

SISTEMUL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

Galina ULIAN, Dumitru LASCU

Catedra Finanțe și Bănci

L'évolution du cadre légal général d'organisation des assurances maladie en Roumanie inclut les étapes suivantes: l'apparition des assurances maladie, la période de transition (a commencé par l'apparition de la Loi 145/1997) de l'ancien système d'organisation au nouveau système, la consécration du nouveau système d'organisation, respectivement l'implémentation proprement dite, sa consolidation et son actualisation.

Fiecare dintre membrii societății dorește să trăiască cât mai mult, cât mai sănătos și cât mai util posibil din punct de vedere social.

Privind astfel sănătatea, aceasta devine o forță de producție și de bunăstare materială. Într-o astfel de viziune trebuie înțeleasă și definiția sănătății formulată de Comitetul de experți ai Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) ca: „o stare de bine completă din punct de vedere fizic, mintal și social, ea nu înseamnă absența bolii sau a infirmității”.

Prin cele șase probleme majore evidențiate de Programul pentru Europa intitulat „Health of all” (Sănătate pentru toți), lansat încă din anul 1985, se precizează clar că „țelul serviciilor de sănătate este de a da oamenilor un sens pozitiv sănătății, astfel încât să-și poată folosi la maximum capacitățile lor fizice, mentale și emoționale”.

Meritul Programului este că ridică principiul evidențiat în Cartă la rang de problemă majoră universală, globalizând-o prin individualizare, în sensul că trebuie rezolvată de către guvernele fiecărei țări.

Deși ca deziderat principiul era cuprins încă în Rezoluția Adunării Mondiale a Sănătății din mai 1977, el a fost ulterior trasat ca o sarcină obligatorie a politicii de sănătate: „principalul obiectiv al guvernelor și al OMS ar trebui să fie atingerea de către toți cetățenii lumii a unei stări de sănătate, care să le permită să ducă o viață productivă din punct de vedere social și economic”.

În viziunea OMS, sănătate pentru toți înseamnă a face accesibilă tuturor o stare de sănătate care să permită unei persoane să ducă o viață activă, utilă societății prin producția de bunuri materiale și servicii.

În general, în țările din Vest sectorul de sănătate este considerat ca unul primordial de influențare asupra dezvoltării economice, care, la randu-i, este influențat de aceasta, ceea ce reprezintă în fapt un element de condiționare a dezvoltării. Din acest motiv, resursele alocate ajung la 13-15% din produsul intern brut, guvernele respective fiind convinse că investiția în sănătate se reîntoarce în economie ca însănătoșire și dezvoltare a forței de muncă.

Dintr-o atare motivație, și programele OMS subliniază că bogăția națională și repartitia resurselor joacă un rol esențial în determinarea stării de sănătate dintr-o țară. În speranța lor de a se menține sau de a fi sănătoși, membrii oricărei colectivități doresc să fie siguri că la un moment dat, când vor avea nevoie de un serviciu de sănătate, acesta să le fie asigurat și accesul să le fie facil. De aceea, cetățenii oricărei țări exercită permanent presiuni asupra guvernelor, astfel încât acestea să promoveze o politică sanitară de sănătate în interesul tuturor membrilor societății. Prin aceasta, păstrarea sau redarea stării de sănătate nu este doar o necesitate individuală, ci și un drept fundamental al omului, cu implicații sociale puternice asupra persoanei.

În consecință, politica de sănătate devine un instrument politic și nu un scop în sine.

Ridicarea grijii față de sănătate la rang de politică națională este motivată și de faptul că factorii care influențează sănătatea sunt cu acțiune multisectorială, multiregională și transnațională, bolile fiind astăzi transfrontaliere.

Polarizarea veniturilor populației au avut ca efect și accesul din ce în ce mai scăzut la serviciile medicale, concomitent cu un volum al cererii care este tot mai mare și mai diversificat.

Pe cale de consecință, apare ca necesară o garantare de către stat a acestui drept fundamental al populației, care trebuie să funcționeze după principiul echității sociale.

Unicul mijloc de asigurare a acestei garanții (protecții) este implementarea unor sisteme de asigurare, bazată pe contribuții obligatorii, acompaniată de un sistem de asigurări private.

Asigurarea medicală obligatorie trebuie să fie în așa fel organizată, încât să fie asigurată echitatea socială, egalitatea și accesibilitatea la serviciile medicale. Spre regret, asigurarea obligatorie nu poate garanta calitatea serviciilor medicale.

Prin adoptarea Legii asigurărilor sociale de sănătate, nr.147/1997, și promulgarea ei, politica de sănătate din România a avut ca obiectiv prioritar reforma sistemului serviciilor de sănătate.

În general, reorganizarea politicii de sănătate în orice țară, deci și la noi, are drept principale preocupări următoarele aspecte:

- ✓ Stabilirea căilor de asigurare a finanțării (fondurile de asigurări de sănătate);
- ✓ Elaborarea cadrului organizatoric al serviciilor de sănătate;
- ✓ Dezvoltarea mecanismelor de furnizare a serviciilor medicale;
- ✓ Definierea modalităților de plată a furnizorilor de servicii medicale;
- ✓ Estimarea costurilor financiare;
- ✓ Evaluarea beneficiilor materiale și sociale rezultate.

Scopurile de bază ale asigurărilor medicale constau în:

- a) extinderea resurselor financiare destinate ocrotirii sănătății pe seama atragerii resurselor extrabugetare;
- b) descentralizarea gestionării activității medicale pe seama descentralizării la nivelul unităților administrativ-teritoriale, a procesului de creare și valorificare a fondurilor asigurărilor medicale;
- c) ridicarea eficacității utilizării tuturor dotărilor aferente actului medical;
- d) crearea premiselor de trecere la piața serviciilor medicale, păstrând totodată posibilitatea acordării gratuite a acestora pentru păturile vulnerabile ale societății;
- e) creșterea gradului de responsabilizare a personalului ce deservește instituțiile medicale.

Istoria apariției asigurărilor este în strânsă legătură cu istoria dezvoltării societății. În secolul XIX conceptul de asigurare migrează din sfera relațiilor financiar-patrimoniale către cea socială, conducând astfel la apariția **asigurărilor sociale**.

În urma consolidării și dezvoltării activității industriale au apărut întreprinderi mai mari, fabrici, astfel încât în procesul asigurării au fost atrase tot mai multe pături sociale, un obiect important al asigurării devenind sănătatea.

De exemplu, în Franța acestei perioade au existat aproximativ 5000 de societăți de ajutor mutual, pe caz de boală, dar și în cazul șomajului sau al pensionării. Unele dintre ele coordonau centre curative (clinici), angajau medici, dar cel mai multe dintre ele se ocupau cu recuperarea cheltuielilor pacientului după vizita medicului particular. În acest mod, și-au făcut apariția societăți de asigurare în Anglia, Austria, Elveția, Belgia, Rusia, Țările Scandinave etc.

Dar, astfel de structuri **benevole** duceau permanent lipsă de resurse financiare, deoarece primele de asigurare achitate de muncitori reprezintă o sursă care nu depinde nici de salariul muncitorului, nici de locul de muncă și nu fiecare își poate permite achitarea primei de asigurare.

Prin urmare, către sfârșitul secolului XIX a apărut necesitatea soluționării problemei asigurărilor sociale de către stat, iar cerințele muncitorilor și ale membrilor de familie privind asigurarea medicală obligatorie au fost susținute de majoritatea partidelor social-democratice, și nu numai.

Ca rezultat, în multe țări europene au fost inițiate și aprobate acte legislative care aveau ca obiect asigurarea muncitorilor în caz de boală, invaliditate, bătrânețe sau șomaj. Conform acestor acte legislative, la achitarea primelor de asigurare, în afară de lucrători, au început să contribuie întreprinzătorii, proprietarii fabricilor și manufacturilor, care contribuiau cu până la 40% din primele de asigurare, iar mai târziu la fondurile de asigurare a început să contribuie și statul sub formă de subvenții.

Cu cât mai consistentă este ponderea contribuției financiare a statului în cadrul sistemului de asigurări medicale obligatorie, cu atât mai prezent este actul de control al acestuia.

În ceea ce privește modelul românesc al sistemului de asigurări de sănătate, el se apropie cel mai mult de ceea ce am descris sub denumirea de model public integrat, cu avantajele și dezavantajele sale. Varianta publică a modelului anterior a fost larg răspândită în sistemele obligatorii.

Caracteristicile acestui model constau în:

- a) servicii furnizate liber pacienților;
- b) terții plătitori sunt organizați de organisme finanțatoare publice, de obicei autoritățile publice centrale sau locale;

c) finanțarea este asigurată prin contribuții obligatorii, legate de venituri;

d) plata medicilor se face de obicei prin salarii și bugete prospective.

În general, în acest model guvernul este atât asigurătorul, cât și furnizorul principal. Pot exista și aici variante ale modelului, cum ar fi finanțarea prin **asigurări sociale de sănătate**. De regulă, consumatorii nu au libertatea de alegere a asigurătorului.

Versiunea publică a modelului integrat duce la limitarea libertății de alegere atât a furnizorilor, cât și a asigurătorilor. Prin comparație cu modelul integrat privat, tendința de subutilizare a serviciilor nu mai e contrabalansată de necesitatea de a atrage și menține noii clienți, de vreme ce asigurarea este obligatorie.

Comparativ cu modelul contractual public, alegerea de către pacient a medicului de asistență primară și de către acesta a spitalului, deși există teoretic, practic este inefficientă. Bani nu urmează pacientul când plata se face prin salarii și bugete globale. Astfel, furnizorii eficienți sunt „stimulați” prin mai multă muncă, dar nu și prin resurse sporite. Furnizorii inefficienti sunt recompensați printr-o viață liniștită și aceleași resurse. „Coadă” (aglomerația) pentru serviciile medicale este frecventă, iar pacienții sunt tratați ca niște subiecți pasivi, și nu ca niște „clienți” ce trebuie mulțumiți.

Lipsește și stimulentele pentru ca furnizorii să-și minimizeze costurile. De exemplu, cheltuielile reduse ale unui spital nu pot fi păstrate; de obicei, ele sunt urmate de o reducere a bugetului pentru anul următor.

Eficiența macroeconomică este responsabilitatea guvernului și, datorită naturii integrate a modelului, acestuia îi este relativ simplu să controleze cheltuielile sanitare la nivelul dorit. De asemenea, acest model este capabil să realizeze și economii administrative mai mari față de modelul contractual. Datorită obligativității, poate asigura acoperirea universală a populației și nivelul dorit de echitate.

Este modelul dominant în Spania și, pentru spitalele publice, în Franța și Irlanda, pentru spitalele din Anglia înainte de reforma actuală. A fost, de asemenea, comun fostelor regimuri socialiste.

Astfel, modelul românesc se caracterizează prin:

a) existența unui model social al asigurărilor de sănătate (reglementat prin Legea nr.145/1997, modificată prin Ordonanța de Urgență nr.150/2002), care are în vedere două principii importante, și anume:

✓ principiul subsidiarității fondurilor constituite,

✓ principiul solidarității populației (de la cei mai bogați către cei mai săraci, de la cei mai puțin bolnavi către cei mai bolnavi, de la cei tineri către cei bătrâni);

b) obligativitatea plății contribuției (cu excepția categoriilor de pensionari și a persoanelor prevăzute prin legi speciale) atât de către angajatori (persoane juridice sau fizice, în proporție de 7% din venituri), cât și de angajați (în proporție de 6,5%);

c) asigurarea unui pachet minimal de siguranță, chiar și pentru persoanele paupere, aflate în imposibilitatea de a efectua plata contribuției și care nu se regăsesc sub o formă de protecție socială, ca urmare a lipsei fondurilor necesare cu această destinație, aflate la dispoziția organelor administrației locale;

d) colectarea inițială a contribuției de către casele de asigurări de sănătate, care aveau în același timp și calitatea de finanțator. De la începutul anului 2004 însă, colectarea fondurilor de la persoanele juridice au fost preluate la Ministerul Finanțelor Publice (rămânând la nivelul caselor județene doar colectarea de la persoanele fizice), astfel încât practic casele de asigurări au rămas doar cu rolul de finanțator al furnizorilor de servicii medicale, ca urmare a redistribuirii fondurilor de către organele specializate ale Ministerului Finanțelor Publice;

e) încheierea de contracte cu furnizorii de servicii medicale, la inițiativa caselor de asigurări de sănătate, pe baza unui Contract Cadru și a unor Norme Metodologice de aplicare a contractului cadru de furnizare a serviciilor medicale, aprobate pentru fiecare an, de către reprezentanții naționali ai actorilor sistemului: Ministerul Sănătății și Casa Națională de Asigurări de Sănătate (pe de o parte), respectiv, organizațiile profesionale: Colegiul medicilor, Colegiul Farmaciștilor etc. (pe de altă parte);

f) plata furnizorilor de servicii medicale de către finanțatori (casele de asigurări de sănătate), astfel:

✓ per serviciu și per capita pentru asistența primară;

✓ per serviciu pentru restul asistențelor medicale (asistența ambulatorie de specialitate, asistența pentru servicii medicale paraclinice, asistența de urgență prespitalicească, asistența stomatologică, asistența medicală de recuperare, asistența cu medicamente compensate și gratuite în ambulatoriu, asistența privind dispozitivele medicale, asistența medicală de îngrijire la domiciliu, asistența medicală aferentă programelor de sănătate);

✓ prin bugete globale pentru asistența spitalicească, în funcție de indicatorii fizici contractați cu spitalele mici (număr de externări, număr de zile de spitalizare, tariful pe ziua de spitalizare în funcție de categoria spitalului);

✓ prin finanțare în sistem DRG (în funcție de cazurile rezolvate), pentru spitalele mari: județene, de urgență sau universitare.

În prezent, **pentru completarea** sistemului actual al asigurărilor de sănătate din România se impune legiferarea apariției caselor private de asigurări pentru sănătate, care ar induce o concurență sporită atât între casele de asigurări, cât și între furnizorii de servicii medicale, care ar avea drept țintă finală creșterea cantității și calității actului medical și, prin aceasta, creșterea satisfacției consumatorilor (asiguraților) față de sistemul de îngrijire a sănătății.

Cu privire la aspectele conceptuale ale finanțării îngrijirilor de sănătate, se poate spune că serviciile de sănătate, spre deosebire de alte servicii, sunt cerute de un număr foarte mare de persoane, dar, cel mai adesea, îngrijirea sănătății costă foarte mulți bani. Dacă fiecare individ ar fi lăsat liber să decidă asupra consumului său de îngrijiri medicale și să plătească pentru acesta, consumul serviciilor medicale ar fi foarte diferit de la un individ la altul, în condiții egale de boală, în funcție de capacitatea de plată a fiecăruia. Din motive de echitate, în aproape toate țările există o politică națională sanitară, care stabilește cum se face accesul la consumul de îngrijiri medicale și cine plătește pentru acestea. Mecanismul de finanțare reprezintă instrumentul pentru punerea în practică a acestei politici. Acest mecanism cuprinde:

- 1) colectarea resurselor pentru plata îngrijirilor medicale;
- 2) alocarea resurselor colectate;
- 3) plata „factorilor de producție” (furnizorilor de servicii medicale).

✓ **Colectarea** fondurilor destinate finanțării serviciilor de sănătate

Acest aspect al finanțării se referă la modul în care pot fi colectate resursele financiare pentru plata serviciilor de sănătate. Resursele financiare pot fi colectate pe mai multe căi:

- a) prin plata directă a serviciilor de către pacienți;
- b) din contribuții voluntare la asigurările private de sănătate;
- c) din contribuții obligatorii la asigurările sociale de sănătate;
- d) prin impozite directe (impozit pe venit, impozit pe profit) sau impozite indirecte (TVA, accize);
- e) prin constituirea de depozite bancare cu destinație precisă pentru sănătate.

Modul de colectare a fondurilor determină tipologia sistemelor de sănătate.

Astfel, întâlnim:

- a) sisteme naționale de sănătate finanțate din impozite directe și indirecte;
- b) sisteme de asigurări sociale de sănătate finanțate din contribuții obligatorii ale persoanelor fizice și/sau juridice asigurate;
- c) sisteme private de asigurări finanțate din prime de asigurări voluntare;
- d) sisteme de piață liberă finanțate prin plata directă de către consumator (pacient).

✓ **Alocarea** fondurilor către prestatorii de servicii medicale.

Acest aspect se referă la alocarea fondurilor colectate prin unul din mecanismele amintite anterior, în plan regional (județean), către sectoarele de sănătate (asistența medicală primară, asistența ambulatorie de specialitate, asistența serviciilor medicale paraclinice, asistența spitalicească, asistența de urgență prespitalicească etc.) și către prestatorii de servicii medicale (medici, spitale, ambulante, laboratoare de analize medicale, farmacii etc.), din domeniul privat sau public.

Alocarea către județe se face pe baze istorice sau pe baza unei formule de alocare, care să ia în considerație nevoile populației din județele respective.

Alocarea către sectoarele de asistență medicală se poate face în funcție de obiectivele de politică sanitară.

Exemple de alocare către furnizorii de servicii medicale includ:

- a) plata anticipată, în funcție de cazuistica anticipată (se acorda o plată pentru fiecare caz tratat, în funcție de un cost prestabilit);
- b) buget defalcat pe categorii de cheltuieli (se stabilește volumul principalelor elemente de cheltuieli: de personal, medicamente, alimente, cheltuieli materiale, cheltuieli de capital-investiții);

c) buget global (se alocă o sumă globală pentru realizarea unui volum prestabilit de activități, cheltuirea acestuia fiind la latitudinea managementului entității furnizoare de servicii medicale);

d) buget de practică medicală, este specific asistenței medicale primare și legat de capitația medicului (numărul de pacienți din lista medicului). În prezent, în România s-a renunțat la alocarea unui buget de practică medicală către cabinetele medicilor, finanțarea acestora reducându-se la doar două surse: plata per capita și per serviciu;

✓ **Plata** furnizorilor de servicii medicale („factorilor de producție”)

Dacă personalul sanitar mediu este plătit, de regulă, prin salariu, medicii pot fi plătiți în mai multe moduri:

a) prin salariu;

b) plata per serviciu (pentru fiecare serviciu se primește un tarif sau un punctaj însoțit de un tarif, care transformă punctele obținute de medic în echivalent bănesc);

c) plata per capita (pentru fiecare pacient clasificat în funcție de grupele de vârstă prestabilite se stabilește un tarif sau un punctaj acompaniat de un tarif, ca în cazul per serviciu);

d) plata în funcție de o scară de valori relative (fiecare medic este plătit în funcție de poziția pe care o ocupă într-o scară relativă de valori, stabilită pe baza anilor de pregătire necesari, dificultății specialității, riscului și costului practicii).

Modalitatea de plată a medicilor are implicații foarte mari asupra costurilor totale cu îngrijirea sănătății.

S-a observat că țările care utilizează plata per serviciu ca modalitate de plată a medicilor au cunoscut în ultimii douăzeci de ani o creștere mult mai mare a costurilor de sănătate decât cele care plătesc medicii prin salariu. Alegerea unui anumit mecanism presupune un compromis între interesele medicilor (care cel mai adesea preferă plata per serviciu) și interesele guvernului (care urmărește limitarea costurilor).

Combinările dintre cele trei aspecte menționate mai sus – **colectare, alocare și plată** – pot fi diferite de la un sistem sanitar la altul. Cel mai simplu caz este acela al unui sistem privat, în care consumatorii achită pe loc costul serviciilor sanitare. În acest caz, se suprapun generarea de resurse cu alocarea lor și plata prestatorilor (furnizorilor).

Cel mai adesea însă, ne confruntăm cu o separare a două sau a tuturor celor trei aspecte. Statul intervine cel mai adesea în generarea veniturilor (cazul finanțării de la buget sau al asigurărilor de stat), dar este adesea prezent și în alocarea acestora și în stabilirea regulilor de remunerare a furnizorilor de servicii medicale.

Cea mai sigură cale de soluționare a problemelor de finanțare este creșterea volumului de venituri la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate prin micșorarea creanțelor agenților economici pe fondul unei creșteri economice înregistrate în toate domeniile.

În domeniul de finanțare sunt probleme care cer rezolvarea. Pentru unitățile spitalicești ce funcționează cu structura și numărul de personal conform prevederilor legale, ar trebui să se asigure, prin contractare, fondurile necesare pentru plata cheltuielilor de personal și a utilităților, urmând ca, în funcție de indicatorii contractați și realizați, unitatea să primească fonduri pentru achitarea celorlalte cheltuieli (medicamente, materiale sanitare etc.).

La nivel de județ trebuie să se urgenceze aplicarea prevederilor OUG nr.70/2002 privind preluarea în patrimoniul consiliilor locale sau județene a unităților sanitare, acțiune ce poate asigura și alte surse suplimentare de finanțare.

La nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate ar trebui să se stabilească tarife pe zi spitalizare la un nivel mai ridicat, care să permită asigurarea unor servicii medicale de calitate și care să țină cont de costurile reale ale unei zile de spitalizare într-o unitate sanitară cu paturi.

Să se achite eșalonat arieratele la furnizorii de servicii medicale din excedentul de la finele anului precedent și nu din bugetul aprobat pentru anul curent.

Reducerea cheltuielilor cu salariile în spitale, în special prin reducerea personalului nemedical. Un management mai performant în spitale.

Pentru Asistența cu servicii paraclinice în ambulatoriu, introducerea ghidurilor de practică este absolut necesară pentru nominalizarea numărului maxim de investigații obligatorii de efectuat în vederea stabilirii unui anumit diagnostic.

Asistența cu medicamente în ambulatoriu. În urma controalelor efectuate privind prescrierea de medicamente, s-a constatat, în cazul bolilor cronice, posibilitatea ca un pacient să primească în cursul unei luni rețetă atât de la medicul de familie, cât și de la medicul specialist; în aceasta situație și la momentul actual o soluție la

această problemă ar fi reintroducerea carnetelor de sănătate în care să fie consemnată obligatoriu prescripția pentru boala cronică.

Medicamentele acordate în cadrul programelor de sănătate să nu se mai regăsească în lista de gratuități pentru boli cronice, pentru a se evita astfel posibilitatea ca aceste medicamente să fie eliberate și prin farmaciile cu circuit deschis.

Ar fi de dorit o accelerare a procesului de stabilire a protocoalelor terapeutice care să permită un control rapid asupra modalității de prescriere a medicamentelor. Se consideră necesară o suplimentare a fondurilor destinate acestei categorii de servicii medicale, care să permită decontarea, cel puțin la un interval de 90 de zile, a rețetelor onorate de farmacii și nu în anul următor.

Propunerile pentru Sănătatea și bunăstarea socială are scopul de a asigura sănătatea și bunăstarea oamenilor prin furnizarea de asistență medicală și a unor servicii și infrastructuri medicale la standarde moderne. Aplicațiile e-sănătate și interconectivitatea vor contribui la implementarea acestei strategii și vor crește eficiența sistemului de sănătate în general. Aceste măsuri vor duce la creșterea productivității și la reducerea timpilor morți datorăți absenței de la serviciu din motive medicale, precum și la extinderea vieții active, la reducerea numărului de persoane care depind de o persoană angajată. Toate acestea vor impulsiona productivitatea și creșterea economică.

Ținând cont de faptul că, pe de o parte, spitalele de urgență, precum și secțiile de urgență din cadrul celorlalte spitale sunt supraaglomerate cu cazuri care nu necesită neapărat asistență de urgență și că, pe de altă parte, sistemul actual trebuie să devină mai eficient și să soluționeze la cele mai înalte standarde cazurile dificile de urgență, se va dezvolta o rețea de spitale regionale care vor soluționa cazurile cele mai dificile, precum și cazurile de urgență.

Necesitatea investițiilor în rețeaua națională de servicii de urgență și de siguranță publică. Modernizarea infrastructurii pentru servicii sociale regionale, a unităților medicale și a infrastructurii locale va fi sprijinită prin furnizarea de echipament tehnologic nou și servicii de o mai bună calitate. Furnizarea de echipamente noi și dezvoltarea infrastructurii necesare vor asigura maximizarea impactului acțiunilor unităților mobile de ambulanță și ale echipelor de intervenție pentru siguranță publică asupra sănătății și bunăstării populației, contribuind astfel la dezvoltarea economică.

Investițiile prin fonduri structurale vor contribui, alături de alocările de la bugetul de stat și împrumuturile externe, la susținerea efortului financiar pe care îl presupune modernizarea sistemului de sănătate.

Totodată, s-ar putea avea în vedere și o actualizare a Legii Finanțelor publice, nr.500/2002.

Bibliografie:

1. Constantinescu D.A., Dobrin M. *Tratat de asigurări*. - București, 1999.
2. Bistriceanu Gh.D., Bercea Fl., Macovei E.I. *Dicționar de asigurări*. - Chișinău: Logos, 1993.
3. Ciobanu M., Sava V., Ciocanu M. *Asigurări de sănătate în Republica Moldova*. - Chișinău, 1996.
4. *Sănătatea și bunăstarea socială, Cadru strategic național de referință 2007-2015*.

Prezentat la 20.03.2008