

FEZABILITATEA LIBERALIZĂRII PIEȚII ASIGURĂRILOR MEDICALE OBLIGATORII ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Autori:

Ana Popa

Veaceslav Cernica

Coordonator de proiect:

Valeriu Prohnițchi

Chișinău, 2011

Prezentul document a fost elaborat de Centrul Analitic Independent EXPERT-GRUP în cadrul Programului Comun al Consiliului Europei și Delegației Comisiei Europene în Republica Moldova „Programul de Suport al Democrației”. Numai autorii sunt responsabili de metodologia, afirmațiile și concluziile din acest document, care nu coincid în mod neapărat cu opinia finanțatorilor.

Cuprins:

SUMAR EXECUTIV	3
INTRODUCERE	5
1. EXPERIENȚA ȚĂRILOR EUROPENE ÎN LIBERALIZAREA PIEȚEI DE ASIGURĂRI MEDICALE.	6
MODELE DE SISTEME DE SĂNĂTATE ÎN ȚĂRILE EUROPENE.....	6
SPECIFICUL SISTEMELOR DE ASIGURARE MEDICALĂ ÎN ȚĂRILE CU AOS.....	8
EXPERIENȚA STATELOR EUROPENE: LECȚII PENTRU REPUBLICA MOLDOVA	12
2. CAPACITATEA SISTEMULUI DE ASIGURĂRI PRIVATE DIN REPUBLICA MOLDOVA DE A PARTICIPA LA SISTEMUL DE ASIGURĂRI OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ.....	15
PERFORMANȚELE ȘI DEFICIENȚELE ÎN SISTEMUL ASIGURĂRILOR PRIVATE DE SĂNĂTATE.....	15
ANALIZA EVOLUȚIEI ASIGURĂRILOR PRIVATE	17
CAPACITATEA ASIGURĂTORILOR PRIVAȚI DE A CONTRIBUI LA ÎMBUNĂȚĂȚIREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE	19
3. OPȚIUNI PENTRU MOLDOVA: AVANTAJE ȘI DEZAVANTAJE, RISCURI ȘI OPORTUNITĂȚI	23
OPȚIUNEA 1. STATUS QUO.....	23
OPȚIUNEA 2. ASIGURAREA MEDICALĂ OBLIGATORIE PRIN FONDURI DE SĂNĂTATE PUBLICE ȘI PRIVATE ÎN BAZA MODELULUI CEH ...	24
OPȚIUNEA 3. ASIGURAREA MEDICALĂ OBLIGATORIE PRIN FONDURI PUBLICE ȘI PRIVATE CU DREPTUL DE A OBȚINE PROFIT ÎN BAZA MODELULUI OLANDEZ	26
OPȚIUNEA 4. MODELUL OPTIMAL DE IMPLICARE A ASIGURĂTORILOR PRIVAȚI.....	29
CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI	31
LISTA SURSELOR UTILIZATE	36

Lista tabelelor:

Tabel 1. Modelele de organizare a sistemelor de finanțare a sănătății în țările europene și clasamentul acestora în ratingul EuroHealth Consumer Index 2009	7
Tabel 2. Evoluția încasărilor și plăților pentru asigurările facultative de sănătate în interiorul Republicii Moldova și de călătorie în exterior, mii MDL.....	18
Tabel 3. Indicatori de dinamică a încasărilor și ratei plăților de asigurare, %	18
Tabel 4. Modalități în care realizările sistemului privat de asigurări poate fi folosit în sistemul de asigurare obligatorie de sănătate.....	20
Tabel 5. Analiza SWOT pentru modelul actual (Status-Quo) al asigurărilor medicale obligatorii	23
Tabel 6. Analiza SWOT pentru implementarea asigurării medicale obligatorii cu participarea fondurilor de asigurare publice și private fără dreptul de a obține profit.....	24
Tabel 7. Analiza SWOT pentru implementarea asigurării medicale obligatorii cu participarea fondurilor de asigurare publice și private cu dreptul de a obține profit	26
Tabel 8. Analiza SWOT pentru implementarea asigurării medicale obligatorii în cadrul unui Parteneriat Public-Privat (Model Status-Quo îmbunătățit)	30

SUMAR EXECUTIV

În prezent, sistemul moldovenesc de sănătate se confruntă cu multe probleme, inclusiv persistența plăților informale, ineficiența în cheltuirea fondurilor de sănătate, număr mare de persoane neasigurate, lipsa indicatorilor măsurabili și valorici, infrastructura învechită a sistemului de sănătate, transparență insuficientă în activitatea CNAM și deficiențe în procesul de management.

Astfel, în ultimii ani apar tot mai multe discuții cu privire la parteneriatul public-privat (PPP) în sistemul de asigurări obligatorii de sănătate (AOS) în Republica Moldova. În adoptarea unui nou model cu PPP, trebuie să ținem cont de angajamentul pe care și l-a asumat Republica Moldova de a dezvolta astfel de sisteme de finanțare, încât toată populația să aibă acces la servicii medicale și de experiența altor state în liberalizarea pieții de AOS.

Analiza efectuată indică asupra faptului că Republica Moldova nu este pregătită să implementeze un sistem de AOS cu drepturi egale de participare pentru asigurătorii privați și asigurătorul public. Cauzele esențiale derivă din următoarele constatări:

- Toate țările cu asigurări sociale de sănătate au o acoperire mai mare a populației cu asigurări, aproape de 100%. De asemenea, ponderea celor care contribuie în raport cu persoanele asigurate de stat sau cei care nu contribuie este mai mare ca în Moldova, ceea ce evident va afecta activitatea asigurătorilor privați care ar încerca să se implice;
- În prezent în Republica Moldova nu există premise pentru implementare imediată a unui sistem bazat pe un mecanism bun de redistribuire a fondurilor și de calculare a formulei per-capita de compensare, și mai ales compensării ex-post, pentru că lipsește un sistem informațional de urmărire a pacientului care ar păstra istoria deservirii pacienților și a costurilor implicate;
- Nu există baza informațională necesară pentru stabilirea unui mecanism bun de redistribuire a fondurilor și există un risc înalt de reducere a accesului la serviciile medicale ale persoanelor vulnerabile, care în prezent nu sunt asigurate;
- Sectorul privat de asigurări este subcapitalizat, o parte de asigurători urmând să-și majoreze capitalul social până la limita minimă obligatorie;
- Asigurătorii privați nu dispun de o infrastructură care le-ar garanta un control asupra întregului proces de asistență medicală în baza polițelor emise;
- Asigurătorii dețin un număr mic de specialiști și personal specializat pentru vânzări, monitorizarea tratamentelor și urmărirea plăților. Capacitatea de majorare a numărului de specialiști în timp scurt este foarte limitată;
- Lipsa performanței în vânzările de asigurări medicale voluntare, exprimată în curențe de design de produs și vânzări modeste;
- Implicarea foarte slabă în promovarea asigurărilor de sănătate în ultimii ani;
- Participarea actuarului în calcule de prime de asigurare este limitată, majoritatea asigurătorilor prezenți în acest business își ajustează tarifele din mers, pornind de la experiența de plăți și oferta concurenților

Pentru ca asigurătorii privați să aducă o plus-valoare în gestiunea sistemului de asigurare de sănătate, este necesară îndeplinirea câtorva cerințe. În primul rând, **asigurătorii privați trebuie să preia efectiv riscul de asigurare în baza unei prime de risc plus o marjă prestabilită de cheltuieli de administrare și profit**. În al doilea rând, 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. 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.

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, amenințând stabilitatea financiară atât a anumitor asigurători, cât și a sistemului în ansamblu. Cauzele care pot duce la dezechilibre pot fi repartizarea neuniformă a populației din punct de vedere a riscului pe companii de asigurare și politici de plăți diferite. 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**.

Astfel, remodelarea din temelie a sistemului actual de AOS cu participarea asigurătorilor privați în condiții egale cu asigurătorul public nu este posibilă în prezent, existând riscuri prea mari de faliment a sistemului. În acest sens, propunem unele schimbări la modelul actual pentru implicarea treptată a asigurătorilor privați în sistemul de AOS în paralel cu îmbunătățirea cadrului instituțional al sistemului.

În modelul propus, CNAM rămâne pe poziția de asigurător unic național; dar se stabilește un plafon maxim al contribuției per persoană, iar excedentul poate fi utilizat în următoarele condiții

- pentru procurarea polițelor de asigurare facultative (pentru aceleași servicii sau servicii suplimentare) la compania publică sau asigurători privați la alegerea clientului;
- pentru asigurarea unui membru de familie care nu este acoperit în prezent de schema asigurărilor obligatorii de asistență medicală;
- transferarea în conturi acumulative personale administrate de CNAM, care pot fi mai târziu utilizate în scopuri medicale pentru asigurare la companiile private.

Concomitent trebuie îmbunătățite și alte aspecte ale funcționării sistemului ce țin de cadrul instituțional, managementul intern al CNAM și acoperirea cu AOS a populației.

Acest model ar permite, în primul rând, **satisfacția mai mare a contribuabililor mari**, care în prezent sunt nemulțumiți de serviciile primite pentru primele înalte pe care le achită și caută metode de a se eschiva de la aceste plăți. În aceste condiții aceștia ar putea utiliza această sumă cum doresc ei. De asemenea, în cazul în care o altă persoană poate fi asigurată, aceasta **va spori gradul de acoperire cu asigurare medicală**. În al treilea rând aceasta **va pregăti treptat sectorul privat de asigurări pentru o implicare mai activă în sistem**.

INTRODUCERE

Crearea sistemului de asigurări obligatorii de sănătate (AOS) în Republica Moldova în 2004 a revitalizat sistemul de sănătate, care a suferit enorm în prima decadă a tranziției. Fără îndoială, reforma din 2004 a avut un impact pozitiv în primul rând asupra accesului la serviciile medicale a populației social-vulnerabile. Totuși, pe parcursul celor opt ani de implementare a AOS s-au conturat și unele deficiențe și au devenit clare necesitățile de adaptare a sistemului la noile evoluții economice. Necesitatea reformării sistemului AOS este dictată de următoarele aspecte:

- În comparațiile internaționale, Moldova se plasează rău la majoritatea indicatorilor ce măsoară starea de sănătate a populației, ceea ce reflectă, într-o anumită măsură, calitatea scăzută a serviciilor medicale și eficiența redusă a colectării și utilizării resurselor în sistem;
- Plățile informale în sistem nu au fost eliminate complet și în prezent nu există mecanisme eficiente și suficientă motivație și voință politică pentru a le elimina;
- Nu a fost găsită soluția pentru creșterea nivelului de acoperire cu asigurare medicală a populației. Astfel, aproape 30% din populație rămâne neasigurată, ceea ce determină cheltuielile per capita pentru sănătate relativ joase în Republica Moldova;
- Crește nemulțumirea contribuabililor mari, care în pofida primelor mari transferate nu primesc servicii de calitate și subvenționează un segment prea mare al populației;
- Însuși cadrul instituțional în care este plasat Compania Națională de Asigurări Medicale (CNAM) nu este clar, fiind caracterizat și de o delimitare a insuficientă a responsabilităților între Ministerul Sănătății și CNAM;
- Transparența redusă în executarea cheltuielilor CNAM, determinată de managementul intern ineficient al companiei și lipsa mecanismelor eficiente de control asupra acesteia.

Acestea sunt doar câteva aspecte care indică asupra necesității reformării în continuare a sistemului de sănătate. Astfel, una din posibilitățile de îmbunătățire a stării sistemului național de sănătate, discutată tot mai des este implicarea sectorului privat în sistemul actual de AOS. Această idee este mai ales promovată de companiile de asigurare private, care o privesc ca pe o modalitate de creștere a profiturilor.

Autorii acestui studiu și-au propus să evalueze fezabilitatea și balanța avantajelor - dezavantajelor deschiderii sectorului de AOS pentru companiile private și să identifice cel mai avantajos model pentru funcționarea de mai departe a sistemului, astfel încât beneficiile pentru populație să fie cât mai mari, iar riscurile cât mai mici.

Astfel, Capitolul 1 trece în revistă experiența țărilor europene cu sisteme de AOS și modul de participare a asigurătorilor privați în aceste sisteme. Capitolul 2 analizează pregătirea sistemului actual de asigurători privați de a participa la sistemul de AOS. Capitolul 3 analizează câteva modele alternative de organizare a sistemului de asigurare medicală și identifică modelul optimal pentru condițiile actuale în Republica Moldova. Studiul se finalizează cu Concluzii și Recomandări, care pun încă o dată accentul pe modelul optimal și formulează recomandări suplimentare care trebuie implementate pentru îmbunătățirea sistemului de sănătate, unele dintre ele fiind necesare și valabile pentru orice opțiune pe care ar adopta-o Moldova pe termen mediu și lung.

1. EXPERIENȚA ȚĂRILOR EUROPENE ÎN LIBERALIZAREA PIETEI DE ASIGURĂRI MEDICALE.

Acest capitol prezintă experiența țărilor europene cu sisteme sociale de asigurare în sănătate și posibilități de implicare a sectorului privat în schemele obligatorii de asigurare medicală. În acest context, analizăm dacă doar existența asigurătorilor privați este elementul care garantează rezultate bune ale sectorului de sănătate sau totuși există și alți factori importanți care se pot manifesta și într-un sistem public de asigurări. Capitolul se încheie cu condițiile generale care trebuie satisfăcute pentru a putea liberaliza sistemul de asigurări medicale obligatorii, bazându-se pe experiența statelor care au trecut deja prin această fază, aparent, deloc simplă.

MODELE DE SISTEME DE SĂNĂTATE ÎN ȚĂRILE EUROPENE

În general, schemele de finanțare a sistemelor de sănătate derivă de la trei modele principale:

- Beveridge – în care sursa principală de finanțare o reprezintă taxele generale. Accesul la serviciile medicale este universal, pentru unele servicii fiind nevoie de co-finanțare;
- Bismarck – sistemul asigurărilor sociale de sănătate colectate în baza contribuțiilor în funcție de venit. Acest sistem trebuie să acopere toată populația; în realitate însă, există categorii de populație care nu fac parte din sistem;
- Semașko – finanțat în întregime din bugetul de stat, statul deținând monopolul asupra tuturor serviciilor de sănătate, iar serviciile medicale fiind gratuite pentru întreaga populație.

Modelul Semașko a fost caracteristic țărilor Europei Centrale și de Est în pe parcursul câtorva decenii în perioada post-belică. Acesta totuși a fost abolit în anii '90, odată cu începerea reformelor economice și politice. În prezent țările din Europa și-au organizat sistemul de sănătate în baza celorlalte două modele: Beveridge și Bismarck. Deși toate pornesc de la unul din aceste două modele de bază, fiecare țară și-a adaptat sistemul la propriile realități și necesități. Iar realizările statelor în domeniul protecției sănătății nu neapărat depind de sistemul de finanțare implementat, existând state cu rezultate bune bazate atât pe modelul Beveridge (Danemarca, Islanda, Suedia, Norvegia), cât și pe modelul Bismarck (Olanda, Austria, Elveția, Germania).

Totuși, pe parcursul ultimului deceniu s-a observat o tendință mai pronunțată de trecere la finanțarea sistemelor de sănătate în baza modelul Bismarck, în urma implementării acestuia de majoritatea statelor Europei Centrale care s-au decis de modelul de finanțare socialist. Astfel, în prezent 19 din 33 state europene (țări monitorizate de Health Consumer Powerhouse¹) implementează sistemul asigurărilor sociale de sănătate (Tabel 1). De asemenea, în top-10 țări din Clasamentul EuroHealth Consumer Index², șase își au sistemul de finanțare bazat pe modelul Bismarck. În interior însă sistemele de finanțare a sănătății diferă mult, în

¹ Health Consumer Powerhouse este o companie privată înregistrată în Suedia, care monitorizează și compară sistemele de asigurări medicale în 35 țări (inclusiv UE). HCP este lider în stabilirea criteriilor de măsurare în materie de sănătate, promovând transparența și rolul consumatorului;

² Clasamentul EuroHealth Consumer Index este realizat de Health Consumer Powerhouse anual, care evaluează sistemele de sănătate în baza a 6 criterii de bază: (i) drepturile pacienților și informația, (ii) e-Sănătatea, (iii) timpul de așteptare pentru tratament, (iv) rezultatele, (v) gama de servicii acordate și (vi) medicamentele;

dependență de gradul de dezvoltare a țării și de momentul de implementare al actualului model.

Astfel, prin implementarea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală Moldova deja a făcut un prim pas spre revitalizarea sistemului de sănătate, care a suferit enorm în prima decadă a tranziției. În același timp, sistemul actual rămâne a fi unul subdezvoltat, în care există multe inconsistențe și care necesită a fi perfecționat. Experiența țărilor europene, care au trecut printr-un proces îndelungat de reformare, este foarte utilă în acest sens pentru Moldova.

TABEL 1. MODELELE DE ORGANIZARE A SISTEMELOR DE FINANȚARE A SĂNĂTĂȚII ÎN ȚĂRILE EUROPENE ȘI CLASAMENTUL ACESTORA ÎN RATINGUL EUROHEALTH CONSUMER INDEX 2009

Rank EuroHealth Consumer Index 2009	Țara	Modelul la baza sistemului de sănătate	Participarea asigurătorilor privați la schemele sociale de asigurare medicală
1	Olanda	Bismarck	da
2	Danemarca	Beveridge	-
3	Islanda	Beveridge	-
4	Austria	Bismarck	da
5	Elveția	Bismarck	da
6	Germania	Bismarck	da
7	Franța	Bismarck	da
8	Luxemburg	Bismarck	nu
9	Suedia	Beveridge	-
10	Norvegia	Beveridge	-
11	Belgia	Bismarck	da
12	Finlanda	Beveridge	-
13	Irlanda	Beveridge	-
14	Marea Britanie	Beveridge	-
15	Italia	Beveridge	-
16	Slovenia	Bismarck	nu
17	Cehia	Bismarck	da
18	Estonia	Bismarck	nu
19	Cipru	Beveridge	-
20	Ungaria	Bismarck	nu
21	Portugalia	Beveridge	-
22	Spania	Beveridge	-
23	Croația	Bismarck	nu
24	Grecia	Beveridge	-
25	Macedonia	Bismarck	nu
26	Malta	Beveridge	-
27	Polonia	Bismarck	nu
28	Slovacia	Bismarck	da
29	Lituania	Bismarck	nu
30	Albania	Bismarck	nu
31	Letonia	Beveridge	-
32	România	Bismarck	nu
33	Bulgaria	Bismarck	nu

Sursa: WHO, Health Consumer Powerhouse

Întrucât în sistemul de AOS asigurătorul este un actor-cheie, eficiența sistemului în mare parte depinde de activitatea acestuia. În general, în țările europene cu sisteme de asigurări sociale de sănătate poate exista un singur asigurător, de obicei public, sau mai mulți asigurători privați. Dacă analizăm statele europene constatăm că

țările cu un scor mai înalt în EuroHealth Consumer Index au implementat sisteme de AOS cu participarea câtorva asigurători (publici și privați). Totuși, nu este evidentă legătura cauzală. Acestea sunt țări mai dezvoltate, care au o istorie mai îndelungată a asigurărilor sociale de asistență medicală, cu venituri mai înalte, dar și cu sistem financiar mai dezvoltat și cu companii/fonduri de asigurare cu istorii de succes și credibilitate mai mare. În același timp, statele în care există un singur asigurător public au implementat sistemul mai recent, într-o perioadă mai dificilă din punct de vedere economic, atunci când delegarea acestor responsabilități companiilor private de asigurare nici nu era posibilă. Unicele state din Europa Centrală în care companiile private participă la sistemul de asigurări medicale obligatorii sunt Cehia și Slovacia. Totuși, și acestea au trecut prin dificultăți majore până a ajunge la modelul actual.

SPECIFICUL SISTEMELOR DE ASIGURARE MEDICALĂ ÎN ȚĂRILE CU AOS

În continuare vom expune experiența câtorva state în implicarea sectorului privat în sistemul asigurărilor medicale obligatorii, pentru a putea concluda asupra fezabilității preluării experienței internaționale în Republica Moldova.

Olanda este țara cu cel mai înalt scor în ultimul rating EHCI (2009) și care este cel mai des utilizat exemplu când se discută despre reformarea sistemelor de sănătate. Modelul olandez de finanțare a sistemului de sănătate are o istorie îndelungată, cu multiple intervenții până a ajunge la statutul actual.

Sistemul olandez de AOS datează din 1941, fiind un sistem cu trei piloni: I pilon – asistența medicală de lungă durată (obligatoriu pentru toți), II pilon – asigurarea medicală de bază (obligatorie pentru persoanele cu venit sub pragul stabilit) și III pilon – asigurarea medicală suplimentară (voluntară). Pentru asigurarea medicală de bază se utiliza un sistem dual diferențiat pentru indivizi cu diferite niveluri de venit. Astfel, persoanele cu venituri până la un anumit prag participau într-o schemă de asigurare, contribuind la fondurile publice de boală, iar persoanele cu venituri peste acest prag aveau posibilitatea de a se asigura la asigurătorii privați sau a rămâne în afara sistemului. Adițional, a mai existat și un fond de asigurare pentru funcționarii publici. Pentru că majoritatea populației făcea parte din prima categorie, cu venituri până la pragul stabilit prin lege, acest segment era reglementat cel mai strict. Totuși, sistemul dual genera insatisfacție, din care cauză a fost abolit.

În 2006 s-a trecut la un singur sistem de asigurare obligatorie de sănătate care cuprindea toată populația.

Pilonul I de asigurare medicală pentru asistență medicală de lungă durată - care acoperă cheltuielile medicale excepționale legate de tratament de lungă durată sau costisitor ce nu poate fi suportat de în mod obișnuit de indivizi sau asigurare medicală privată - este obligatoriu și reglementat în baza unui act separat.

În noul sistem, asigurarea obligatorie de boală și asigurarea medicală voluntară din pilonul II au fost abolite, fiind instituită asigurarea obligatorie de sănătate, iar asigurătorii privați au dreptul de a concura pentru atragerea clienților. Asigurătorii sunt succesori ai fondurilor publice de boală și asigurătorilor privați. Aceștia activează în baza dreptului privat și pot genera profit și plăti dividende – un exemplu aproape unic în Europa. Cu toate acestea, piața este dominată de asigurători non-profit. Finanțarea sistemului are loc în baza unei contribuții – prime fixe - pe care asiguratul o plătește asigurătorului privat ales. Adițional, o primă procentuală este dedusă din venit și transferată Fondului de Asigurare Medicală, care în continuare este alocat asigurătorilor în baza unui sistem de ajustare a riscurilor. Deși există o primă procentuală stabilită, mai există și o limită superioară a contribuției. Statul contribuie pentru copiii de până la 18 ani și unele categorii de populație cu venituri

mici. Pacienții sunt liberi să-și aleagă asigurătorul și prestatorul de servicii. Asigurătorii nu pot refuza clienții în dependență de condiția de sănătate a acestora.

Pilonul III – de asigurare voluntară suplimentară a rămas neschimbat.

În primii doi ani de implementare a sistemului au existat dificultăți majore, întrucât companiile de asigurare erau în competiție pentru atragerea clienților, stabilind prime relativ scăzute. În același timp, reforma nu era finisată și la pachetul de bază de servicii erau adăugate servicii suplimentare, care majorau costurile. De asemenea, mai exista și o prevedere conform căreia persoanele care nu au utilizat servicii medicale aveau dreptul la rambursarea unei sume fixe sau a diferenței dintre suma fixă stabilită și serviciile utilizate. Această prevedere a fost însă abolită după un singur an.

Astfel, în prezent există Fondul de Asigurare Medicală (public) în care se acumulează primele procentuale din venit (salarii pentru angajați și venit pentru lucrătorii pe cont propriu) și care este administrat de Consiliul de Asigurare Medicală. Aici fondurile se redistribuie conform unei scheme de ajustare a riscurilor. Deși doar 50% din fonduri se redistribuie, calculele sunt făcute în baza a 100% din fonduri acumulate. Astfel, mai întâi are loc ajustarea ex-ante – în baza cheltuielilor așteptate conform structurii asiguraților (gen, vârstă, statut socio-economic, regiune, consum mediu de medicamente, condiții cronice). Ajustarea ex-post are scopul de a elimina deficiențele ajustării ex-ante. Este stabilită o limită de costuri per pacient, asupra căreia asigurătorului îi sunt rambursate 90% din costuri, pentru a evita fluctuațiile excesive și a asigura solvabilitatea fondurilor de asigurări. Ajustarea ex-post urmează a fi eliminată odată cu îmbunătățirea mecanismului de ajustare ex-ante.

Acest sistem asigură acoperirea cu asigurare medicală a 99% din populație. Persoanele care nu contribuie la sistemul de AOS au posibilitatea de a plăti prima în orice moment, totuși sunt penalizate cu 130% din cost pentru perioada în care nu au fost asigurate.

În sistemul olandez, pentru a fi rambursate costurile, pacienții se adresează mai întâi medicului terapeut (de familie), care însă are mai multe responsabilități decât în cazul Republicii Moldova. De asemenea, există mai multe modalități de rambursare, între care pacienții pot alege:

- Pacientul se deservește fără a i se prezenta o factură, iar cheltuielile sunt rambursate de către asigurător prestatorului de servicii. În acest caz, prestatorul de servicii este ales în avans;
- Pacientul plătește factura pe care o prezintă mai târziu asigurătorului și care îi este rambursată. Pacientul poate fi deservit de oricare prestator de servicii;
- O opțiune mixtă care permite deservirea gratuită la unii prestatori și deservirea contra factură la alți prestatori.

În Germania sistemul de asigurări medicale este mai complicat, fiind un sistem dual de la care a derivat și sistemul inițial de AOS în Olanda. Astfel, persoanele cu venit sub anumit prag sunt obligate să se asigure la unul din fondurile private de boală (292 la număr în 2004). În 2003, cca. 88% din populație se încadra în această categorie. Totuși, chiar și persoanele cu venituri asupra limitei maxime pot apela la asigurătorul public și asigura din excedent un membru al familiei (soț/ soție/ persoane dependente) Contribuțiile sunt calculate în baza venitului. În același timp, s-a dezvoltat un sistem puternic de asigurări medicale private, la care apelează:

- Funcționarii publici, care nu sunt incluși în sistemul asigurărilor sociale de sănătate și beneficiază de rambursare de 50% pentru cheltuieli medicale și asigurare medicală privată;

- Angajații pe cont propriu, cu excepția celor care au beneficiat de asigurare socială de sănătate și celor din agricultură;
- Cei care au ieșit din sistem pentru că veniturile depășesc limita stabilită.

Totuși, acest sistem dual creează anumite probleme, și anume, migrarea de la fondurile de asigurare private la cel public a populației la vârste mai înaintate, când riscul de îmbolnăvire este mai mare, iar veniturile pot să scadă.

Acest sistem este însă inadecvat pentru Republica Moldova, pentru că ar exclude prea multe categorii, care și în prezent se eschivează de la plata primei de asigurare medicală.

În alte țări ale Europei de Vest (Austria, Elveția, Belgia), sistemele de asigurare au elemente asemănătoare cu cele din Germania și Olanda, cu careva particularități naționale. Fondurile care participă la schemele de AOS sunt de obicei quasi-publice non-profit. În **Belgia**, de exemplu a fost creat un fond de risc în care se transferă o sumă fixă per asigurat de la toți asigurătorii. Fondurile însă sunt non-profit și nu pot acumula surplusul, care este ulterior transferat în fondul de risc. Dar în același timp, fondurile nu pot acumula deficit ce depășește 2% din buget. Deși asigurătorii privați au dreptul de a participa, există doar 6 fonduri private și unul public.

În Franța și Luxemburg asigurarea are loc în baza apartenenței profesionale. De exemplu în **Franța**, sistemul de AOS se bazează pe trei scheme, cu fonduri locale, regionale și unul național:

- Schema generală – pentru angajații în comerț, industrie și familiile acestora;
- Schema agricolă – pentru fermieri, lucrători agricoli și familiile acestora;
- Schema pentru lucrătorii pe cont propriu non-agricoli.

Deși țările din Europe de Vest au atins succese mai bune în sistemele de sănătate, acestea au evoluat pe parcursul unei perioade mai îndelungate, concomitent cu dezvoltarea asigurărilor de piață. Situația este diferită în țările care abia au trecut de la sistemul centralizat la sistemul asigurărilor sociale, fără să aibă încă o piață de asigurări dezvoltată care ar putea prelua această sarcină dificilă. Totodată, experiența acestor state poate fi mai valoroasă pentru Moldova, datorită aspectelor comune ce există. Însă din această categorie există doar 2 două state care au liberalizat sistemul de asigurări medicale obligatorii: Cehia și Slovacia. În ambele cazuri activitatea asigurătorilor privați rămâne puternic reglementată de stat.

În Cehia, după colapsul regimului socialist s-a revenit la sistemul de AOS medicale. Instaurarea noului sistem permitea activitatea fondurilor quasi-publice finanțate prin modelul asigurărilor sociale de sănătate. A fost instituit Fondul General de Asigurare Medicală (VZP), care până în prezent este cel mai mare asigurător. Aceasta se datorează atât satisfacției generale a populației de serviciile medicale, cât și faptului că acesta este unicul fond cu acoperire națională, pe când fondurile private contractează prestatori de servicii doar în anumite regiuni, nu în toată țara. Acesta mai are și funcția de securitate pentru membrii fondurilor de asigurare ce falimentează sau se lichidează. În mijlocul anilor '90 existau 27 fonduri de asigurare, iar în 2009 numărul lor s-a redus la 10. În prezent sunt impuse limite minime pentru numărul de persoane asigurate pentru ca un fond să poată activa, având în vedere costurile pe carele implică redistribuirea veniturilor. Fondurile de asigurare de sănătate nu sunt investite cu dreptul de a obține profit; surplusul trebuie utilizat pentru finanțarea sănătății.

Fondurile private de asigurare nou create au început să ofere servicii suplimentare pentru a atrage clienții. Persoanele care au optat pentru asemenea fonduri erau de obicei persoane tinere, datorită beneficiilor pe care acestea le ofereau (asigurare pentru călătorie). Astfel, persoanele în etate au devenit supra-reprezentate în VZP și

a fost introdusă prima schemă de redistribuire a fondurilor. Ponderea fondurilor redistribuite a crescut în timp de la 60% la 100%. Până în 2004 fondurile erau redistribuite în baza asiguraților din partea statului și o formulă simplă per capita. Pentru persoanele asigurate de stat cu vârsta de peste 60 ani se aloca de trei ori mai mult decât celor cu vârsta de până la 60 ani. Aceasta însă s-a dovedit a fi ineficient pentru că veniturile per capita ale fondurilor mici erau foarte mari, iar 30% din contribuții rămâneau în afara mecanismului de redistribuire.

Între 2005-2007, 100% din fonduri erau redistribuite, cu modificarea formulei de calcul și compensare ex-post pentru tratamente scumpe. Formula per capita se utilizează în prezent pentru 36 grupe (vârstă și gen). Dacă cheltuielile per capita pentru un individ depășesc de 25 ori cheltuielile medii pe persoană asigurată, fondului asigurator îi sunt rambursate ex-post 80% din cheltuieli asupra acestei limite.

Fondul de redistribuire este administrat de VZP. În fiecare lună fiecare fond raportează primele colectate și structura populației asigurate după gen și vârstă. Fondurile cu surplus trebuie să transfere surplusul într-un cont central conform schemei de redistribuire. Contul Central are propriul Board (Consiliu de Directori) compus din membrii fondurilor de asigurare, Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Ministerul Finanțelor.

Acest sistem acoperă practic 100% din populație, statul contribuind pentru unele categorii. Fiecare persoană poate să-și aleagă fondul de asigurare în fiecare an și acesta este obligat să accepte toate aplicațiile. La fel, și copiii, și pensionarii pot să-și aleagă orice fond. Prima pentru asigurare medicală reprezintă 13,5% din salariu (9 angajatorii + 4,5% angajații). Membrii de familie (soț/ soție/ persoanele dependente de gradul I) pot fi asigurate din contul persoanei care contribuie. Angajații pe cont propriu achită aceeași rată din 50% din profituri. De asemenea, există o limită maximă și o limită minimă a contribuției. Statul achită 13,5% din 0,25 salariul mediu lunar pentru categoriile de persoane asigurate de stat. Dar gama de servicii este mai variată, incluzând servicii stomatologice, spa și chiar proceduri cosmetice.

În Slovacia sistemul este asemănător cu cel din Cehia, cu multe evoluții foarte similare: reducerea numărului de fonduri private de la 16 la 5 (2 publice și 3 private în 2009), stabilirea unei limite minime și maxime a contribuției, stabilirea cu dificultate a ponderii fondurilor redistribuite. Totuși, în pofida participării asiguratorilor privați în sistemul de asigurări sociale de sănătate, sistemul de sănătate din Slovacia nu se plasează foarte bine în ratingurile internaționale. Aceasta în mare parte este o consecință a rețelei nereformate de prestatori de servicii medicale și este o dovadă a faptului că schema de finanțare, oricât de reușită ar fi în teorie, nu poate elimina neajunsurile întregului sistem de sănătate.

Bineînțeles că existența operatorilor privați în sistemul de AOS intensifică competiția, asiguratorii încercând să atragă clienții prin calitatea serviciilor și ca urmare sunt mai exigenți față de prestatorii de servicii. De asemenea, în cazul participării asiguratorilor privați se exclude finanțarea unor activități improprii fondurilor de asigurare publice, după cum este cazul în Republica Moldova. Competiția motivează în acest sens și modernizarea prestatorilor de servicii. Totuși, acestea trebuie să se producă în paralel, deoarece se poate observa că majoritatea statelor care au reușit să se plaseze favorabil conform rezultatelor sistemului de sănătate, au reformat și sistemul de asigurări, și prestatorii de servicii.

În același timp, există state care nu au liberalizat piața de asigurări medicale pentru a evita riscurile mari legate de fenomenul de selecție a riscurilor ("cream skimming"), aceste țări neavând piețe dezvoltate de asigurări care ar fi putut prelua o parte din responsabilități. Exemple bune în acest sens sunt Estonia și Slovenia, care, deși au un sistem de asigurare medicală obligatorie cu un singur operator

public, au atins rezultate bune din cauza setării clare a cadrului instituțional și reformării prestatorilor de servicii.

În **Estonia**, Fondul Estonian pentru Asigurări în Medicină și cele 4 agenții regionale acoperă cu asigurare medicală 95% din populație. De când asigurătorul public a început să ofere și asigurări voluntare, pentru cei care nu sunt eligibili în sistem, piața asigurărilor private s-a redus, chiar dacă alegerea este una liberă. În 2008 exista un singur asigurător privat cu cca. 600 clienți. Fondul Estonian pentru Asigurări în Medicină este unul public, guvernat de un Consiliu compus din 15 persoane: reprezentanți ai statului, organizații ale angajatorilor și persoanelor asigurate. Acesta activează prin patru agenții regionale. În același timp, rolul și atribuțiile statului (Parlamentul, Guvernul, Ministerul Afacerilor Sociale) sunt foarte clar delimitate, fără a crea conflicte de interes între stat, asigurător și prestatori de servicii. De asemenea, rolul organizațiilor profesionale (medici, asistenți medicali) și a pacienților este unul semnificativ, cu o implicare majoră în diferite faze ale procesului decizional și cu o comunicare sporită cu publicul larg. În particular, Estonia este recunoscută ca țară-lider în domeniul E-sănătate, acesta contribuind semnificativ la transparența în sistem.

În **Slovenia** cadrul instituțional este compus din Comitetul Național pentru Sănătate, care este un organ consultativ pe lângă Guvern în probleme ce țin de sănătate, Ministerul Sănătății care formulează politicile în domeniul sănătății și asigurării medicale și Institutul de Asigurare Medicală – o entitate publică non-profit guvernată de un Consiliu compus din angajatori și pacienți. Atribuțiile acestora sunt clar delimitate, ceea ce asigură independența Institutului. În Slovenia sunt redistribuite fondurile nu doar în asigurarea obligatorie (între fondurile regionale), dar și în asigurarea voluntară privată.

EXPERIENȚA STATELOR EUROPENE: LECȚII PENTRU REPUBLICA MOLDOVA

Din experiența statelor europene este evident că, luată în parte, modalitatea de finanțare a sistemului nu poate garanta rezultate bune ale sistemului și satisfacția populației. Totuși, este adevărat că statele care au atins un nivel mai avansat al sistemelor de sănătate au liberalizat piața de AOS, sau mai degrabă au pornit de la această abordare, dar au făcut aceasta la o etapă când sistemul privat era pregătit să preia aceste responsabilități. Cei care nu au fost pregătiți au falimentat și au stimulat reformarea în continuare a sistemului. Astfel, la următoarele faze de reformare a schemei de finanțare a sistemului de sănătate, Moldova trebuie să țină cont de următoarele aspecte:

- Asigurătorii sunt doar o parte a monedei în sistemul de sănătate, iar majoritatea țărilor care au rezultate bune au reformat mai întâi prestatorii de servicii. Aceasta, ca urmare, a redus costurile și a permis asigurătorilor privați să poată participa la schema de asigurări obligatorii în medicină fără riscuri majore de pierderi și faliment;
- Țările în care asigurătorii privați participă la schemele sociale de AOS, sunt țări mai dezvoltate ca Moldova, cu istorie mai lungă de dezvoltare a sistemului financiar și de asigurări și cu o piață mai mare de asigurări;
- În majoritatea statelor europene, asigurătorii privați acționează ca fonduri quasi-publice strict reglementate de stat pentru a asigura solvabilitatea acestora și a evita fenomenul de selecție a riscurilor ("cream skimming"). Asigurătorii privați nu au dreptul de a obține și redistribui profitul (cu unele excepții). Cu atât mai mult, profitul nu poate fi utilizat pentru acoperirea pierderilor din alte segmente de activitate ale companiei de asigurări. Surplusul trebuie utilizat pentru finanțarea sănătății, transferat în fondul de risc sau utilizat pentru redistribuirea ex-post a fondurilor;

- Pentru ca un sistem cu mai mulți asigurători (indiferent: privați sau publici) să poată funcționa, este necesară ajustarea riscurilor prin redistribuirea fondurilor. Acesta este un proces complicat, de obicei cu două etape (ex-ante și ex-post). Trebuie stabilită cu grijă ponderea fondurilor ce urmează a fi redistribuite. Experiența statelor europene indică o creștere a ponderii veniturilor redistribuite în urma mai multor încercări nereușite, în unele state aceasta fiind de 100%;
- De asemenea, trebuie elaborate cu grijă formule per capita de distribuire a fondurilor. Aceasta nu poate fi preluată de la o anumită țară, ci trebuie să fie caracteristică condițiilor Moldovei, în baza grupelor de risc existente;
- Participarea asigurătorilor privați la sistemul de AOS implică și anumite costuri, având în vedere schemele complicate de redistribuire. Din această cauză, unele state au stabilit nu doar limita de capital necesară pentru ca asigurătorul să poată participa, dar și numărul mediu de populație pe care acesta să îl deservească;
- Trebuie instituit un fond de rezervă sau de risc, pentru a gestiona cazurile de faliment a asigurătorului privat;
- De asemenea, în scopul redistribuirii fondurilor, calculării formulei per-capita de compensare și, mai ales, compensării ex-post, este necesară stabilirea unui mecanism de urmărire a pacientului prin implementarea unui sistem informațional în care s-ar păstra istoria deservicii pacienților și a costurilor implicate;
- Până la implicarea asigurătorilor privați trebuie elaborată o politică clară în sector și, foarte important, de definitivat în mod clar serviciile incluse în asigurarea medicală obligatorie. Experiența altor țări arată că modificarea pe parcurs a serviciilor medicale acoperite de asigurarea obligatorie, generează costuri suplimentare, care necesită noi scheme de redistribuire ce nu pot fi implementate imediat și, ca urmare, asigurătorii au dificultăți financiare, existând și exemple de falimentare;
- De asemenea, pachetul de servicii oferit trebuie să fie uniform la toți asigurătorii, iar primele nu pot să difere. În același timp, pentru persoanele cu contribuții mari, pot fi incluse servicii suplimentare, dar de cele mai multe ori în forma unei asigurări suplimentare private de la aceeași companie;
- De multe ori asigurătorii privați nu au o acoperire generală a țării, activând preponderent în capitală și ne-contractând prestatorii de servicii medicale din regiuni. Aceasta, evident, limitează opțiunile unei părți importante a populației, care în cele din urmă aleg fondul public național de asigurare;
- Toate țările cu asigurări sociale de sănătate au o acoperire mai mare a populației cu asigurări, aproape de 100%. De asemenea, ponderea celor care contribuie în raport cu persoanele asigurate de stat sau a celor care nu contribuie este mai mare ca în Moldova, ceea ce evident va afecta activitatea asigurătorilor privați;
- Cu siguranță, în țările examinate, rata de ocupare este mai înaltă, iar ponderea ocupării informale este mai joasă. Totodată, toate țările aplică atât stimulente pentru creșterea acoperirii cu asigurare medicală, cât și sancțiuni pentru cei care nu participă la sistem;
- Sunt necesare stimulente pentru a reține populația în sistemul de asigurare medicală, mai cu seamă pentru cei care contribuie mult (setarea unei limite maxime a contribuției, asigurarea soțului/soției, sau chiar excluderea din sistemul de asigurări);
- Chiar și statele cu un singur asigurător public au atins rezultate bune dacă cadrul instituțional existent este unul logic, cu responsabilități clar delimitate între stat, prestatori de servicii și asigurător, care trebuie să fie guvernat de un Consiliu compus preponderent din reprezentanții persoanelor asigurate;

- Rolul asociațiilor profesionale și asociațiilor pacienților este unul major în asigurarea transparenței utilizării fondurilor, chiar și în prezența asigurătorilor privați.

2. CAPACITATEA SISTEMULUI DE ASIGURĂRI PRIVATE DIN REPUBLICA MOLDOVA DE A PARTICIPA LA SISTEMUL DE ASIGURĂRI OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

Inițiativa de a implica asigurătorii privați în sistemul AOS 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. Acest capitol analizează capacitatea sistemului de asigurări private de a participa la sistemul de AOS având în vedere: (i) performanțele și deficiențele în sistemul asigurărilor private de sănătate probate până acum; (ii) 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; (iii) 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:

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

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 instituțiile medicale prevăzute în contractul de asigurare sau în alte instituții medicale unde acesta a fost internat de urgență în următoarele cazuri:

- Dereglări acute ale sănătății;
- Acutizări ale maladiilor cronice;
- Vătămări din cauza accidentelor, otrăvirilor.

Spectrul serviciilor de asistență medicală de obicei acoperă:

1. Servicii medicale prestate în condiții de policlinică, care cuprinde

- examen medical general;
- investigații diagnostice (analiza generală a sângelui și urinei, ECG, USG);
- examinare din partea medicilor-specialiști;
- asistență stomatologică de urgență.

2. Servicii medicale prestate la domiciliu, în cazurile când starea persoanei asigurate nu permite adresarea la policlinică pentru asistență medicală necesară.

3. Servicii medicale prestate de urgență prin intermediul Serviciului de Urgență Medicală, în cazurile maladiilor sau stărilor de sănătate care necesită asistență medicală de urgență.

4. Tratatment în condiții de staționar se efectuează în baza îndreptării medicului specialist al policlinicii sau Serviciului de Urgență Medicală în instituția medicală indicată în polița de asigurare sau într-o altă instituție medicală specializată echivalentă cu acordul prealabil al societății de asigurare.

Asigurătorii declară că pe tot parcursul perioadei de asigurare medicii experți calificați ai Asigurătorului efectuează în permanență controlul calității, volumului și oportunității serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate.

Aspectele relevante ale programelor de asigurare facultativă de sănătate sunt:

- **Suma asigurată:** limita maximă a plăților pe care le vor face asigurătorii pentru un asigurat de regulă nu depășește 25-30 mii lei, din care în proporție de 70% revine tratamentului spitalicesc, iar 30% pentru policlinică.
- **Prima de asigurare** (tratament ambulatoriu și staționar) corespunde unei cote de 12-15% din suma asigurată (aproximativ 3000-4000 Lei per persoană).
- **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.
- **Eligibilitate.** Asigurătorul privat își rezervă dreptul de a selecta persoanele ce urmează a fi incluse în programele de asigurare, cele bolnave fiind excluse sau acceptate la tarife mai mari.
- **Cheltuieli de gestiune** – asigurătorii au previzionat în tarif, cheltuieli de gestiune în mărime de 30-35%, din care și acoperă cheltuielile de achiziție și administrarea businessului de asigurare.

Astfel, 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 îmbolnăviri severe, prin urmare, scopul asigurării nu acoperă necesarul 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 financiar de mijloc și superior: 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 puțin 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 diversitate și disponibilitate a 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 exclud o serie de maladii și stări de sănătate:

- Persoane cu invaliditate;
- Persoane care se află la evidență în dispensarele narcologice, psihoneurologice, de ftiziatrie, dermatovenerologice.

- Sunt HIV infectați sau bolnavi de SIDA;

Controlul tratamentului: deși asigurătorii 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 îndeaproape procesul medical. Această situație creează deseori tensiuni între reprezentantul asigurătorului și reprezentantul furnizorului serviciilor medicale.

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

- **Condiții de cazare** puțin mai bune decât pentru cei care nu dețin polița de asigurare facultativă, specialiști selectați și agreeți de Asigurător;
- Sunt **reduse la minim sau în general lipsesc perioadele de așteptare** în programarea la anumite tratamente medicale sau intervenții chirurgicale;
- **Lipsesc achitățile neformale** din partea pacienților pentru serviciile prestate;
- **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;
- **Asiguratul este tratat în mod prioritar** față de cei fără poliță facultativă;
- **Pot fi incluse servicii stomatologice planificate**, contra unei prime de asigurare suplimentare.

Dezavantajele pe care le reprezintă asigurările private de sănătate sunt:

- **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 pe scară largă a unor intervenții chirurgicale performante, cum ar fi transplanturi de organe, tratamente ortopedice complicate, alte intervenții care necesită cheltuieli majore cu specialiști, materiale și echipamente.
- **Limitele reduse ale sumelor asigurate** nu protejează asiguratul de o expunere la pierdere catastrofică în cazul unor intervenții medicale mai complicate și de durată.
- **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 frecvente relațiile tensionante între reprezentanții asigurătorilor și a instituțiilor medicale cu privire la tratamentele prescrise.
- 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 EVOLUȚIEI ASIGURĂRILOR PRIVATE

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 sesizăm următorii indicatori:

- **Număr total de asigurători privați: 24**
- **Număr total de asigurători implicați în asigurarea benevolă de sănătate cu valabilitate în Republica Moldova: 9**
- **Gradul de concentrare:** primii 3 asigurători după volumul de prime încasate dețin **92,3%** din piață (ASITO, MOLDA SIG, GRAWE CARAT).
- **Încasări totale din asigurări benevole de sănătate cu valabilitatea în Republica 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 suplimentar la capitalul social pentru a atinge minimul legal de 15 mln lei până în aprilie 2012.**
- **Profitul total până la impozitare înregistrat 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 (Tabel 2 și Tabel 3).

TABEL 2. EVOLUȚIA ÎNCASĂRILOR ȘI PLĂȚILOR PENTRU ASIGURĂRILE FACULTATIVE DE SĂNĂTATE ÎN INTERIORUL REPUBLICII MOLDOVA ȘI DE CĂLĂTORIE ÎN EXTERIOR, MII MDL

	2006		2007		2008		2009		2010		S1'11	
	încasări	plăți	încasări	plăți	încasări	plăți	încasări	plăți	încasări	plăți	încasări	plăți
Intern	7092	3863	8009	4114	9362	5248	16395	6088	17272	5134	9267	7054
Călătorie	12114	1748	22389	4110	19900	2820	22167	3337	28160	5163	13844	1146
TOTAL	19206	5612	30398	8225	29262	8068	38562	9424	45432	10296	23111	8200

Sursa: CNPF, Rapoarte statistice;

TABEL 3. INDICATORI DE DINAMICĂ A ÎNCASĂRILOR ȘI RATEI PLĂȚILOR DE ASIGURARE, %

	2006	2007		2008		2009		2010		S1'11	
	raportul plăți/încasări	raportul plăți/încasări	Creșterea încasărilor	raportul plăți/încasări	Creșterea încasărilor	raportul plăți/încasări	Creșterea încasărilor	raportul plăți/încasări	Creșterea încasărilor	raportul plăți/încasări	Creșterea încasărilor
Intern	54.47	51.37	12.92	56.06	16.89	37.13	75.13	29.72	5.35	76.12	20.90
Călătorie	14.43	18.36	84.82	14.17	-11.12	15.05	11.39	18.33	27.03	8.28	5.72
TOTAL	29.22	27.06	58.27	27.57	-3.74	24.44	31.78	22.66	17.81	35.48	11.32

Sursa: CNPF, Rapoarte statistice;

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

Asigurătorii privați nu au până 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 constituit 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 hârtie. Pentru marea majoritate a clienților, asigurările private apar ca un supliment 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 infrastructură

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 instituții medicale și de diagnostic. Asigurătorii de sănătate au o legătură specială cu furnizorii de servicii medicale, pentru că ultimii sunt cei care influențează 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 ar permite asigurătorilor să canalizeze și să concentreze tratamentele pe cei mai eficienți furnizori de servicii medicale. Această le va permite un management mai bun al procesului medical, dar și economii esențiale datorită reducerii de costuri prin controlul și optimizarea tratamentelor³.

Rata daunei (despăgubire/prime subscrise) este fluctuantă de la an la an (minim 29,72, maxim 76,12), ceea ce arată că sistemul nu este echilibrat, iar unele companii de asigurare oferă servicii de casierie 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 suspexie de boală);
- apariția noilor centre de diagnostic, care facilitează depistarea timpurie a bolilor grave și respectiv necesită tratament imediat.

Volumul primelor de asigurare de sănătate cu acoperire peste hotare a înregistrat creșteri mai consistente pe motiv că acestea sunt obligatorii pentru cetățenii Republicii 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.

Profitul total înregistrat de cei 9 asigurători pentru anul 2010 în mărime de 154,9 mln MDL este foarte mic pentru a contribui la dezvoltarea infrastructurii de asistență medicală, chiar dacă ar fi alocat integral în acest scop (lucru de altfel, 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 solicitant financiar cum este cel al asistenței medicale.

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 AOS.

³ Swiss Re Sigma nr.6/2007

TABEL 4. MODALITĂȚI ÎN CARE REALIZĂRILE SISTEMULUI PRIVAT DE ASIGURĂRI POATE FI FOLOSIT ÎN SISTEMUL DE ASIGURARE OBLIGATORIE DE SĂNĂTATE

Aspectul funcțional	Ce fac în prezent 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 23000 lei, 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, multora 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 de 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 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 creează 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, pornind de la experiența de plăți și oferta concurenților.	În Republica Moldova, sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală este bazat pe principiul „pay as you go” în care plătitorii de asigurări medicale contribuie și asigură formarea bugetului de asigurări medicale. Sistemul nu este cumulativ și reflectă aspectul de solidaritate. Dacă în viitor se va opta pentru 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 deservește 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 păcate 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

Aspectul funcțional	Ce fac în prezent asigurătorii privați?	Modalitatea în care sistemul privat poate fi folosit de sistemul obligatoriu de asigurări de sănătate
		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 grup 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 presta servicii 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 cumulativ 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 apărea 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 asigurații 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)..

3. OPȚIUNI PENTRU MOLDOVA: AVANTAJE ȘI DEZAVANTAJE, RISCURI ȘI OPORTUNITĂȚI

În acest capitol vom analiza câteva opțiuni pentru dezvoltarea de mai departe a sistemului de asigurări AOS în Moldova având la bază modele europene ale sistemelor sociale de asigurare medicală. Astfel, sunt analizate mai întâi trei modele de bază: (i) status-quo; (ii) asigurarea medicală prin fondurile publice și private non-profit; (iii) asigurarea medicală prin intermediul fondurilor publice și private cu dreptul de a obține profit. Toate opțiunile sunt examinate în baza analizei SWOT, care cuprinde avantajele și dezavantajele generale ale modelului și oportunitățile și riscurile particulare pentru Republica Moldova. În urma analizei este propus modelul optimal de implicare a actorilor privați pentru condițiile actuale de dezvoltare a Republicii Moldova.

OPȚIUNEA 1. STATUS QUO

Această opțiune identifică avantajele, dezavantajele, riscurile și oportunitățile modelului actual de finanțare a sistemului de sănătate, și astfel, indică asupra necesității de reformare în continuare a sistemului.

TABEL 5. ANALIZA SWOT PENTRU MODELUL ACTUAL (STATUS-QUO) AL ASIGURĂRILOR MEDICALE OBLIGATORII

Puncte forte	Puncte slabe
• Accesul ușor a unei pătri largi a populației la servicii de asistență medicală gratuită în condiții avantajoase atât pentru cei angajați (prin distribuirea sarcinii angajator-angajat), cât și pentru cei neangajați (existența reducerilor de 50% pentru achiziționarea poliței în primele 3 luni după intrarea în vigoare a Legii); • Oferirea unei protecții garantate pentru păturile social vulnerabile; • Existența unei palete largi de servicii oferite în baza poliței de asigurare obligatorii de asistență de sănătate, acoperind practic toate dereglările de sănătate și orice tratament medical (teoretic ca intenție);	• Existența plăților informale către personalul medical, care pot depăși de 2-3 ori sumele primite prin sistemul asigurării obligatorii; • Ineficiența în cheltuirea fondurilor de sănătate; • Număr mare de persoane neasigurate, deși corespund cerințelor de contribuabil al sistemului (estimat la circa 30%); • Lipsa indicatorilor măsurabili și valorici (din partea Ministerului Sănătății și CNAM) ce țin de volumul serviciilor medicale spitalicești de lungă durată și costul acestora constituie un impediment în evaluarea obiectivă a utilizării corecte și eficiente a resurselor; • Deși multe instituții spitalicești înregistrează „profit” la sfârșitul anului gestionar⁴, sistemul medical actual de sănătate duce lipsă cronică de resurse bănești pentru asigurare unor condiții bune de cazare și de tratament chiar în aceleași instituții spitalicești cu profit (din lipsa reglementărilor din partea MS privind formarea și utilizarea soldurilor pozitive de către prestatorii de servicii medicale). Iar multe servicii disponibile în baza poliței de asigurare de sănătate rămân a fi prezentate doar pe hârtie;
Oportunități	Riscuri
• Rezerve de sporire a numărului de persoane asigurate pe următoarele căi: - prin constrângere: interdicția de a părăsi țara de	• Lipsa unor măsuri eficiente imediate de diminuare a plăților neformale va conduce în continuare la erodarea sistemului existent de

⁴Hotărârea Curții de Conturi nr.44 din 25.08.2011

reședință sau limitarea accesului la anumite servicii fără a afecta securitatea și sănătatea persoanei (de ex.: dacă nu este plătită prima de asigurare de asistență medicală se interzice perfectarea anumitor acte notariale, sistem care funcționează cu succes în cazul agenților economici); - prin stimulare: oferirea anumitor servicii sau produse la prețuri reduse pentru cei care posedă poliță de asigurare în comparație cu cei care nu o au (de ex. compensarea unui spectru mai larg de produse farmaceutice pentru cei care posedă poliță de asigurare); • Existența unui potențial de creștere a contribuțiilor la Fondurile obligatorii de asistență medicală prin lărgirea bazei de taxare: - identificarea unor produse dăunătoare sănătății (tutun, băuturi alcoolice tari, băuturi carbogazoase, mâncarea bogată în sare și fosfați etc.). Această măsură, pe de o parte, va conduce la majorarea încasărilor la FAOM, iar pe de altă parte, va conduce la diminuarea consumului, respectiv diminuarea cheltuielilor de sănătate cu tratamentul bolilor generate de aceste produse - legarea taxelor de sănătate de anumite operațiuni „de lux” cum ar fi, dar fără a se limita la schimbări și transferuri valutare (taxe mici dar frecvente pot conduce la contribuții agregate semnificative).	asistență medicală. Acest fenomen conduce la o repartizare inechitabilă a veniturilor către o anumită categorie de practicieni (medici) în detrimentul altor practicieni sau chiar instituții medicale pentru care lucrează; • Lipsa unor creșteri de venituri la FAOM în baza unor măsuri noi va antrena distrugerea în continuare a infrastructurii sistemului actual de sănătate, perpetuând starea inacceptabilă de lucruri: clădiri delăsate, sisteme de canalizare și apeduct avariate și învechite, rețele electrice neîntreținute; • Lipsa unor indicatori de eficiență în cheltuirea resurselor FAOM, în special, în sectorul spitalicesc, îndepărtează sistemul medical de la scopul pentru care este creat: de a oferi tratamente pentru vindecare și nu tratament pentru încadrare în buget; • Lipsa concurenței pe bază de indicatori de eficiență demotivează personalul medical de valoare, iar acesta, la rândul său, optează fie pentru încasări neformale, fie pentru sectorul privat de sănătate sau aleg calea exodului în statele în care munca lor este semnificativ mai bine remunerată; • Defalcările de la bugetul de stat pentru asigurarea persoanelor neangajate riscă să crească semnificativ în viitorul apropiat pe fondul inflației prețurilor la tratamente medicale, îmbătrânirea populației și lipsa unor strategii de eficientizare în colectarea primelor de asigurare de asistență medicală de la populație.
---	---

OPȚIUNEA 2. ASIGURAREA MEDICALĂ OBLIGATORIE PRIN FONDURI DE SĂNĂTATE PUBLICE ȘI PRIVATE ÎN BAZA MODELULUI CEH

În acest model câteva fonduri private, reglementare puternic de stat participă în condiții egale cu fondul public la sistemul de asigurare medicală obligatorie. Fiecare persoană poate alege liber fondul de asigurare și acesta nu poate să refuze nicio persoană. Fondurile nu pot acumula profit. Primele de asigurare sunt redistribuite în proporție de 100 sau suficient de mare între fonduri pentru evitarea "smântânirii oalelor". Capacitatea Republicii Moldova de implementa un astfel de sistem, precum și beneficiile și riscurile legate de acesta sunt expuse în analiza SWOT din Tabelul 6.

TABEL 6. ANALIZA SWOT PENTRU IMPLEMENTAREA ASIGURĂRII MEDICALE OBLIGATORII CU PARTICIPAREA FONDURILOR DE ASIGURARE PUBLICE ȘI PRIVATE FĂRĂ DREPTUL DE A OBTINE PROFIT

Puncte forte	Puncte slabe
• Redistribuirea fondurilor permite evitarea selecției riscurilor (alegerea doar asiguraților cu risc redus), astfel încât să fie asigurată repartiția uniformă a riscurilor;	• Procesul de redistribuire a primelor de asigurare implică costuri mari de management, pregătirea personalului specializat în actuariat, servicii IT: pentru urmărirea continuă a pacienților și

• Astfel de fonduri de obicei apar pe lângă companii mari sau asociații de business care pot cumula un număr suficient de mare de asigurați. Ele pot apărea în urma negocierilor cu sindicatele, dar și din interesul de a oferi o protecție bună de sănătate a angajaților; • Un astfel de model unde acumulările sunt redistribuite, iar fondurile sunt strict reglementate minimizează riscul de faliment al fondurilor de asigurare, ceea ce determină stabilitatea sistemului de sănătate; • Existența mai multor asigurători influențează pozitiv concurența și transparența în cadrul sistemului; • Apariția asigurătorilor privați ar putea motiva prestatorii de servicii să îmbunătățească infrastructura și să ofere servicii calitativ mai bune pentru a obține condiții contractuale mai favorabile de la asigurători și pentru a atrage cât mai mulți asigurători; • Existența mai multor asigurători și controlul mai riguros din partea acestora va determina reducerea plăților informale în sistemul de sănătate;	costurile per pacient, pentru ajustarea permanentă ajustărilor ex-ante și ex-post, pentru administrarea fondului de redistribuire. Astfel, pentru a îndreptăți existența fondurilor, acestea trebuie să fie suficient de mari (ca și capital și număr de persoane asigurate); • Fondurile private de asigurare medicală de obicei au acoperire teritorială limitată, în raza teritoriului în care activează, de cele mai multe ori la capitală. Astfel, alegerea unei părți importante a populației este limitată și se rezumă la asigurătorul public național; • Având în vedere populația mică a Republicii Moldova, costurile implicate precum și capacitatea redusă de acoperire teritorială a potențialilor asigurători, este acceptabilă existența doar câtorva asigurători/fonduri private. Astfel, concurența limitată poate știrbi și din potențialele îmbunătățiri în sistem; • Reglementarea puternică din partea statului limitează concurența în bază de servicii prestate, ceea ce poate determina predispunerea de a alege fondul public național pentru asigurare în medicină;
Oportunități	Riscuri
• Crearea fondurilor pe lângă companiile mari, sau mai probabil pe lângă companiile de asigurare, care au un interes sporit în liberalizarea pieții de AOS; • Implicarea fondurilor private de asigurări în AOS poate determina prestatorii privați de servicii medicale să creeze filiale în centrele raionale, pentru a atrage un număr mai mare de asigurători; • Prestatorii publici de servicii medicale ar putea accepta mai ușor reformarea acestora. În cazul în care contractele cu asigurătorii nu vor fi un lucru cert și vor depinde de calitatea serviciilor prestate, aceștia vor fi cointeresați să grăbească reformarea prestatorilor de servicii; • Fondurile de asigurare medicală privată pot oferi și asigurări medicale voluntare suplimentare în condiții de piață. Astfel, pentru a atrage clienții în schemele suplimentare cu profit, aceștia vor lucra asupra satisfacției clienților în schemele de asigurare obligatorie, făcând serviciile medicale mai accesibile; • Includerea indicatorilor de performanță pentru serviciile contractate de CNAM de la toate instituțiile medico-sanitare. Eventual, se poate elabora anual un rating al prestatorilor de servicii, bazat pe propria monitorizare și informația CCCEC privind nivelul de corupție, care să stea la baza tarifelor stabilite pentru contractarea prestatorului de servicii.	• Dezvoltarea Republicii Moldova în perioada de tranziție nu a fost însoțită de crearea unor asemenea fonduri de sănătate. Respectiv, nu există fonduri care pot fi încadrate în schema de asigurare medicală obligatorie. În Moldova există puține întreprinderi mari, social responsabile care ar fi gata să creeze astfel de fonduri într-un timp scurt. Evident, lipsirea fondurilor de dreptul de a obține profit, nu va atrage mulți doritori să se încadreze într-o schemă atât de complexă; • În țările cu sisteme similare acoperirea populației cu asigurare medicală este de aproape 100%. Astfel, fondurile acordă servicii întregii populații care contribuie sau care este asigurată de stat. Moldova însă este o țară cu acoperire joasă cu asigurare medicală obligatorie - doar cca. 70% este asigurată. În prezent există și o parte a populației care nu este asigurată, dar beneficiază de un pachet minim de servicii, suficient de extins. Astfel, apare o problemă și o necesitate de suplimentară de redistribuire a fondurilor pentru aceste servicii de bază pentru toată populația. O astfel de situație nu este regăsită în experiența altor țări și complică mult sistemul; • Deficitul unor actuari bine pregătiți în domeniul de asigurare de sănătate expune sistemul la riscul de a avea multe greșeli în implementarea unui astfel de sistem, ceea ce va conduce la pierderi mari pentru unele fonduri sau chiar faliment, necesitatea modificării formulelor și mecanismelor

de ajustare în perioade inoportune, etc. Din păcate, la moment în Moldova actuariatul nu este foarte dezvoltat, existând doar 2 actuari autorizați de CNPF, ceea ce împiedică și realizarea unor asemenea reforme importante;

- **Inexistența unui mecanism de urmărire a pacientului (tratamentelor și costului)** până în prezent face practic imposibilă elaborarea unei scheme bune de redistribuire a fondurilor și calcularea costurilor per capita pentru diverse grupuri ale populației. Aceasta face imposibilă ajustarea ex-ante și ex-post și, respectiv, implementarea unui sistem similar imediat.

Astfel, deși modelul ceh de organizare a sistemului de finanțare a sănătății este un exemplu reușit și bun, acesta pare inaplicabil pentru Moldova în prezent, și aceasta preponderent din cauza condițiilor de dezvoltare economică a Moldovei. Astfel, nu există fonduri care să preia această responsabilitate, nu există companii mari care ar fi interesate în crearea acestor fonduri, iar asigurătorii privați, în lipsa oportunității de a genera profit, nu vor fi dornici să se implice. De asemenea, implementarea cu succes a unui sistem de acest fel trebuie pregătită din timp. Nu este posibilă implementarea fără calcule laborioase, care la moment - în lipsa unui sistem de urmărire a pacientului pentru a calcula costul per capita și a decide asupra modului de redistribuire a fondurilor - nu pot fi efectuate pentru că nu există informația necesară.

OPȚIUNEA 3. ASIGURAREA MEDICALĂ OBLIGATORIE PRIN FONDURI PUBLICE ȘI PRIVATE CU DREPTUL DE A OBTINE PROFIT ÎN BAZA MODELULUI OLANDEZ

Acest model presupune existența asigurătorilor publici și privați care pot participa la AOS cu dreptul de a obține profit. Primele de asigurare colectate de asigurători sunt redistribuite, însă nu în proporție de 100%, ceea ce și permite acumularea profitului. Acest sistem este aplicat doar pentru o parte din serviciile de asistență medicală, numit servicii de bază (pilonul II) pentru care există și contribuție minimă și maximă. Totuși, pentru unele tratamentele costisitoare și de lungă durată este aplicat un alt mecanism (pilonul I), în care echitatea socială este mult mai pronunțată.

TABEL 7. ANALIZA SWOT PENTRU IMPLEMENTAREA ASIGURĂRII MEDICALE OBLIGATORII CU PARTICIPAREA FONDURILOR DE ASIGURARE PUBLICE ȘI PRIVATE CU DREPTUL DE A OBTINE PROFIT

Puncte forte	Puncte slabe
• Posibilitatea de a acumula profituri creează stimulente suplimentare pentru a satisface clienții, din care cauză există o presiune mai mare asupra prestatorilor de servicii și ca urmare o calitate mai bună a serviciilor; • Existența mai multor asigurători influențează pozitiv transparența în cadrul sistemului de sănătate; • Existența mai multor asigurători va și controlul mai riguros din partea acestora va determina reducerea plăților informale în sistemul de sănătate; • Stimulentele pentru persoanele cu venituri mari determină acceptarea generală a sistemului de	• Acest sistem este aplicat doar pentru un anumit pachet de servicii și exclude tratamentul costisitor și de lungă durată, pentru care păstrarea principiului de echitate socială este extrem de importantă. Astfel, existența a două sisteme paralele, pentru diferite servicii medicale, administrate de diferite fonduri complică modul de organizare și costurile de administrare a fondurile obligatorii de sănătate. Totuși, chiar dacă se permite participarea privată în vederea obținerii de profit, piața este dominată de fonduri non-profit, iar controlul asupra fondurilor pro-profit este foarte mare; • Non-redistribuirea sau redistribuirea parțială a

către toate categoriile populației. Aplicarea nivelului maxim al contribuției nu expune o povară excesivă asupra unui segment al populației și nu generează nemulțumiri; • Aplicarea stimulentei permite și creșterea acoperirii cu asigurare medicală, în special când se poate asigura un membru al familiei din contul unui client cu contribuții mari;	primelor de asigurare medicală colectate generează procesul de selecție a riscurilor și implicit expune la pierderi majore pentru sistem, care în Olanda - țara care a servit ca exemplu pentru acest model - au fost înlăturate parțial prin două sisteme paralele pentru diferite servicii medicale; • Procesul de redistribuire a primelor de asigurare implică costuri mari: pentru urmărirea continuă a pacienților și costurile per pacient, pentru efectuarea permanentă a ajustărilor ex-ante și ex-post, pentru administrarea fondului de redistribuire. Astfel, pentru a justifica economic existența fondurilor, acestea trebuie să fie suficient de mari (ca capital și număr de persoane asigurate); • Fondurile de asigurare medicală private de obicei au acoperire teritorială limitată, în raza teritoriului în care activează și în raza capitalei, de cele mai multe ori. Astfel, alegerea unei părți importante a populației este limitată și se rezumă la asigurătorul public național; • Având în vedere populația mică a Republicii Moldova, costurile implicate precum și capacitatea redusă de acoperire teritorială a potențialilor asigurători, este acceptabilă existența doar câtorva asigurători/fonduri private. Astfel, concurența limitată poate știrbi și din potențialele îmbunătățiri în sistem.
Oportunități	Riscuri
• Implicarea fondurilor private de asigurări în AOS poate determina prestatorii privați de servicii medicale să creeze filiale în centrele raionale, pentru a atrage un număr mai mare de asigurători; • Prestatorii publici de servicii medicale ar putea accepta mai ușor reformarea acestora. În cazul în care contractele cu asigurătorii nu vor fi un lucru cert și vor depinde de calitatea serviciilor prestate, aceștia vor fi cointeresați să grăbească reformarea prestatorilor de servicii. Astfel, aceștia vor tinde să îmbunătățească infrastructura și să ofere servicii mai calitative pentru a obține condiții contractuale mai favorabile de la asigurători; • Fondurile de asigurare medicală privată pot oferi și asigurări medicale voluntare suplimentare în condiții de piață. Astfel, pentru a atrage clienții în schemele suplimentare cu profit, aceștia vor lucra asupra satisfacției clienților în schemele de asigurare obligatorie, făcând serviciile medicale mai accesibile. • Includerea indicatorilor de performanță pentru serviciile contractate de CNAM de la toate instituțiile medico-sanitare. Eventual, se poate elabora anual un rating al prestatorilor de servicii,	• Dezvoltarea Republicii Moldova din perioada de tranziție nu a fost însoțită de crearea fondurilor non-profit, nici de o dezvoltare puternică a sistemului de asigurări (mai ales în ceea ce ține de asigurările de viață și cele de sănătate). Astfel, în prezent asigurătorii privați nici nu înțeleg suficient de bine rolul unui asigurător privat în sistemul de asigurări medicale obligatorii; • Dorința asigurătorilor privați de a se implica în sistemul de asigurări medicale obligatorii este bineînțeles legată de dorința de a obține profituri. De aceea, aceștia cu greu ar accepta un sistem în care să nu poată acoperi pierderile din anumite sub-sectoare cu profitul din sectoare noi. Chiar și în cazul în care în care vor fi create fonduri separate, aceștia vor încerca să găsească modalități legale sau ilegale de a-și atinge obiectivele; • Este necesar de creat o rețea de specialiști în cadrul asigurătorilor privați care să poată controla calitatea serviciilor contractate (medici, actuari, etc). În prezent companiile private de asigurări antrenează un număr mic de specialiști pentru aceste activități. Nu excludem că ar putea exista deficiențe în formarea acestui grup de

bazat pe propria monitorizare și informația CCCEC privind nivelul de corupție, care să stea la baza tarifelor stabilite pentru contractarea prestatorului de servicii.

specialiști care să îndeplinească acest rol. Chiar și în acest caz, acoperirea teritorială va rămâne limitată;

- În țările cu sisteme similare acoperirea populației cu asigurare medicală este de aproape 100%. Astfel, fondurile acordă servicii întregii populații care contribuie sau care este asigurată de stat/ **Moldova este o țare cu acoperire joasă cu asigurare medicală obligatorie - doar cca. 70%.** În prezent există și o parte a populației care nu este asigurată, dar beneficiază de un pachet minim de servicii, suficient de extins. Astfel, apare o problemă suplimentară și o necesitate de suplimentară de redistribuire a fondurilor pentru aceste servicii de bază pentru toată populația. O astfel de situație nu este regăsită în experiența altor țări și complică mult sistemul;
- **În lipsa unor actuari bine pregătiți există riscul de a avea multe greșeli în implementarea unui astfel de sistem,** ceea ce va conduce la pierderi mari pentru unele fonduri, necesitatea modificării formulelor și mecanismelor de ajustare în perioade inoportune, etc. Din păcate, la moment în Moldova actuariatul nu este foarte dezvoltat, ceea ce împiedică și realizarea unor asemenea reforme importante;.
- **Inexistența unui mecanism de urmărire a pacientului** (tratamentelor și costului) până în prezent face practic imposibilă calcularea unei scheme perfecte de redistribuire a fondurilor și calcularea costurilor per capita pentru diverse grupuri ale populației. Aceasta face imposibilă ajustarea ex-ante și ex-post și respectiv implementarea unui sistem similar imediat;
- **Dorința de obține profit poate fi în detrimentul pacienților.** Un risc major îl constituie impunerea unor metode de tratament standard și medicamente prestabilite pentru anumite diagnoze, astfel încât costurile să fie reduse și cheltuielile să fie fixe, ușor de calculat și de administrat. Aceasta însă elimină abordarea individuală a pacientului și a cazului său.

Astfel, deși modelul olandez este un exemplu bun în ceea ce privește satisfacția pacienților, acoperirea cu asigurare medicală, costurile pentru sănătate, acesta nu poate fi imediat implementat în Moldova. În primul rând, sistemul de asigurări subdezvoltat și inexistența fondurilor de asigurări de sănătate nu permit preluarea lui imediată, din cauza lipsei de experiență și a personalului necesar. De asemenea, acest model arată că principiul echității sociale nu poate fi păstrat total, din care cauză este nevoie de doi piloni separați. În condițiile actuale ale Moldovei, aceasta ar complica foarte mult administrarea și supravegherea. Totuși, rolul asigurătorului public rămâne unul foarte important, din care cauză acesta trebuie reformat pentru a-și putea îndeplini responsabilitățile la modul corespunzător. Ca și în cazul modelului precedent, impedimente adiționale pentru atragerea fondurilor private sunt acoperirea joasă cu asigurare medicală și inexistența informației necesare în prezent pentru a putea elabora cadrul general de redistribuire a primelor de

asigurare și calculării costurilor per capita. Totuși, pe termen lung acesta este un model la care Moldova poate tinde, însă numai după etape intermediare care vor pregăti țara pentru implementarea unui astfel de sistem.

OPȚIUNEA 4. MODELUL OPTIMAL DE IMPLICARE A ASIGURĂTORILOR PRIVAȚI

Reieșind din cele expuse mai sus, propunem un model de parteneriat public-privat (PPP) care ar putea completa sistemul actual de asigurări de sănătate.

Modelul pe care îl propunem spre implementare în sistemul de asigurare de sănătate în Republica 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 asigurare facultative (pentru același pachet de servicii sau servicii suplimentare) 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 anumit nivel, ar putea să fie orientate pentru compensarea primelor de asigurare facultativă la compania de asigurare privată aleasă de către asigurat sau chiar pentru asigurarea membrilor de familie (soț/soție/dependenți de gradul I). Alternativ, excedentul poate fi acumulat în contul acumulativ al persoanei asigurate și utilizat în următorii ani.

Asigurători: în calitate de asigurători vor fi societățile de asigurare care dețin licență pentru asigurarea facultativă de sănătate și corespund cerințelor înaintate de Comisia Națională a Pieții Financiare (CNPF).

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

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

Mecanism de finanțare: CNAM 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**).

Iar în **cazul conturilor acumulative** pentru excedentul contribuției asupra limitei stabilite, soldul anual va conține și sumele nerepartizate din anii precedenți. Conturile personale vor fi administrate de CNAM, dar vor putea fi utilizate la asigurătorii privați, ca și în cazul precedent.

TABEL 8. ANALIZA SWOT PENTRU IMPLEMENTAREA ASIGURĂRII MEDICALE OBLIGATORII ÎN CADRUL UNUI PARTENERIAT PUBLIC-PRIVAT (MODEL STATUS-QUO ÎMBUNĂTĂȚIT)

Puncte forte	Puncte slabe
• Sistemul de asistență medicală devine mai echitabil cu cei care au contribuții mai mari datorită veniturilor mai mari, ținând cont de care sunt calculate primele de asigurare; • Persoanele eligibile pentru asigurarea facultativă se vor bucura de condiții de tratament mai bune, fără amânări și programări îndelungate; • Sistemul de AOS va fi o garanție suplimentară pentru asigurați, iar serviciile medicale necesare vor fi prestate chiar și în eventualitatea în care asigurații privați intră în incapacitate de plată (în baza Programului Unic).	• Nu este îmbunătățită situația sistemului de AOS medicală în ansamblu, pătura de mijloc cu contribuții semnificativ mai mari decât alți asigurați nu se bucură de vreo facilitate suplimentară. • Oferta asigurătorilor privați va fi limitată la instituții de stat și la un număr mic de instituții medicale private. Astfel, deși cu îmbunătățiri, nu va fi resimțit un salt calitativ esențial.
Oportunități	Riscuri
• Contribuie la dezvoltarea companiilor de asigurare private din punct de vedere financiar și a experienței de asigurare medicală și de fapt le pregătește pentru o etapă mai avansată de parteneriat public-privat în sistemul de asigurare obligatorie de sănătate. • Asigurătorii privați vor apela la instituțiile medicale care oferă cel mai bun raport calitate/preț pentru servicii medicale și astfel se va crea un mediu concurențial între instituțiile medicale. În final, concurența va conduce la calitate, întrucât instituțiile medicale vor avea ca scop atragerea resurselor financiare suplimentare de la asigurații privați • Asigurații vor avea o cunoaștere mai bună a produselor de asigurare facultativă de sănătate și vor promova asigurările de sănătate în mediul în care se află: în familie, serviciu, mediul social.	• În cazul în care plafonul⁵ va fi prea ridicat, numărul celor care vor beneficia de această ofertă va fi destul de redus. Un număr redus de beneficiari poate face ineficientă și neatractivă introducerea acestei măsuri. • Fluxul informațional între diferiții participanți ai noului model trebuie fluidizat prin intermediul unui sistem informațional simplificat, fără existența barierelor birocratice și a rândurilor de ghișeu. Un sistem birocratic și greoi poate frâna și chiar anihila efectele pozitive a modelului propus.

⁵ Plafonul dincolo de care persoanele sunt eligibile pentru o asigurare facultativă din prime obligatorii.

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Chiar și după implementarea sistemului de AOS în Moldova, sistemul național de sănătate se confruntă cu multe probleme. Astfel, după opt ani de implementare a AOS, s-au conturat următoarele neajunsuri ale sistemului:

- Existența plăților informale;
- Ineficiența în cheltuirea fondurilor de sănătate;
- Număr mare de persoane neasigurate, deși corespund cerințelor de contribuabil al sistemului (estimat la circa 30%);
- Lipsa indicatorilor măsurabili și valorici (din partea Ministerului Sănătății și CNAM) ce țin de volumul serviciilor medicale spitalicești de lungă durată și costul acestora;
- Infrastructura învechită a sistemului de sănătate;
- Transparență redusă în activitatea CNAM și deficiențe în procesul de management.

În ultimii ani apar tot mai multe discuții cu privire la parteneriatul public-privat în sistemul de AOS în Republica Moldova, temă care este pe larg analizată și în multe țări dezvoltate și în curs de dezvoltare. Pierderile de sistem cauzate de ineficiența în gestiunea resurselor fondurilor de asigurare de sănătate (circa 20-40% pe plan mondial conform datelor OMS⁶), 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 Republica Moldova, la crearea unui model eficient de PPP trebuie să luăm în considerație nu numai avantajele și dezavantajele posibile, ci și riscurile reconfigurării sistemului de asigurare de sănătate. În adoptarea unui nou model cu PPP, trebuie să ținem cont de angajamentul pe care și l-a asumat Republica 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 de 15-20% a plăților directe în total cheltuieli cu sănătatea elimină esențial riscul catastrofic de ruinare sau sărăcire a persoanei care aplică pentru servicii medicale.

Pe baza analizei efectuate în Capitolul 2, este evident că la această etapă în Republica Moldova contribuția potențială a asigurătorilor privați de a spori încasările sistemului este nesigură. Cu toate acestea, asigurătorii privați insistă că ei se pot implica eficient în procesul de distribuție a resurselor acumulate în sistemul de sănătate.

O serie de particularități ale sistemului național împiedică în prezent implicarea asigurătorilor privați în sistemul de AOS:

- Toate țările cu asigurări sociale de sănătate au o acoperire mai mare a populației cu asigurări, aproape de 100%. De asemenea, ponderea celor care contribuie în raport cu persoanele asigurate de stat sau cei care nu contribuie este mai mare ca în Moldova, ceea ce evident va afecta activitatea asigurătorilor;
- Companiile de asigurări interesate de liberalizarea pieții de asigurări medicale nu au o experiență bogată pentru a prelua aceste responsabilități și nici personalul necesar, care să fie implicat în contractarea și monitorizarea prestatorilor de servicii. Doar 9 din 24 asigurători existenți

⁶ The world health report "Financing for universal coverage", WHO, 2010

pe piață în anul 2010 sunt implicați în asigurarea voluntară medicală. Serviciile ce intră în asigurarea medicală suplimentară sunt limitate, categoriile de populație care se pot asigura de asemenea sunt limitate, sumele asigurate sunt relativ mici și nu pot acoperi tratamente costisitoare de lungă durată. De asemenea, pacienții nu apelează des la asigurătorii privați din cauza că instituțiile medicale contractate sunt de cele mai multe ori aceleași ca și în cazul asigurării medicale obligatorii, cu excepția mun. Chișinău. De cele mai multe ori beneficiază de asigurare medicală suplimentară persoanele care sunt asigurate de angajatori (companii mari, majoritatea cu capital străin);

- În prezent în Republica Moldova nu există premise pentru implementare imediată a unui sistem bazat pe un mecanism bun de redistribuire a fondurilor și de calculare a formulei per-capita de compensare, și mai ales compensării ex-post, pentru că lipsește un sistem informațional de urmărire a pacientului care ar păstra istoria deservirii pacienților și a costurilor implicate;
- Nu există baza informațională necesară pentru stabilirea unui mecanism bun de redistribuire a fondurilor și există un risc înalt de reducere a accesului la serviciile medicale ale persoanelor vulnerabile, care în prezent nu sunt asigurate.

Este important să menționăm că pentru a ridica eficiența sistemului, asigurătorii și, implicit, instituțiile medicale contractate de aceștia, trebuie să aibă în obiectiv:

- **Să reducă consumurile excesive** de medicamente și să îmbunătățească controlul de calitate;
- Să urmărească **implementarea tehnologiilor contemporane** de ultimă oră în materie de tratament și servicii;
- **Să motiveze personalul medical;**
- **Să îmbunătățească eficiența spitalicească;**
- Să ofere **tratamentul bun de la prima adresare**, eliminând erorile profesionale și tratamentele repetate;
- **Să elimine risipa și corupția;**
- **Să contribuie la îmbunătățirea infrastructurii medicale;**
- **Să evalueze critic nevoia 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:

- **Asigurătorii privați trebuie să preia efectiv riscul de asigurare în baza unei prime de risc plus o marjă prestabilită de cheltuieli de administrare și profit.** Simpla gestiune a plăților nu poate fi calificată ca activitate de asigurare. Altfel, rolul de gestionar de plăți poate fi ușor realizat de către organizații 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.
- 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 acest sens poate servi modelul Cehiei, unde asigurătorul de stat este reasigurător al întregului sistem. 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 vor **compensa intenționat 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.

Simpla distribuire a primelor de asigurare către asiguratorii privați, poate crea niște dezechilibre majore la nivelul unor asiguratorii privați sau dimpotrivă poate crea niște profituri exagerate la alți asiguratorii, amenințând stabilitatea financiară atât a anumitor asiguratorii, cât și a sistemului în ansamblu. Cauzele care pot duce la dezechilibre pot fi mai multe:

- ◆ repartizarea neuniformă a populației din punct de vedere a riscului pe companii de asigurare: anumite companii pot absorbi populație mai bătrână și mai bolnavă, diferențe ca număr de femei și bărbați⁷ 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);
- ◆ politici de plăți diferite – unii asiguratorii 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 eficienței 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 asiguratorii vor primi o primă de asigurare prestabilită pentru gestiunea unui portofoliu de asigurați. În esență, toți asiguratorii implicați în schema de asigurare obligatorie, trebuie să funcționeze ca un **sistem de vase comunicante**.

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 constituit 56,3%⁸). 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.⁹ Astfel, cei angajați acoperă, în virtutea principiului solidarității, necesitățile altor pături pentru

⁷ Accesul populației la serviciile de sănătate, BNS, Rezultatele studiului în gospodărie, august-octombrie 2010 : Indiferent de vârstă, femeile recurg la medicamente într-o proporție mai mare decât bărbații (41,0% față de 26,3%), motivul principal fiind faptul că femeile mai des recurg la servicii medicale decât bărbații (23% din femei au beneficiat de servicii medicale comparativ cu 15,4% din bărbați). Cel mai mare decalaj între femei și bărbați în consumul de medicamente se înregistrează pentru categoria de vârstă 25-34 ani (30,5% față de 6,4%).

⁸ Curtea de Conturi, 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%).

⁹ Accesul populației la serviciile de sănătate, BNS, Rezultatele studiului în gospodărie, august-octombrie 2010. Cele mai multe cazuri de solicitări a serviciilor medicale sunt caracteristice pentru copii (21% din total persoane în vârstă de până la 15 ani) și persoane în vârstă de 65 și 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.

care se sub-plătește, dar care în același timp au nevoie de o asistență medicală mai multă și mai costisitoare (de ex. bătrânii, copiii, invalizii).¹⁰

Reieșind din analiza sectorului privat de asigurări, concludem următoarele:

- Sectorul este subcapitalizat, o parte de asigurători urmând să-și majoreze capitalul social până la limita minimă obligatorie;
- Asigurătorii privați nu dispun de o infrastructură care le-ar garanta un control asupra întregului proces de asistență medicală în baza polițelor emise;
- Asigurătorii dețin un număr mic de specialiști și personal specializat pentru vânzări, monitorizarea tratamentelor și urmărirea plăților. Capacitatea de majorare a numărului de specialiști în timp scurt este foarte limitată;
- Lipsa performanței în vânzările de asigurări medicale voluntare, exprimată în carențe de design de produs și vânzări modeste;
- Implicarea foarte slabă în promovarea asigurărilor de sănătate în ultimii ani;
- Participarea actuarului în calcule de prime de asigurare este limitată, majoritatea asigurătorilor prezenți în acest business își ajustează tarifele din mers, pornind de la experiența de plăți și oferta concurenților.

Astfel, remodelarea din temelie a sistemului actual de AOS cu participarea asigurătorilor privați în condiții egale cu asigurătorul public nu este posibilă în prezent, existând riscuri prea mari de faliment a sistemului. În acest sens, propunem unele schimbări la modelul actual pentru implicarea treptată a asigurătorilor privați în sistemul de AOS în paralel cu îmbunătățirea cadrului instituțional al sistemului

Astfel, în modelul propus, CNAM rămâne pe poziția de asigurător unic național; dar se stabilește un plafon maxim al contribuției per persoană, iar excedentul poate fi utilizat în următoarele condiții

- pentru procurarea polițelor de asigurare facultative (pentru aceleași servicii sau servicii suplimentare) la compania publică sau asigurători privați la alegerea clientului;
- pentru asigurarea unui membru de familie care nu este acoperit în prezent de schema asigurărilor obligatorii de asistență medicală;
- transferarea în conturi acumulative personale administrate de CNAM, care pot fi mai târziu utilizate în scopuri medicale pentru asigurare la companiile private.

Concomitent trebuie îmbunătățite și alte aspecte ale funcționării sistemului ce țin de cadrul instituțional, managementul intern al CNAM și acoperirea cu AOS a populației¹¹.

Acest model ar permite, în primul rând, **satisfacția mai mare a contribuabililor mari**, care în prezent sunt nemulțumiți de serviciile primite pentru primele înalte pe care le achită și caută metode de a se eschiva de la aceste plăți. În aceste condiții aceștia ar putea utiliza această sumă cum doresc ei. De asemenea, în cazul în care o

¹⁰ Legea nr. 1593-XV din 26.12.2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală: Suma transferurilor din bugetul de stat în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate prevăzute la art.4 alin.(4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală se stabilește anual prin legea bugetului de stat, reprezentând o cotă procentuală din totalul cheltuielilor aprobate ale bugetului de stat, cu excepția cheltuielilor efectuate din veniturile cu destinație specială prevăzute în legislație, nu mai mică decât 12,1%.

¹¹ Pentru lista detaliată de recomandări a se vedea Investigarea transparenței și eficienței economice a utilizării fondurilor companiei naționale de asigurări în medicină, Expert-Grup, 2011

altă persoană poate fi asigurată, aceasta ***va spori gradul de acoperire cu asigurare medicală***. În al treilea rând aceasta ***va pregăti treptat sectorul privat de asigurări pentru o implicare activă în sistem***.

LISTA SURSELOR UTILIZATE

1. Accesul populației la serviciile de sănătate, Rezultatele studiului în gospodării, BNS, August-octombrie 2010;
2. Brad Wright, University of North Carolina, *Health care in the Netherlands: A Model for U.S. Reform?*, 2008;
3. CNPF, Rapoarte statistice, <http://www.cnpf.md/md/segas/>
4. *Health Systems in Transition, Bulgaria*, WHO 2007;
5. *Health Systems in Transition. Belgium*, WHO, 2007;
6. *Health Systems in Transition. Czech Republic*, WHO, 2009;
7. *Health Systems in Transition. Estonia*, WHO, 2008;
8. *Health Systems in Transition. Germany*, WHO, 2004;
9. *Health Systems in Transition. Slovakia*, WHO, 2011;
10. *Health Systems in Transition. The Netherlands*, WHO, 2010;
11. Hotărârea Guvernului nr.1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală ;
12. Hotărârea nr.44 din 25.08.2011 privind Raportul auditului Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în exercițiul bugetar, Curtea de Conturi, 2010;
13. *International Profiles of Health Care Systems*, The Commonwealth Fund, 2010;
14. *Investigarea transparenței și eficienței economice a utilizării fondurilor CNAM*, Expert-Grup, 2011;
15. Lege nr. 55 din 31.03.2011 fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2011 ;
16. Legea nr. 1593-XV din 26.12.2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medical;
17. Sergiu Ostaf, *Studiu de fezabilitate cu privire la implementarea asigurărilor obligatorii de sănătate cu participarea companiilor private de asigurare din Moldova*, 2011;
18. *The world health report "Financing for universal coverage"*, WHO, 2010;
19. *To your health: diagnosing the state of healthcare and the global private medical insurance industry*, Swiss Reinsurance Company, 2007.