate în instituţiile medicale prevăzute în contractul de asigurare sau în alte instituţii medicale unde acesta a fost internat de urgenţă în următoarele cazuri:

* Dereglări acute ale sănătăţii;
* Acutizări ale maladiilor cronice;
* Vătămări din cauza accidentelor, otrăvirilor.

Spectrul serviciilor de asistenţă medicală de obicei acoperă:

1. Servicii medicale prestate in condiţii de policlinică, care cuprinde

* examen medical general;
* investigaţii diagnostice (analiza generală a sângelui şi urinei, ECG, USG);
* examinare din partea medicilor-specialiști;
* asistenţă stomatologică de urgenţă.

1. Servicii medicale prestate la domiciliu, în cazurile când starea persoanei asigurate nu permite adresarea la policlinică pentru asistenţa medicală necesară.
2. Servicii medicale prestate de urgenţă prin intermediul Serviciului de Urgenţă Medicală, în cazurile maladiilor sau stărilor de sănătate care necesită asistenţă medicală de urgenţă.
3. Tratament în condiţii de staţionar se efectuează în baza îndreptării medicului specialist al policlinicii sau Serviciului de Urgenţă Medicală în instituţia medicală indicată în poliţa de asigurare sau într-o altă instituţie medicală specializată echivalentă cu acordul prealablil al socieății de asigurare.

Asigurătorii declară că pe tot parcursul perioadei de asigurare medicii experţi calificaţi ai Asigurătorului efectuează în permanenţă controlul calităţii, volumului şi oportunităţii serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate.

**Aspectele relevante ale programelor de asigurare facultativă de sănătate sunt:**

1. **Suma asigurată:** limita maximă a plăților pe care le vor face asigurătorii pentru un asigurat de regulă nu depășesște 25-30 mii lei, din care în proportie de 70% revine tratamentului spitalicesc, iar 30% pentru policlinică.
2. **Prima de asigurare** (tratament ambulator și staționar) corespunde unei cote de 12-15% din suma asigurată (aprorximativ 3000-4000 Lei per persoană).
3. **Unitățile medicale propuse**, sunt de cele mai multe ori cele publice, dar și cele private. În cazul în care clientul optează pentru o participare mai mare a unităților private, suma asigurată și prima de asigurare se poate dubla sau chiar tripla. Același lucru se întâmplă dacă sunt incluse și servicii stomatologice.
4. **Eligibilitate.** Asigurătorul privat își rezervă dreptul de a selecta persoanele ce urmează a fi incluse în programenle de asigurare, cele bolnave fiind excluse sau acceptate la tarife mai mari.
5. **Cheltuieli de gestiune –** asigurătorii au previzionat în tarif, cheltuieli de gestiune în mărime de 30-35%, din care-și acoperă cheltuilile de achizitie și administrarea business-ului de asigurare.

**Evaluare:**

Necesitatea de a avea o poliță de asigurare de sănătate provine din trebuința de a evita o pierdere financiară catastrofică de pe urma evenimentului asigurat, cauzate de cheltuieli medicale excesive, imposibile de suportat fără ajutor din exterior. Din cele expuse mai sus este evident că plafonarea sumei asigurate la 30, 40 sau chiar 50 mii lei nu acoperă necesarul pentru tratarea unei imbolnăviri severe, prin urmare scopul asigurării nu acoperă necesaul de asigurare, astfel obiectivul asigurării nu este atins. Din aceste considerente asigurarea privată de sănătate oferită în mod curent pe piața locală este privită diferit de **diferite** segmente ale populației:

* **Segmentul financiar vulnerabil** (șomerii și cei cu remunerație sub media pe țară) – văd această asigurare drept un lux, imposibil de suportat din veniturile curente.
* **Segmentul de mijloc și cel de sus:** văd în asigurarea facultativă de sănătate o utilitate redusă, întrucât nu este sesizabilă o plus-valoare evidentă față de asigurările obligatorii, iar în caz de necesitate pot apela direct la clinicile private cu plata pe loc.

Segmentul-țintă pentru asigurările private de sănătate sunt întreprinderile cu capital străin, precum și întreprinderile municipale, cu capital de stat care sunt mai putin sensibile la profit operațional.

Infrastructura folosită de asigurători este în cea mai mare parte formată din instituții medicale publice (din motive de cost, dar și de diversitatea și disponibilitatea specialiștilor). Deși asigurătorii permanent fac referință la condiții de cazare mai bune, specialiști mai buni, tratamente performante – în realitate condițiile sunt aproximativ aceleași cu cele primite în baza polițelor de asigurare obligatorii.

În privința bolilor acoperite, asigurările facultative au o serie de maladii și stări de sănătate excluse din asigurare:

* Persoane cu invaliditate;
* Persoane care se află la evidenţă în dispensarele narcologice, psihoneurologice, de ftiziatrie, dermatovenerologice
* Sunt HIV infectaţi sau bolnavi de SIDA.

**Controlul tratamentului:** deși asiguărătorii dețin un anumit control asupra tratamentului, totuși verificarea de facto se face de regulă ulterior efectuării acestuia, întrucât asigurătorii nu dețin nici numărul și nici personalul calificat în a urmări în de-aproape procesul medical. Această situație crează deseori tensiuni între reprezentantul asigurătorului și reprezentantul furnizorului serviciilor medicale.

**Avantajele pe care asigurătorii privați de sănătate pun accentul, și în mare parte le reușeste, sunt**:

1. **condiții de cazare** puțin mai bune decât pentru cei care nu dețin polița de asigurare facultativă, specialiști selectați și agreați de Asigurător;
2. Sunt **reduse la minim sau în general lipsesc perioadele de așteptare** în programarea la anumite tratamente medicale sau intervenții chirurgicale;
3. **Lipsesc achitările neformale** din partea pacienților pentru serviciile prestate;
4. **Tratamentele medicale sunt acoperite integral de poliță** în limita sumelor asigurate, fără a cere implicarea bolnavilor în procurarea acestor medicamente. Orice cheltuială făcută de bolnav din banii săi sunt restituiți la prezentarea bonurilor de plată și a rețetelor confirmate anticipat de asigurător;
5. **Asiguratul este tratat în mod prioritar** față de cei fără poliță facultativă;
6. **Pot fi incluse servicii stomatologice planificate**, contra unei prime de asigurare suplementare.

**Dezavantajele pe care le reprezintă asigurările private de sănătate:**

1. **Utilizarea preponderentă a infrastructurii existente în instituțiile medicale de stat** care suferă atât ca și dotări tehnologice, condiții de cazare, alimentare, cât și din punct de vedere a motivării personalului de a presta servicii de calitate. Aceste lipsuri duc la imposibilitatea efectuării unor intervenții chirurgicale performante pe scară largă cum ar fi transplanturi de organe, tratamente ortopedice complicate, alte intervenții care necesită cheltuieli majore cu specialiști, materiale și echipamente.
2. **Limitele reduse a sumelor asigurate** nu protejează asiguratul de o expunere la pierdere catastrofică în cazul unor intervenții medicale mai complicate și de durată.
3. **Din motive de profitabilitate, asigurătorii privați au tendința de a limita libertatea de decizie a medicilor,** făcându-se presiuni de cost asupra tratamentelor și medicamentelor prescrise. Drept consecință, deseori are de suferit pacientul din motiv că se optează pentru un preparat mai ieftin, dar considerat de asigurător a fi la fel de eficient. Sunt fecvente relațiile tensionante între reprezentanții asigurătorilor și a instituțiilor medicale cu privire la tratamentele prescrise.
4. Există un **segment important a populației care este privat de dreptul de a avea acces** la asigurarea facultativă de sănătate: invalizii, cei cu dereglări ai psihicului, cei infectați cu HIV. Totuși tratamentele medicale pentru această categorie de bolnavi sunt acoperite financiar de către stat.

### Analiza statistică

În continuare ne propunem să analizăm statistic evoluția asigurărilor private de sănătate pe o perioadă de 5 ani (2006-2010), cu o evaluare mai detaliată pentru anul 2010. Este important să relevăm capacitatea financiară a asigurătorilor de a face investiții noi, în special în sectorul de asistență medicală.

Din datele statistice pentru anul 2010 (tabel.1) sesizăm următorii indicatori:

**Număr total de asigurători privați**: **24**

**Număr total de asigurători implicați în asigurarea benevolă** de sănătate cu valabilitate în R.Moldova: **9**

**Gradul de concentrare:** primii 3 asigurători după volumul de prime încasate dețin **92,3%** din piață (ASITO, MOLDASIG, GRAWE CARAT).

**Încasări totale din asigurări benevole de sănătate** cu valabilitatea în R.Moldova: **17,27mln lei**

**Plăți** pentru asigurări benevole de sănătate: **5,13 mln lei**

**Număr maxim total estimat a specialiștilor** antrenați în asigurarea facultativă de sănătate: **30.**

**Din 9, 3 asigurători urmează să aducă aport suplementar la capitalul social** pentru a atinge minimul legal de 15 mln lei până în aprilie 2012.

**Profitul total până la impozitare î**nregistrat de cei **9 asigurători pentru anul 2010 constituie 154,9 mln lei**.

În continuare se prezintă o situație a domeniului asigurărilor de sănătate pe ultimii 5 ani, perioada anilor 2006-2010.



Din informația de mai sus putem face următoarele interpretări cu privire la asigurările facultative de sănătate la intern:

1. **Asigurătorii privați nu au pînă în prezent o forță de vânzare și un design de produs adecvat care ar fi putut să convingă clienții potențiali privind nevoia încheierii contractelor de asigurare facultativă de sănătate la intern**, creșterile de la an la an fiind foarte modeste, excepție făcând anul 2009 față de 2008, când creșterea a constitui 75%, iar pentru anul 2010 creșterea a fost puțin peste 5% în raport cu anul 2009.

Oferta de asigurare facultativă este eclipsată de asigurările obligatorii care expun în vitrină un spectru complet de tratamente și riscuri asigurate chiar dacă o bună parte din ele sunt doar pe hîrtie. Pentru marea majoritatea a clienților, asigurările private apar ca un suplement de confort la niște condiții de tratament îndoielnice din instituțiile medicale publice.

Asigurarea facultativă de sănătate va deveni atractivă pe scară largă doar atunci când serviciile oferite în baza poliței facultative vor fi prestate într-o infrastructrură diferită de cea existentă în prezent, cu contractarea preponderent a clinicilor private/modernizate și chiar integrarea lor pe verticală în sistemul asigurărilor care să dispună de tehnologie medicală și infrastructură contemporană. Prin integrare pe verticală a instituțiilor medicale avem în vedere situația în care asigurătorii dețin propriile instuții medicale și de diagnostic. Asigurătorii de sănătate au o legătură specială cu furnizorii de servicii medicale, pentru că ultimii sunt cei care influentțează nivelul plăților și respectiv profitabilitatea business-ului de asigurare. Constituirea de rețele de furnizori și oferta de servicii integrate este ceva obișnuit în SUA. O abordare integrată permite asigurătorilor să canalizeze și să concentreze tratamentele pe cei mai eficienți furnizor de servicii medicale. Această le va permite un management mai bun al procesului medical, dar și economii esențiale datorită reducerii de costuri prin controdlul și optimizarea tratamentelor.[[1]](#footnote-2)

1. **Rata daunei (despăgubire/prime subscrise) este fluctuantă** de la an la an (minim 29,72%, maxim 76,12%), arată că **sistemul nu este echilibrat**, iar unele companii de asigurare oferă **servicii de casă** pentru instituții medicale, mulțumindu-se cu o taxă de deservire. Rata daunei are o tendință de creștere din mai multe cauze:

* inflația prețurilor pentru medicamente, tratamente și servicii de diagnosticare,
* deprinderea asiguraților cu polița de asigurare facultativă și posibilitatea de a beneficia de servicii medicale în exces (cele mai avansate tratamente, medicamente noi, adresare la orice suspecție de boală)
* apariția noilor centre de diagnostic, care facilitează depistarea timpurie a bolilor grave și respectiv necesită tratament imediat.

1. **Volumul primelor de asigurare de sănătate cu acoperire peste hotare** a înregistrat creșteri mai consistente pe motiv că acestea sunt obligatorii pentru cetățenii R.Moldova care călătoresc peste hotare și doar în măsura în care creștea numărul turiștilor de la an la an. Totuși, asigurarea de călătorie nu este relevantă pentru studiul nostru, deoarece procesarea plăților este de regulă efectuată de către corespondenți străini, iar asigurătorii locali rambursează post-factum facturile emise.
2. **Profitul total înregistrat de cei 9 asigurători pentru anul 2010 în mărime de 154,9 mln lei** este foarte mic pentru a contribui la dezvoltarea infrastructurii de asistență medicală, chiar dacă ar fi alocat integral în acest scop (lucru de altel nerealistic). În plus, profitul declarat de departe nu este acoperit de active lichide, întrucât o parte din veniturile luate în calcul provin din reevaluarea activelor formate din valori mobiliare, iar altă parte provin din diminuarea rezervelor de asigurare. Astfel putem concluziona că sistemul asigurărilor private dispune de rezerve minime pentru a fi capabil să investească într-un domeniu energofag cum este cel al asistenței medicale.

Ipotetic, acționarii majoritari ai unor companii de asigurare ar putea contribui la crearea unor instituții medicale private.

## Capacitatea asigurătorilor privați de a contribui la îmbunătățirea sistemului de sănătate

Pentru a vedea dacă, cum și la ce etapă ar putea contribui asigurătorii privați la îmbunătățirea funcționalității sistemului actual de sănătate trebuie să pornim de la procesul în sine al asigurărilor private și alinierea comparativă cu sistemul de asigurări obligatorii de sănătate.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Asigurătorii privați** | **Modalitatea în care sistemul privat poate fi folosit de sistemul obligatoriu de asigurări de sănătate** |
| **Subscrierea/Încasarea primei de asigurare** | Primele de asigurare benevolă de sănătate sunt colectate pe baza unui număr relativ redus de contracte de asigurare, respectiv este implicat un număr mic de agenți de asigurare. După estimările noastre, suma asigurată medie constituie 23000lei, la un număr de 11000 asigurați în baza la 2300 de contracte de asigurare facultative de sănătate încheiate). Cea mai mare parte a contractelor sunt încheiate direct de către specialiștii secțiilor de asigurări de sănătate din cadrul sediilor centrale ale asigurătorilor.  Specialiștii acestor secții au o sarcină de lucru foarte mare, mulți din ei fiindu-le delegate atât sarcina de vânzări, cât și de plăți. Secțiile de asigurare de sănătate nu sunt susținute prin politici de marketing și acest lucru este vizibil prin lipsa oricăror mesaje publicitate și promovare a asigurărilor de sănătate.  La această etapă a evoluției asigurărilor de sănătate în țara noastră nu putem vorbi că asigurătorii privați au vreo expertiză relevantă și experiență performantă în a vinde produse de asigurare de sănătate. | Sistemul de asigurare obligatoriu de sănătate poate folosi rețeaua întreagă de agenți de asigurare, indiferent de cunoștințele și experiența acestora. În acest caz putem vorbi de **colectori de prime de asigurare** și mai puțin de consultanți de vânzare. Singurul dezavantaj al rețelei de agenți de asigurare ar fi costurile relativ mai mari de colectare (minim 10-15% din mărimea primelor de asigurare), în raport cu colectarea directă de către agențiile teritoriale ale Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină (CNAM).  Avantajul primar al utilizării agenților de asigurare este că aceștia se deplasează la domiciliul beneficiarilor și au o prezență mai bună în teritoriu decât agențiile teritoriale ale CNAM. |
| **Formarea și gestionarea fondurilor de asigurare** | După ce au fost colectate primele de asigurare, asigurătorii crează rezervele necesare pentru acoperirea obligațiunilor viitoare.  La baza calculului și creării rezervelor stau principii actuariale. Totuși, despre participarea actuarului în aceste calcule putem vorbi doar la unele dintre companii, majoritatea din cei prezenți în acest business își ajustează tarifele din mers, reieșind din experiența de plăți și oferta concurenților. | În R.Moldova, sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală este bazat pe principiul „pay as you go” în care cheltuielile prezente sunt acoperite de veniturile prezente. Dacă în viitor se va opta la descentralizarea sistemului, cu existența mai multor fonduri de asigurare și scheme de redistribuire a sumelor acumulate pe bază de risc, atunci expertiza actuarilor din asigurări va fi indispensabilă. În acest caz putem vorbi de o contribuție majoră pe care o vor aduce nu atât asigurătorii privați, cât actuarii care-i deservesc pe acești asigurători. |
| **Plata indemnizațiilor de asigurare** | Asigurătorii privați plătesc în baza cheltuielilor efective, suportate de instituțiile medicale implicate cu tratamentul persoanelor asigurate. Asigurătorii dețin un număr restrâns de specialiști pe acest sector, de aceea pot interveni doar ex-post în discutarea tratamentelor efectuate și a medicamentelor prescrise. În general, banii asigurătorilor privați sunt cheltuiți cu eficiență, din moment ce scăparea acestui subiect din vedere ar submina situația financiară al asigurătorului.. | Deoarece specialiștii de asigurări facultative de sănătate provin de fapt din sistemul public de sănătate, nu putem vorbi de niște calități speciale pe care le-ar avea specialiștii asigurătorilor privați. Totuși, este de remarcat eficiența cheltuielilor efectuate de către asigurătorii privați, modalitatea de monitorizare permanentă a acestora. Din pacate experiența altor state (de ex. Rusia), în care asigurătorii sunt delegați să efectueze plăți din numele asigurătorului de stat nu este una pozitivă. Aspectul negativ este generat de faptul că asigurătorul privat primește un comision de gestiune calculat procentual din volumul de servicii gestionate. Astfel se ajunge la un interes mai mare de a avea servicii mai voluminoase, întrucât comisionul de gestiune este mai mare. Rolul de gestionar al plăților fără rol de purtător de risc slăbește mult înclinația spre a urmări după eficiența plăților. |
| **Infrastructura** | Asigurătorii privați nu dispun de o infrastructură care le-ar garanta un control asupra întregului proces de asistență medicală în baza polițelor emise. | Aportul asigurătorilor privați în dezvoltarea infrastructurii sistemului de sănătate ar fi minor în eventualitatea integrării asigurătorilor privați în sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate, din cauză că aceștia nu dispun de infrastructura necesară și au o putere financiară limitată. |
| **Controlul procesului** | Asigurătorii privați au sisteme de control al plăților pe mai multe nivele:  - specialistul pe teren  - șeful secției plăți  - audit intern  - directoratul asigurătorului  - acționariatul  Asigurătorii verifică în permanență indicatorii de eficiență atât financiară, cât și a tratamentelor propriu-zise. | Carențele majore înregistrate în asigurările medicale de sănătate derivă în primul rând din cheltuirea banilor acumulați de o manieră nerațională. Risipa și deturnările de fonduri au un impact negativ mult mai mare decât volumele reduse colectate.  În prezent eficiența activității CNAM suferă mult din lipsa unor indicatori de eficiență și control a unităților finanțate din fondul de asigurare de sănătate. |

Ne propunem în continuare să vedem soluțiile pe care le-ar putea oferi experiența și capacitatea asigurătorilor privați pentru rezolvarea anumitor problemelor din sistemul actual de asigurări obligatorii de asistență medicală:

**Problema 1: Existența unui gurp de persoane eligibile pentru asigurarea obligatorie, dar care nu cumpără și nu achită prime de asigurare (liber profesioniști, agricultori)**

**Soluția posibilă din sectorul privat:**

Rețeaua de vânzare a asigurătorilor privați poate face serviciu de colectare a primelor de asigurare obligatorie de sănătate, pe bază de comision. Pentru acest serviciu trebuie rezervate cheltuieli de administrare a vânzărilor în mărime de minim 15% din valoarea primelor de asigurare colectate. În această situație Agențiile teritoriale ale CNAM pot încheia contracte de agent cu asigurătorii din teritoriu.

**Problema 2: Existența plăților neformale în instituțiile medicale de stat**

**Soluția posibilă din sectorul privat:**

Este binecunoscut fenomenul când plățile neformale depășesc de 2-3 ori cheltuielile pe care le alocă CNAM pentru anumite servicii medicale.

O soluție care ar diminua mărimea plăților neformale este **introducerea sistemului de coplată pentru fiecare vizită, medicament compensat,** dar care să nu depășească o anumită limită anuală (e.g. în Cehia nivelul maxim cumulat nu depășește 200 Euro pe an, la noi poate fi jumătate din această sumă). Excedentul de sumă plătit în decursul anului este automat calculat și restituit asiguratului la începutul anului de asigurare următor. În această situație ar apare **efectul comercial al vizitei la medic** și pacientul va evita să plătească „de două ori” per vizită sau tratament.

**Problema 3:** **Ineficiență și risipă în cheltuirea banilor acumulați în sistemul asigurărilor obligatorii de sănătate.**

**Soluția posibilă din sectorul privat:** CNAM trebuie să introducă anumiți indicatori de eficiență pentru instituțiile medicale finanțate, dar în primul rând trebuie să împrumute de la sistemul de asigurări private de sănătate modelul de control al costurilor și monitorizare permanentă a proceselor de tratament.

Din păcate simpla atribuire pentru asigurătorii privați a funcției de gestionar de plăți fără calitatea de purtător de risc, nu va duce decât la o risipă mai mare decât cea înregistrată în prezent (modelul Rusiei).

## Parteneriatul Public-Privat

În ultimii ani apar tot mai multe discuții cu privire la parteneriatul public-privat în sistemul asigurărilor de sănătate în R.Moldova, temă care este pe larg analizată și în multe țări dezvoltate și în curs de dezoltare. Pierderile de sistem cauzate de ineficiența în gestiunea resurselor fondurilor de asigurare de sănăte (circa 20-40% pe plan mondial conform datelor OMS), precum și căutarea unei calități cât mai bune pentru serviciile medicale acordate populației sunt principalele motive pentru care se caută modele de parteneriat public-privat (PPP).

În situația actuală din R.Moldova la crearea unui model eficient de PPP trebuie să luăm în considerație nu numai avantajele și dezavantajele posibile, ci și riscurile unei alte configurări ale sistemului de asigurare de sănătate.

În adoptarea unui nou model cu PPP, trebuie să ținem cont de angajamentul pe care și l-a asumat R.Moldova alături de alte state membre ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) de a dezvolta astfel de sisteme de finanțare, încât **toată populația să aibă acces la servicii fără să aibă constrângeri financiare** la plata acestora (definită ca **protecție universală)**.

Din rapoartele OMS rezultă că doar o pondere 15-20% a plăților directe în total cheltuieli cu sănătatea elimină esențial riscul catastrofic de ruinare sau însărăcire a persoanei care aplică pentru servicii medicale.

Pe baza statisticilor prezentate mai sus este evident că la această etapă în R.Moldova contribuția potențială a asigurătorilor privați de a spori încasările sistemului este neglijabilă (reieșind din statistica analizată anterior în acest studiu). Tocmai din această cauză asigurătorii privați pretind că ei pot aduce o plus valoare la eficiența cheltuirii resurselor acumulate în sistemul de sănătate.

Este important să menționăm că pentru a ridica eficiența sistemului, asigurătorii și, implicit, instituțiile medicale antrentate de aceștia, trebuie să ia în considerație următorii factori de eficientizare:

* 1. Să reducă consumurile excesive de medicamente și să îmbunătățească controlul de calitate
  2. Să urmărească după implementarea tehnologiilor contemporane de ultimă oră în materie de tratament și servicii
  3. Să motiveze personalul medical
  4. Să îmbunătățească eficiența spitalicească
  5. Să ofere tratamentul bun de la prima adresare, eliminând erorile profesionale și tratamentele repetate
  6. Să elimine risipa și corupția
  7. Să evalueze critic asupra nevoii de servicii.

Pentru ca asigurătorii privați să aducă o plus-valoare în gestiunea sistemului de asigurare de sănătate este imperativ necesar ca să fie îndeplinite următoarele cerințe:

1. **Asigurătorii privați trebuie să preia efectiv riscul de asigurare în baza unei prime de risc plus o marjă de cheltuieli de admnistrare și profit prestabilit.**

Simpla gestiune a plăților nu poate fi calificată ca activitate de asigurare.  
Altfel, rolul de gestionar de plăți poate fi ușor realizat de către organizatii independente fără statut de asigurător. Numai asumându-și efectiv riscul afacerii, asigurătorii vor fi responsabili de modul în care sunt cheltuite fondurile de asigurare, iar concurența între ei va face ca raportul calitate-preț să fie mereu în obiectiv.

1. Asigurătorii implicați în asigurarea de asistență medicală obligatorie trebuie să respecte toate rigorile asigurărilor clasice, urmărind **să se protejeze de pierderi catastrofice de pe urma acumulărilor de risc.** Astfel, este imperativ necesar ca aceștia să aibă protecție de reasigurare de catastrofă (de exemplu, în cazul unor epidemii sau pandemii). Deoarece statul este cel care garantează stabilitatea sistemului, este recomandat ca CNAM să fie de fapt garantul și reasigurătorul asigurătorilor privați implicați în asigurarea obligatorie. Exemplu relevant în aces sens poate servi modelul Cehiei, unde asigurătorul de stat este reasigurător al întregului sistem.
2. **Dezvoltarea PPP trebuie efectuată pe etape, astfel încât să nu fie periclitată existența actualului sistem** care de altfel este funcțional și în continuă perfecționare. Aici avem în vedere **suprasarcina care poate cădea pe unele societăți de asigurare private care fie vor fi incapabile să gestioneze corect fondurile de asigurare**, fie intenționat vor compensa pierderile din altele linii de asigurare cu profitul forțat din asigurări de sănătate (prin exces de zel diminuând costurile în defavoarea calității sau refuzând anumite tratamente), astfel punând în pericol viața și sănătatea populației.
3. **Simpla distribuire a primelor de asigurare către asigurătorii privați, poate crea niște** dezechilibre **majore** la nivelul unor asigurători privați sau dimpotrivă poate crea niște profituri exagerate la alți asigurători, ameinințând stabilitatea financiară atât a anumitor asigurători, cât și a sistemului în ansamblu. Cauzele care pot duce la dezechilibre pot fi mai multe:
   1. **repartizarea neuniformă a populației** din punct de vedere a riscului pe companii de asigurare: anumite companii pot absorbi populație mai batrână și mai bolnavă, diferențe ca număr de femei și bărbați[[2]](#footnote-3) sau angajați dintr-un sector cu îmbolnăviri profesionale accentuate (de ex. ramura construcțiilor, fabricarea cimentului, industrie chimică, extractivă etc.), iar altele dimpotrivă pot atrage populație mai tânără și mai sănătoasă (domeniile IT, comunicații, financiar)
   2. **politici de plăți diferite** – unii asigurători pot să aibă o politică mai conservativă de plăți (plătesc mai puțin și mai rar), iar alții dimpotrivă sunt mai generoși la plată și mai puțin exigenți la controlul eficienții cheltuielilor.

Din aceste considerente este absolut necesar ca **profitul să fie limitat în cifre relative**, iar excedentul să fie redistribuit în sistem, aceasta în eventualitatea în care asigurătorii vor primi o primă de asigurare prestabilită pentru gestiunea unui portofoliu de asigurați. În esență, toți asigurătorii implicați în schema de asigurare obligatorie, trebuie să funcționeze ca un sistem de vase comunicante. Acest principiu este de asemena respectat în modelul ceh de asigurare de sănătate.

În cazul în care se ignoră principiul de redistribuire a profitului între companii, este evident că cheltuielile de la bugetul central de stat pentru susținerea asigurărilor obligatorii de sănătate vor crește (pentru anul 2010 aceste au constiutit 56,3%[[3]](#footnote-4) ). Acest fenomen este previzibil, deoarece în prezent pentru persoanele neangajate (copii, elevi, studenți, pensionari, invalizi, gravide, șomeri) care sunt asigurate de către stat se plătește o primă de asigurare substanțial mai mică decât cea percepută de la persoanele angajate, angajatori și cei cu plata în numerar a poliței.[[4]](#footnote-5) Astfel, cei angajați acoperă, în virtutea principiului solidarității, necesitățile altor pături pentru care se sub-plătește, dar care în același timp au nevoie de o a asistență medicală mai multă și mai costisitoare (de ex. bătrânii, copiii, invalizii).[[5]](#footnote-6)

Reieșind din cele expuse mai sus, propunem un model de PPP care ar putea completa sistemul actual de asigurări de sănătate.

Modelul pe care il propunem spre implementare în sistemul de asigurare de sănătate în R.Moldova presupune **implicarea asigurătorilor privați în asigurarea de asistență medicală a stratului superior al populației, din punct de vedere a venitului acumulat.**

Modelul presupune compensarea primelor de asigurăre facultative pe seama excedentului de sumă ce depășește un anumit nivel de primă de asigurare obligatorie de referință. Astfel, toate vărsămintele aferente unei persoane ce depășește un anumi nivel să fie orientate pentru compensarea primelor de asigurare facultativă la compania de asigurare privată aleasă de către asigurat.

**Asigurători:** în calitate de asigurători vor fi societățile de asigurare care dețin licență pentru asigurarea facultativă de sănătate și corespund cerințelor înaintate de Ministerul Sănătății și CNAM.

**Persoanele eligibile:** persoanele fizice care înregistrează venituri peste o anumită limită și respectiv efectuează plăți de prime de asigurare obligatorie către CNAM peste o anumită sumă –numită **primă de referință**. Pentru a afla mărimea veniturilor persoanelor eligibile este nevoie de o analiză actuarială suplementară (de ex.în Australia a fost implementat cu succes un asemnea model, iar nivelul venitului minim pentru a fi eligibil este de 75000 dolari pentru indivizi celibatari și 150000dolari per familie),

Persoanele vor avea libertatea să aleagă între oferta de asigurare facultativă pentru care au optat suplementar sau să se adresze instituțiilor medicale în baza programul de asigurare obligatorie. .

**Mecanism de finanțare:** Ministerul Sănătății împreună cu CNAM[[6]](#footnote-7) stabilește o limită de primă de asigurare, respectiv venituri înregistrate, dincolo de care se poate opta pentru ca vărsămintele să fie transferate la programe de asigurare facultative de sănătate. Pentru suma vărsămintelor care depășește acest nivel, CNAM eliberează niște **certificate de compensare** care vor putea fi folosite de asigurați la achitarea unor polițe de asigurare facultative de sănătate. Astfel, certificatele de compensare vor fi depuse la asigurătorii privați de asigurare de sănătate, iar aceștia vor putea fi rambursați de către CNAM în baza unor borderouri lunare. Orice diferență între prima de asigurare facultativă și valoarea nominală a certificatului de compensare va fi achitată de către persoana fizică. Procesul de atribuire a sumelor de compensare poate fi în formă electronică, fie mixtă (de exemplu cu posibilitate fiecărei persoane de a-și extrage acest certificat online).

1. Swiss Re Sigma nr.6/2007 [↑](#footnote-ref-2)
2. Biroul Național de Statistică, ACCESUL POPULAȚIEI LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE Rezultatele studiului în gospodării, august‐octombrie 2010 : Indiferent de vîrstă, femeile recurg la medicamente într‐o proporție mai mare decît bărbații (41,0% față de 26,3%), motivul principal fiind faptul că femeile mai des recurg la servicii medicale decît bărbații (23% din femei au beneficiat de servicii medicale comparativ cu 15,4% din bărbați). Cel mai mare decalaj între femei şi bărbați în consumul de medicamente se înregistrează pentru categoria de vîrstă 25‐34 ani (30,5% față de 6,4%). [↑](#footnote-ref-3)
3. Curtea de Contruri, Hotărârea nr.44 din 25.08.2011. În anul 2010 , în veniturile totale ale FOAM, ponderea semnificativă au deținut-o transferurile de la bugetul de stat (56,3%) și primele de asigurare obligatorie de asistență medicală , achitate de angajați și angajatori (42,2%). [↑](#footnote-ref-4)
4. Biroul Național de Statistică, ACCESUL POPULAȚIEI LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE Rezultatele studiului în gospodării, august‐octombrie 2010 Cele mai multe cazuri de solicitări a serviciilor medicale sunt caracteristice pentru copii (21% din total persoane în vîrstă de pînă la 15 ani) şi persoane în vîrstă de 65 şi peste ani (37%). Totuși, CNAM nu deține informația privind volumul și valoarea serviciilor medicale acordate persoanelor asigurate de către Guvern din conturile mijloacelor bugetului de stat. [↑](#footnote-ref-5)
5. Legea nr. 1593-XV din 26.12.2002 cu privire la mărimea, modul şi termenele de achitare  
   a primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală: Suma transferurilor din bugetul de stat în fondurile asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate prevăzute la art.4 alin.(4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală se stabileşte anual prin legea bugetului de stat, reprezentînd o cotă procentuală din totalul cheltuielilor aprobate ale bugetului de stat, cu excepţia cheltuielilor efectuate din veniturile cu destinaţie specială prevăzute în legislaţie, nu mai mică decît 12,1%. [↑](#footnote-ref-6)
6. Legea Nr. 1593 din  26.12.2002 cu privire la mărimea, modul şi termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală prevede că **„**Mărimea primelor de asigurare obligatorie de asistenţă medicală se calculează de către Ministerul Sănătăţii, conform prevederilor art.17 din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală, şi se aprobă anual prin legea fondurilor obligatorii de asistenţă medicală.” [↑](#footnote-ref-7)