

CZU: 368.9.06

## STUDIU COMPREHENSIV ASUPRA EVOLUȚIEI ȘI IMPACTULUI ASIGURĂRILOR MEDICALE

*Iulia CĂPRIAN, Marcela ENACHE, Florentina JOMIR*

*Universitatea de Stat din Moldova*

Asigurările au apărut în mod firesc din nevoia de protecție a omului împotriva calamităților naturale și împotriva consecințelor accidentelor, precum și din nevoile unor mijloace de existență în cazul limitării sau pierderii capacității de muncă, ca urmare a îmbolnăvirii sau bătrâneții. Călea de urmat pentru evitarea efectelor păgubitoare ale acestor factori și, implicit, pentru protecția sănătății este solidarizarea, adică constituirea sistemelor de asigurări. Asigurările medicale au avut și continuă să aibă un impact semnificativ asupra nivelului de trai al populației. Evoluția acestui tip de asigurare confirmă importanța sa majoră atât pe parcursul istoriei, cât și în ziua de astăzi. Țările aflate în curs de dezvoltare depun eforturi majore pentru a prelua exemplele istorice, a le implementa și a le adapta specificului național, pentru a îmbunătăți situația cetățenilor.

**Cuvinte-cheie:** *sistem de asigurări obligatorii de stat, asigurare medicală, risc, protecție socială, protecția sănătății, asigurător, piața asigurărilor, ocrotirea sănătății.*

### A COMPREHENSIVE STUDY ON THE EVOLUTION OF MEDICAL INSURANCE AND ITS IMPACT

Insurance has naturally emerged from the need to protect humans against natural disasters, the consequences of accidents and the need for means of subsistence in the event of limitation or loss of work capacity as a result of illness or old age. The way to avoid the damaging effects of these factors and implicitly reach a high level of health protection is solidarity, i.e. the establishment of insurance systems. Medical insurance has had and continues to have a particularly high impact on the standard of living of the population. The evolution of this type of insurance confirms its great importance both in history and present time. Developing countries are making major efforts to take historical examples, implement them and adapt them to national specificities, to improve the situation of citizens.

**Keywords:** *compulsory health insurance system, medical insurance, risk, social protection, health protection, insurer, insurance market, healthcare.*

### Introducere

Putem privi cu multă certitudine în direcția sistemelor de protecție a sănătății publice din țările dezvoltate și spune că acestea au ajuns la un nivel suficient de înalt. Ele ne conving de faptul că schemele de asigurări medicale naționale sunt mai mult decât necesare pentru a putea dezvolta un stat cu o populație sănătoasă și capabilă să suporte, fără mari consecințe, cheltuielile de rutină. Este totuși important să aflăm care a fost epicentrul dezvoltării acestor sisteme, locul și modul apariției acestora, precum și factorii care au condiționat dezvoltarea lor, în contextul în care există cel puțin o trime din statele lumii în care sistemele de asigurări de sănătate sunt defecte.

În timp ce subinvestițiile din domeniul tehnologiilor medicale în țările în curs de dezvoltare au devenit evidente și încep, încetul cu încetul, să fie rectificate, finanțarea domeniului de îngrijire a sănătății a rămas în multe state o zonă de neglijență. Cu toate acestea, în țările occidentale, politica în domeniul sănătății publice se concentrează aproape exclusiv pe aspectele legate de finanțare și pe stimulente venite din partea autorităților, înregistrând progrese semnificative și îmbunătățind accesul la serviciile medicale. Țările cu venituri mici și mijlocii continuă să înfrunte sistemele de sănătate publică slabe, cu performanțe reduse, care au fost demult abandonate de către țările dezvoltate. Ce s-ar putea de făcut la nivel mondial pentru a sprijini țările interesate să întreprindă reforme fundamentale în domeniul finanțării sănătății? Un candidat evident este asigurarea de sănătate, care pentru țările cu venituri scăzute ar fi o schimbare indiscutabilă. Prima întrebare însă este dacă o astfel de schimbare ar putea avea efecte demonstrabile asupra preluării serviciilor de sănătate. În prezenta lucrare urmărim să explorăm detaliat unele încercări din partea guvernelor mai multor țări slab dezvoltate de a remodela sistemul de protecție a sănătății publice, modul în care aceste schimbări au fost implementate, dificultățile întâlnite, modul de depășire a acestor obstacole și beneficiile pe care respectivele programe le-au avut asupra situației empirice a populației.

### **Primele atestări istorice ale asigurărilor medicale și parcursul evoluției acestora**

Deși experții în domeniu consideră că asigurările medicale își au originile în perioada secolului XIX, subliniind cu exactitate anii de după Revoluția Industrială, istoria atestă că forme incipiente ale practicilor de asigurare medicală a populației pot fi întâlnite și mai devreme.

Cercetările demonstrează că autoritățile din statele europene au început să implementeze măsuri de siguranță a sănătății publice încă din secolul XIV, pe vremea când orașele-state italiene au aplicat la nivel național multiple măsuri de monitorizare a extinderii riscului de răspândire a ciumei bubonice. În aceeași perioadă au apărut și așa-numitele „societăți mutuale” – forme de organizare timpurie a societăților de asigurări, create de către comunitate. Trăsătura distinctă a acestor organizații era contopirea statutului de proprietar cu cel de beneficiar. Cu alte cuvinte, fondatorii societăților erau singurele persoane care puteau distribui, utiliza și reinvesti profiturile. Societățile mutuale sau „amicale” erau organizate de către grupuri de persoane care aveau scopuri financiare și sociale identice sau asemănătoare, iar fondurile acumulate erau redistribuite, în caz de necesitate, către indivizi în funcție de afilierea lor politică sau religioasă. Această formă timpurie a asigurărilor continuă să fie actuală, în special în țările în curs de dezvoltare, unde sunt numite „Asociații de Economii și Împrumut”.

Unele regiuni de pe continentul european dispuneau de modalități de asigurare mult mai complexe, bazate pe specificul activității cetățenilor. Un astfel de exemplu poate fi întâlnit în Boemia. Minerii din această regiune aveau un sistem numit „Knappschaftskassen”. Membrii acestuia aveau obligația de a plăti o sumă fixă într-un fond comun, iar banii colectați erau folosiți pentru protecția femeilor văduve și a copiilor rămași orfani în urma deceselor minerilor.

Prima atestare istorică a unui sistem de asigurare medicală publică se regăsește în „Legea Asigurărilor Medicale”, adoptată în 1883, în Germania, de către Otto van Bismarck. Odată cu adoptarea acestei legi, cancelarul a reușit să transforme Germania de atunci într-un „stat al bunăstării” și să instituie ordine și securitate în rândul angajaților și angajatorilor. Atât angajații, cât și angajatorii plăteau prime de asigurare către fondul general de asigurare, iar guvernul german verifica înrolarea fiecărui angajat în sistemul național de asigurare prin intermediul comparării informațiilor financiare ale angajatorilor cu primele plătite de către aceștia. Instituțiile care nu își asigurau la timp angajații erau amendate și amenințate prin alte măsuri punitive. Deși ideea lui Bismarck a avut un impact pozitiv semnificativ asupra economiei germane și a remodelat complet structura forței de muncă, ideea sa nu era una originală. La momentul înaintării legii în cauză, în jur de 25-30% din clasa muncitorimii din Europa de Nord-Vest erau deja membri ai unui oarecare fond de asigurare similar. În perioada următoarelor decenii, legea inițială a fost extinsă, acoperind diverse tipuri de situații și riscuri: asigurare în caz de accident (1884), asigurarea pentru dizabilitate (1889) și asigurarea de șomaj (1927) [1].

Urmând exemplul Germaniei, aproape trei decenii mai târziu Marea Britanie a adoptat Actul de Asigurare Națională din 1911. Promotorul acestei idei a fost prim-ministrul David Lloyd George care, după o scurtă vizită în Germania, a declarat următoarele: „Marea Britanie ar trebui să tindă spre a se afla la un nivel identic cu Germania în acest domeniu. Noi nu ar trebui să ne limităm doar la imitarea armamentului german”. Însoțit de acest ton solemn și sigur, Regatul Unit a permis implementarea actului, care era format din două părți: partea I – „Sănătate” și partea a II-a – „Șomaj”. Prevederile Actului puteau fi aplicate numai lucrătorilor autorizați, care aveau dreptul legal de a primi salarii, ceea ce reprezenta aproximativ 70% din populația aptă de muncă. Unul dintre dezavantajele majore ale acestui sistem național de asigurare medicală consta în faptul că persoanele fără loc de muncă și familiile salariaților nu cădeau sub incidența acestei legi. Contribuțiile salariaților la fondul național de asigurare erau calculate în baza salariului anual. Angajații primeau despăgubiri pe timp de boală, consultații medicale și tratament gratuit în cazul bolilor periculoase, în special cele cu transmitere pe cale aeriană, cum ar fi tuberculoza. Ulterior, sub presiunile Organizației Cooperative a Femeilor, Actul de Asigurare Națională a inclus în cuprinsul său obligația statului de a oferi ajutoare maternale. Deși sistemul de asigurare era unul centralizat, toate colectările, plățile și activitățile de administrare erau încredințate așa-numitelor „Societăți Autorizate”. Salariații aveau dreptul de a-și decide apartenența la una dintre Societățile Autorizate, acest lucru stimulând concurența dintre instituțiile respective. Cele mai mari societăți de asigurare medicală erau operate de către compania Prudential, adunând în total peste 2,4 milioane de membri. Societățile Autorizate activau sub condiția de a direcționa toate fondurile primite către Fondul Național de Asigurări, cheltuielile proprii suportate fiind ulterior rambursate de către autorități. Deși inițial aceste instituții s-au dovedit a fi profitabile, dezvoltarea sistemului de asigurări a pus tot mai multă presiune pe activitatea acestora, iar controlul sporit din partea guvernului a pus capăt existenței acestora în 1948 [2].

În ceea ce privește continentul american, aceste tipuri de asigurări au apărut mult mai târziu. La sfârșitul secolului al XIX-lea au început să fie disponibile asigurările în caz de accident, care funcționau la fel ca asigurările de invaliditate moderne. Acest model a continuat până la începutul secolului XX în unele jurisdicții (cum ar fi California), unde toate legile care reglementau asigurările de sănătate se refereau, de fapt, la asigurările de invaliditate. Asigurările în caz de accident au fost oferite pentru prima dată în Statele Unite de către compania Franklin Health Assurance din Massachusetts. Această firmă, înființată în 1850, a oferit asigurări împotriva daunelor cauzate de accidente feroviare și navale. Înainte ca sistemul de asigurări medicale naționale să fie creat, pacienții erau nevoiți să suporte cheltuielile tratamentelor medicale, practică obligatorie în cadrul modelelor de business bazate pe principiul „plată pentru serviciu”. Pe parcursul secolului XX, asigurările de invaliditate tradiționale au evoluat sub forma programelor de asigurări medicale. Un obstacol major în efectuarea acestei tranziții au fost prevederile legale din acea perioadă. Formele de asigurări medicale precoce erau interzise sub pretextul că acestea ar încălca principiile activității tradiționale ale corporațiilor, în special principiul maximizării profitului. În acest scop, a fost necesară intervenția expresă a statului pentru a declara asigurările medicale excepții de la practicile tradiționale [3].

Generalizând cele de mai sus, putem depista o serie de factori decisivi, care au stat la baza dezvoltării sistemului de asigurări medicale:

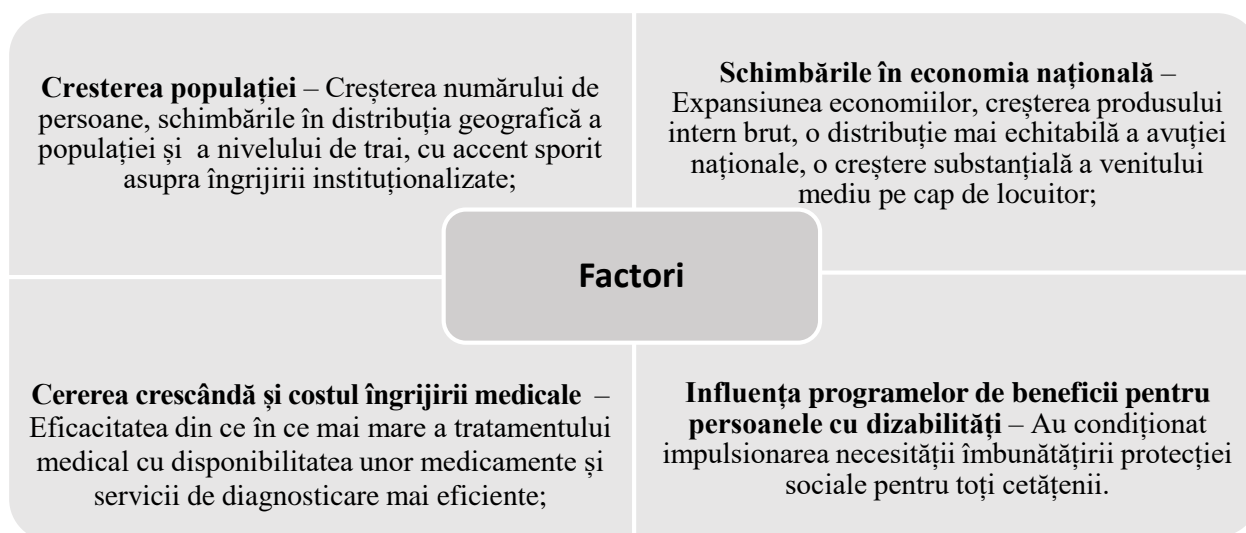


Fig.1. Factorii determinanți ai dezvoltării sistemului de asigurări medicale.

Evenimentele menționate relatează un parcurs lung al dezvoltării asigurărilor medicale. În prezent, un program de asigurare medicală comprehensiv include costurile medicale ale consultațiilor de rutină și cele preventive, proceduri de urgență medicală și costurile preparatelor medicale prescrise.

#### Impactul Sistemului de Asigurări Medicale în țările aflate în curs de dezvoltare

Peste două miliarde de persoane locuiesc în țările în curs de dezvoltare, în care sistemele de protecție a sănătății sunt afectate de ineficiență, unde accesul la ele este inechitabil, iar finanțarea inadecvată și serviciile medicale de proastă calitate. Acești oameni reprezintă 92% din numărul global de decese anuale cauzate de bolile contagioase, 68% din numărul de decese cauzate de bolile neinfecțioase și 80% din numărul deceselor cauzate de leziunile fizice. Organizația Mondială a Sănătății estimează că mai mult de 150 de milioane de persoane suferă catastrofe financiare în fiecare an, fiind obligate să suporte cheltuieli neașteptate în ceea ce privește îngrijirea medicală. În cadrul acestor țări, povara sistemelor de sănătate disfuncționale este resimțită în mod disproporționat. Accesul și utilizarea serviciilor, cum ar fi imunizările și livrările la domiciliu, tind să fie de două ori mai reduse în țările sărace. Aceste persoane au recurs limitat la achiziționarea de servicii de calitate de la furnizorii privați, iar înrolarea lor în programele de asigurări de sănătate este marginală [4].

Țările dezvoltate ajustează continuu sistemele de asigurare medicală pentru a putea reduce considerabil costurile personale ale cetățenilor, care se majorează odată cu creșterea cifrei venitului pe cap de locuitor. Analizând datele furnizate de către Banca Mondială, constatăm că venitul național brut în țările în curs de

dezvoltare este de 29 ori mai mare decât cel din țările în curs de dezvoltare, iar indicatorul cheltuielilor pentru sănătatea publică în țările occidentale îl depășește de 60 de ori pe cel din țările lumii a treia [5].

Conceptul de asigurare universală a sănătății a evoluat mai târziu în țările slab dezvoltate, preponderent în cele africane, sud-americane și asiatiche. La momentul actual se urmărește cu strictețe implicarea guvernelor acestor țări în extinderea accesului la servicii și implementarea unui minim de standarde. Sistemul universal de asigurări medicale poate fi pus în aplicare prin intermediul legislației oficiale și al sistemului de taxare. Organizația Națiunilor Unite a adoptat o rezoluție în ceea ce privește sistemul universal de asigurări medicale și acest punct este inclus în conținutul celui de-al treilea obiectiv de dezvoltare durabilă – „Sănătate și bunăstare”. În acest sens, țările aflate în curs de dezvoltare încearcă constant să amelioreze situația financiară a cetățenilor și să instaureze o protecție sporită asupra sănătății acestora. În tabelele ce urmează va fi ilustrat impactul pozitiv al programelor naționale din domeniul asigurărilor medicale. Pentru o descriere mai detaliată, impactul acestora va fi analizat din trei perspective: accesul populației la serviciile medicale, protecția financiară și starea de sănătate a populației.

Dovezile arată că sistemele de asigurări de sănătate universale îmbunătățesc accesul și utilizarea serviciilor medicale, iar acest impact pare să difere în funcție de specificul populației fiecărui stat și depinde de particularitățile fiecărui proiect. În continuare vom analiza programele implementate în Argentina și China.

Tabelul 1

**Planul „Nacer” din Argentina și impactul acestuia asupra  
accesului populației la serviciile medicale**

	<b>Titlul Programului</b>	<b>Scopuri</b>	<b>Impactul Programului</b>
Argentina	<i>Planul Nacer</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Detectarea și identificarea timpurie a femeilor însărcinate din comunitățile sărace;</li> <li>– Sporirea numărului vizitelor de îngrijire parentală;</li> <li>– Creșterea numărului de controale medicale ale nou-născuților conform instrucțiunilor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reducerea riscului mortalității infantile cu 22%;</li> <li>– Reducerea riscului greutății scăzute a nou-născuților cu 9%;</li> <li>– Înrolarea în program și protecția sănătății a peste două milioane de femei însărcinate din comunități sărace.</li> </ul>

*Sursa:* Elaborat de autori în baza analizei sistemelor de asigurări din țările în curs de dezvoltare – „The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence”, p.56.

În Argentina, Constituția a garantat o acoperire universală a sănătății începând cu anul 1994. Orice cetățean, cu sau fără asigurare, putea apela la asistență medicală prin intermediul sistemului de sănătate publică. Cu toate acestea, autoritățile erau convinse că acest sistem era mult prea slab pentru a oferi asistență de calitate celor peste 40 de milioane de locuitori, iar în perioada respectivă sectorul medical argentinian era cronic subfinanțat. Ineficiența acestui sistem părea greu de rezolvat. Un dezavantaj primar al acestui sistem era descentralizarea lui. Guvernele provinciale erau principalele autorități responsabile de oferirea și finanțarea serviciilor medicale publice. Fondurile erau transferate de la guvernul federal la guvernele provinciale în lipsa unui control sistematic. În tot acest timp, femeile aflate în comunitățile afectate de sărăcie se bazau în totalitate pe facilitățile de sănătate publică, pentru a obține îngrijire maternală gratuită. Sistemul de asigurare medicală era mult prea slab și a condus încetul cu încetul la deteriorarea stării de sănătate a tinerelor mame și a nou-născuților. Luarea anumitor măsuri în ceea ce privește eficientizarea cheltuielilor din domeniul sănătății publice era indispensabilă. Necesare erau modificările privind coordonarea dintre nivelurile de guvernare și identificarea populației eligibile pentru serviciile medicale specializate. Multe instituții internaționale, precum Banca Mondială, au confirmat necesitatea implementării unui nou plan de acțiuni. Astfel, reprezentanții guvernului Argentinei și cei din partea Băncii Mondiale și-au alăturat forțele pentru a proiecta Planul Nacer, introdus pentru prima dată într-un plan federal pentru sănătate în perioada anilor 2004-2007 și finanțat cu ajutorul unui împrumut din partea Băncii Mondiale [6].

Programul a fost inițial lansat în nouă provincii nordice, care prezentau cele mai înalte rate ale mortalității maternale și infantile. Începând cu anul 2007, programul s-a extins treptat în Argentina, atingând acoperire

națională în anul 2012. Planul Nacer a avut cinci componente: 1) acorduri obligatorii din punct de vedere juridic între ministerele de sănătate naționale și provinciale; 2) înscrierea tuturor furnizorilor de servicii medicale; 3) înscrierea populației-țintă; 4) creșterea finanțării pentru furnizarea serviciilor prioritare; 5) raportarea, auditul și evaluarea constantă a programului.

Până la sfârșitul anului 2008, planul a contractat 2.000 de furnizori de servicii de sănătate publică, iar până la sfârșitul anului 2012 în program erau deja implicate 7.254 de instituții medicale. Prin înscrierea în cadrul Planului Nacer, furnizorii de servicii de sănătate publică s-au angajat să urmărească livrarea serviciilor medicale și să execute raportarea periodică către autoritățile provinciale. Furnizorii au fost, de asemenea, de acord cu auditurile externe regulate și cu sancțiunile legale aplicate în caz de raportare inexactă. Personalul din domeniul sănătății a lucrat intens pentru a înrola în program persoanele eligibile din grupul-țintă: femeile însărcinate neasigurate și copiii sub vârsta de șase ani.

Evaluarea impactului Planului Nacer indică succesul acestuia: rezultatele nașterii s-au îmbunătățit și mortalitatea infantilă a scăzut considerabil. Evaluarea a fost condusă de către o comisie formată prin colaborarea reprezentanților de la Banca Mondială și de la Ministerul Sănătății din Argentina. În cele mai mari spitale din țară, Planul Nacer a redus riscul decesului infantil cu 74%. Chiar și referitor la persoanele non-beneficiare au fost înregistrate rezultate remarcabile. Copiii născuți în facilitățile participante au avut o probabilitate de deces cu 22% mai scăzută decât în perioadele precedente. La nivel național, riscul mortalității la nou-născuți a fost redus cu 22%, iar riscul greutății scăzute la naștere s-a diminuat cu 9% [7]

Tabelul 2

**Programul Chinez de Protecție a Sănătății din Zonele Rurale și impactul acestuia asupra accesului populației la serviciile medicale**

	<b>Titlul Programului</b>	<b>Scopuri</b>	<b>Impactul Programului</b>
China	<b>Programul Chinez de Protecție a Sănătății din Zonele Rurale</b>	– Oferirea accesului facil către serviciile medicale cetățenilor chinezi din zonele rurale îndepărtate.	– Îmbunătățirea stării de sănătate a cetățenilor din provinciile chineze prin reducerea automedicației; – Creșterea numărului de vizite ambulatorii.

*Sursa:* Elaborat de autori în baza analizei sistemelor de asigurări din țările în curs de dezvoltare – „The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence”, p.58.

În mai puțin de două decenii, China a reușit să transforme vechiul sistem de sănătate publică într-un sistem mult mai vast și mai actual, oferind îngrijiri medicale de bază la prețuri accesibile pentru un număr mare de familii aflate în regiunile rurale. Centrul de Statistică și Informare în Sănătate a constatat că 46% din populația chineză din mediul rural nu apelau deloc la serviciile medicale disponibile, iar 40% din aceștia au invocat că prețurile ridicate sunt principala cauză a acestei decizii personale. Alte 22% din persoanele care au fost sfătuite de către profesioniștii din domeniul medical să se interneze într-un spital nu au dispus de suficiente resurse financiare pentru a fi spitalizate. Programul Chinez de Protecție a Sănătății din Zonele Rurale a fost implementat în 2002, urmând să atingă extindere totală până în 2008. În 2006, circa 50% din întreaga populație rurală a Chinei participa deja în acest program. Scopurile programului erau de a îmbunătăți accesul populației la serviciile medicale și de a reduce nivelul de sărăcie în gospodării. Programul în cauză a majorat probabilitatea efectuării vizitelor ambulatorii cu 70% și a redus probabilitatea de automedicație cu un procent similar [8].

În continuare vom examina impactul programelor de asigurare medicală prin prisma factorilor financiari și vom determina cât de mult contribuie ele la protecția resurselor financiare ale cetățenilor. Cu această ocazie, vom analiza câteva politici din domeniul relevant, implementate în Burkina Faso și Mexic.

Sistemele de asigurări de sănătate bazate pe comunitate funcționează pe premisele asocierii riscurilor și a solidarității comunității cu riscul de îmbolnăvire și sunt concepute pentru a oferi protecție financiară și a reduce cheltuielile personale pentru îngrijirea sănătății. Prin asigurarea acestei protecții financiare, schemele de asigurări de sănătate bazate pe comunitate pot crește accesul și utilizarea serviciilor medicale, majorând astfel nivelul de îngrijire antenatală și furnizarea instituțională de servicii. Acest sistem de asigurări s-a dovedit a fi eficient în Burkina Faso prin asigurarea accesului echitabil al femeilor, copiilor și indivizilor care trăiesc departe de instituțiile de sănătate la protecție din partea statului. Asigurările de sănătate pe bază de comunitate din zonele rurale din Burkina Faso s-au dovedit a avea un efect pozitiv de protecție financiară care variază de la 1% până la o creștere de 24,6% a activelor populației pe cap de locuitor.

Tabelul 3

**Programul de Asigurări de Sănătate Bazate pe Comunitate din Burkina Faso  
și impactul acestuia asupra situației financiare a cetățenilor**

	<b>Titlul Programului</b>	<b>Scopuri</b>	<b>Impactul Programului</b>
Burkina Faso	<i>Asigurări de Sănătate Bazate pe Comunitate</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vizează în special înrolarea persoanelor din zonele rurale și oferirea unui nivel mai bun de îngrijire a sănătății;</li> <li>– Monitorizează sistematic indicatorul activelor financiare pe cap de locuitor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sporirea protecției financiare în gospodăriile din regiunile sărace.</li> </ul>

*Sursa:* Elaborat de autori în baza analizei sistemelor de asigurări din țările în curs de dezvoltare – „The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence”, p.69.

Tabelul 4

**Programul Seguro Popular din Mexic și impactul acestuia  
asupra situației financiare a cetățenilor**

	<b>Titlul Programului</b>	<b>Scopuri</b>	<b>Impactul Programului</b>
Mexic	<i>Seguro Popular</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Asigurarea medicală a cetățenilor, în special a celor care provin din comunități sărace și protejarea lor împotriva riscurilor financiare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Programul Seguro Popular, în general, a redus proporția cheltuielilor de sănătate catastrofale cu aproximativ 23%-55%.</li> </ul>

*Sursa:* Elaborat de autor în baza analizei sistemelor de asigurări din țările în curs de dezvoltare – „The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence”, p.71.

În 2002, înainte de crearea programului Seguro Popular, doar jumătate din populația mexicană putea beneficia de asigurări de sănătate, în mare parte prin intermediul angajatorilor. Persoanele care desfășurau o activitate independentă sau care nu ocupau un loc de muncă puteau accesa servicii de sănătate numai prin intermediul furnizorilor publici, achitând pentru îngrijire medicală privată. Familiile sărace și neasigurate, ale căror bunăstare era deosebit de vulnerabilă la consecințele financiare ale bolilor sau accidentelor, își finanțau cheltuielile de sănătate pe cont propriu. Bugetele pentru asistența medicală publică erau nesigure și nu exista un pachet definit de servicii gratuite de sănătate pentru beneficiari.

Până în 2008, programul Seguro Popular a numărat peste 27 de milioane de beneficiari, care puteau accesa servicii de sănătate fără plată. Cu toate acestea, în 2009 criza economică a condus la o contracție profundă a produsului intern brut, la creșterea sărăciei și a presiunii asupra situației financiare a familiilor vulnerabile. Seguro Popular a fost extins pentru a proteja sănătatea și finanțele familiilor care și-au pierdut asigurarea de sănătate în momentul pierderii locului de muncă. Sistemul de protecție socială din domeniul sănătății a sprijinit extinderea programului Seguro Popular, folosind structura financiară existentă a programului, mecanismele sale de control și tipul de management. Comisia Națională de Protecție Socială era responsabilă de implementarea politicii de protecție socială în domeniul sănătății, iar contribuțiile federale la primele de asigurare erau transferate către cele 31 de sisteme de sănătate de stat, care erau apoi responsabile pentru furnizarea de servicii beneficiarilor.

În perioada dintre anii 2009 și 2013, numărul beneficiarilor individuali ai programului Seguro Popular a crescut de la 31,1 milioane la 55,6 milioane. A fost început un nou program de vizite preventive pentru a examina noi beneficiari pentru o varietate de condiții, inclusiv hipertensiunea arterială și diabetul zaharat. Până în 2013, 22,8 milioane de persoane au primit examinări medicale gratuite. Procentul indivizilor săraci care au beneficiat de avantajele programului Seguro Popular a crescut de la 42,3% în 2008 la 72,32% în 2012 [9].

Nu în ultimul rând, este imperativ a studia impactul programelor de asigurare medicală a populației prin analiza factorului de sănătate. Majoritatea schemelor de asigurări medicale puse în aplicare în țări precum Brazilia, China, Bangladesh, Costa Rica, Peru și Filipine au devenit exemple concrete de ameliorare a stării generale de sănătate a populației și de scădere considerabilă a ratei mortalității. În tabelul ce urmează este ilustrat un sistem de asigurări medicale care a îmbunătățit semnificativ situația cetățenilor din Bangladesh.

Tabelul 5

**Programul de Asistență Medicală a Nou-Născuților Bazat pe Comunitate din Bangladesh și impactul acestuia asupra sănătății publice**

	<b>Titlul Programului</b>	<b>Scopuri</b>	<b>Impactul Programului</b>
Bangladesh	<b>Programul de Asistență Medicală a Nou-Născuților Bazat pe Comunitate</b>	– Combaterea mortalității infantile.	– Depistarea, cu ajutorul indicatorilor statistici, a ameliorării semnificative în ceea ce privește mortalitatea neonatală. Acest indicator a fost redus cu aproximativ 34% în primele 6 luni de implementare a programului, prin oferirea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu în baza asigurărilor.

*Sursa:* Elaborat de autori în baza analizei sistemelor de asigurări din țările în curs de dezvoltare – „The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence”, p.79.

Deși constatăm că sistemul de asigurări medicale a apărut ca un instrument de protecție socială destul de devreme în istorie, acesta s-a dezvoltat mult mai târziu în țările din Europa de Est. În Republica Moldova, implementarea asigurărilor obligatorii de stat în anul 2004 a stabilit o nouă relație între prestatorii, finanțatorii și consumatorii de servicii medicale. Astfel, au fost delimitate rolul prestatorilor de servicii medicale/instituțiilor medicale și al finanțatorilor prin instituirea Companiei de Asigurări în Medicină (CNAM), instituție chemată să evalueze și să asigure riscul de boală. Instrumentul financiar de acumulare și distribuție a resurselor de asigurare a riscului de boală, gestionat de Compania Națională de Asigurări în Medicină, este reprezentat de către fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală (FOAM), elaborate anual și aprobate prin lege de Parlamentul Republicii Moldova [11].

### Concluzii

În urma celor investigate putem concludiona că asigurările de sănătate sunt absolut importante pentru societate, iar necesitatea studierii lor se impune din mai multe motive:

1) În majoritatea țărilor există, la etapa actuală, o provocare privind îmbunătățirea sistemelor de ocrotire a sănătății, în timp ce se observă presiunea de creștere a cheltuielilor pentru realizarea obiectivelor în domeniul sănătății.

2) Deoarece se evidențiază pronunțat procesul de îmbătrânire a populației pentru anii care urmează, baza veniturilor fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală va fi în scădere, iar nevoile de cheltuieli pentru ocrotirea sănătății vor fi în creștere.

3) În statele în curs de dezvoltare persoanele neasigurate primesc mai puțină îngrijire medicală și, în consecință, prezintă un grad înalt de risc în ceea ce privește deteriorarea timpurie a sănătății, iar lipsa asigurărilor provoacă o povară financiară mult prea mare pentru ei și familiile lor.

4) Astfel, toate statele, inclusiv cele în curs de dezvoltare, trebuie să promoveze un proces continuu de monitorizare și perfecționare a sistemelor de protecție a sănătății publice prin intermediul asigurărilor. Trebuie analizată posibilitatea atragerii de noi resurse financiare cu scopul asigurării acoperirii financiare a sistemelor de ocrotire a sănătății. Astfel, se va contribui la dezvoltarea deservirii medicale, la modernizarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor medicale și la economisirea resurselor bugetare ale statului.

### Referințe:

1. A Short History of Medical Insurance. <http://www.mrm-mgu.com/StopLoss101/AShortHistoryofMedicalInsurance>
2. The National Insurance Act. <https://www.britannica.com/topic/National-Insurance-Act>
3. The Evolution of Health Insurance in America: A Look at the Past, Present, and Future of an Increasingly Dynamic Industry. [https://opencommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1236&context=srhonors\\_theses](https://opencommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.com/&httpsredir=1&article=1236&context=srhonors_theses)

4. ESCOBAR, M., GRIFFIN, C., SHAW P. *The Impact of Health Insurance in Low and Middle-Income Countries*, Brookings Institution Press, Washington, DC, 2010. [https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/the-impact-of-health-insurance\\_fulltext.pdf](https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/the-impact-of-health-insurance_fulltext.pdf)
5. The World Development Indicators 2017. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26447/WDI-2017-web.pdf>
6. GIEDION, U., ANDRES, A., DIAZ, Y. The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World. A Review of the Existing Evidence. In: *Universal Health Coverage Studies*. Series (UNICO), 2013, no.25, p.51-82. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Images/IMPACTofUHCSchemesinDevelopingCountries-AReviewofExistingEvidence.pdf>
7. Argentina Plan Nacer. <http://millionssaved.cgdev.org/case-studies/argentinan-plan-nacer>
8. YIP, W., WANG, H., HSIAO, W. The Impact of Rural Mutual Health Care on Access to Care: Evaluation of a Social Experiment in Rural China, p.1-13. [https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/100/2012/09/hsiao\\_and\\_yip\\_-\\_impact\\_of\\_rmhc\\_on\\_access\\_to\\_care.pdf](https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/100/2012/09/hsiao_and_yip_-_impact_of_rmhc_on_access_to_care.pdf)
9. "Seguro Popular: Health Coverage For All in Mexico", World Bank, 2015. <http://www.worldbank.org/en/results/2015/02/26/health-coverage-for-all-in-mexico>
10. CAPRIAN, Iu., CHIBAC, N. Clasificarea asigurărilor în obligatorii și facultative, deosebirile între ele. În: *Materialele Conferinței științifice internaționale „Creșterea competitivității economice în contextul formării societății bazate pe cunoaștere”*, 28-29 octombrie 2016. Chișinău: CEP USM, 2016, p.240.
11. COBZARI, L., MIRON, O., MOROI, T. Fondurile Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală – Sursă Principală de Finanțare a Sistemului de Ocrotire a Sănătății în Republica Moldova În: *Culegerea „Priorități Strategice de Modernizare Inovațională a Economiei Republicii Moldova și Politici de Dezvoltare Durabilă la Nivel Mondial”*. Chișinău, 2015, p.208-209.

**Date despre autori:**

**Iulia CĂPRIAN**, doctor, conferențiar universitar, Facultatea de Științe Economice, Universitatea de Stat din Moldova.

**Marcela ENACHE**, doctorandă, Școala doctorală Științe Economice, Universitatea de Stat din Moldova.

**Florentina JOMIR**, studentă în anul III la Facultatea de Științe Economice, Universitatea de Stat din Moldova.

**E-mail:** jomirflorentina@gmail.com

Prezentat la 03.12.2018