

ECONOMIC AND MANAGERIAL APPROACH OF HEALTH INSURANCES

*Prof. univ. dr. Georgeta DRAGOMIR
Universitatea „Danubius” Galați*

*Marinela BOBOC
absolvent masterat MFAP
Universitatea „Danubius” Galați*

The paper represents an analysis in the domain of the social insurances for health care. It emphasizes the necessity and the opportunity of creating in Romania a medical service market based on the competing system. In Romania, the social insurances for health care are at their very beginning. The development of the domain of the private insurances for health care is prevented even by its legislation, due to the lack of a normative act that may regulate the management of the private insurances for health care. The establishment of the legislation related to the optional insurances for health care might lead to some activity norms for the companies which carry out optional insurances for health care. The change of the legislation is made in order to create normative and financial opportunities for the development of the optional medical insurances. This change, as part of the social protection of people, will positively influence the development of the medical insurance system. The extension of the segment of the optional insurances into the medical insurance segment increases the health protection budget with the value of the financial sources which do not belong to the budgetary funds.

1. Considerații generale și particularități

Sistemul asigurărilor sociale pentru sănătate a devenit din ce în ce mai complex, acordarea de îngrijiri de sănătate transformându-se dintr-un proces individual într-un proces organizațional. Este cel mai important sistem de relații economice și sociale, de protejare a sănătății populației.

Asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii și funcționează descentralizat, pe baza principiilor solidarității și subsidiarității în colectarea și utilizarea fondurilor, precum și a dreptului alegerii libere de către asigurat a medicului și a furnizorului de servicii medico-sanitare și, de asemenea, a casei de asigurări pentru sănătate. Asigurările sociale pentru sănătate s-au născut din nevoia de protecție a omului și sănătății lui, iar pentru asta a trebuit să se înființeze un cadru legal de organizare și funcționare, pentru a putea să răspundă la nevoia de deplină capacitate de muncă a omului, pentru ca acesta să poată produce bunurile și serviciile necesare societății.

În domeniul asigurărilor sociale pentru sănătate pot fi identificate o serie de particularități esențiale care influențează orice modalitate de reglare și de control al costurilor, dintre care precizăm:

- natura producției și a consumului - se bazează pe relația bipolară medic/persoană asistată, relație esențială pentru individ și societate deoarece face posibil accesul la consumul de alte bunuri și servicii;
- cererea de servicii de sănătate este practic nelimitată, datorită valorii diferite, în funcție de pacient, pe care o are consumul medical;
- inelasticitatea cererii în funcție de preț, elasticitatea cererii în funcție de ofertă;
- importanța raționamentului cantitativ și al deciziilor politico-administrative;
- nivelul înalt al incertitudinilor în serviciile de sănătate este o altă particularitate esențială în domeniul economiei medico-sanitare.

Consecințele incertitudinii în serviciile de îngrijiri favorizează comportamentele strategice nedorite care fac în același timp dificilă introducerea unor mecanisme de coordonare a deciziilor:

- incertitudinea asupra riscului și costul prestațiilor sunt la originea sistemului asigurărilor sociale pentru sănătate (dispersia riscurilor pentru reducerea costurilor);
- incertitudinea de partea medicului și a utilizatorului generează excesul de reglementări;
- incertitudinea poate să limiteze concurența asupra calității, care la rândul ei va limita performanțele serviciilor de îngrijiri de sănătate;
- incertitudinea este la originea imposibilității actuale de a sancționa/recompensa performanțele și, mai ales, de a evalua eficacitatea serviciilor de sănătate.

2. Coordonate economice și sociale

În multe țări ale lumii sistemul de medicină prin asigurări susține cu succes activitatea instituțiilor medicale și permite accesul a tuturor păturilor populației la serviciile medicale. Fondurile de asigurare se formează, de regulă, din 3 surse: alocările statului, primele achitate de patron și primele din salariul angajaților.

În majoritatea statelor moderne, populația este nemulțumită de sistemele de ocrotire a sănătății și este evident că se întreprind măsuri permanente pentru modificarea și îmbunătățirea lor iar problemele apărute sunt similare în cele mai multe sisteme și țări. Conținutul lor diferă doar prin volumul de finanțe necesar pentru rezolvare, cu importanță mai redusă referitor la cât cheltuiește țara pentru sănătate – 14% sau numai 1% din produsul intern brut.

Există două categorii principale de probleme economice cu care se confruntă diferite țări: sub-investirea și supra-investirea sau mai bine-zis alocarea irațională a resurselor sanitare în medicină. Încă din 1993, în Raportul privind dezvoltarea mondială se afirma: „Investiții în sănătate ale Băncii Mondiale” au fost abordate cele mai frecvente probleme sanitare care afectează, în special, sistemele de sănătate din țările în curs de dezvoltare. În acest raport s-a constatat că sănătatea populației este o condiție irevocabilă pentru creșterea economică și că alocarea resurselor limitate pentru servicii costisitoare și relativ neproductive cum ar fi cheltuielile exagerate pentru forțele armate, împiedică țările de a satisface necesitățile sanitare de bază ale populației.

În prezent, putem urmări formarea unui nou sistem de organizare a medicinei prin asigurări – cel al Comunității Europene. Procesul integraționist actual necesită și integrarea prin reformare a programelor sociale din țările-membre. Modelul care se elaborează prevede un concept unic de politică socială în toate statele. Ideea dominantă a acestui concept constă în faptul că efectuarea controlului de către stat împiedică nu numai dezvoltarea economică, ci și cea socială. Acest postulat duce la revizuirea rolului statului în sfera socială, îndeosebi în țările, unde acest rol este tradițional puternic. Se efectuează reorientarea programelor sociale de la universalitatea lor la nivel individual, ceea ce duce la reducerea cheltuielilor și sporirea eficacității, deoarece ajutorul individualizat este mult mai eficace și este destinat cu adevărat celor care au nevoie de el.

Resursele tuturor societăților sunt limitate. Utilizarea rațională a acestora necesită stabilirea unor domenii prioritare. Această alegere reflectă atitudinea puterii politice față de sănătate și trebuie să se bazeze pe evaluarea obiectivă a costurilor și beneficiilor opțiunilor disponibile. Utilizarea resurselor financiare și umane este legată de un anumit program sanitar, care este menit să producă beneficii sau utilități sanitare. Beneficiile sanitare pot fi exprimate prin reducerea directă a morbidității și a mortalității sau prin majorarea productivității muncii și a calității vieții.

3. Modele în domeniul sistemelor de sănătate

În ultimii ani, se discută din ce în ce mai mult asupra necesității stabilirii unui cadru normativ privind asigurările private pentru sănătate. Argumentele care determină acest demers vizează cu precădere o mai bună satisfacere a interesului public/individual, creșterea calității actului medical.

Când se discută despre alegerea unui sistem de sănătate, trebuie să se țină seama și de rolul pe care statul, prin diferitele pârghii sau organisme, îl deține. Un sistem uniform, gestionat în totalitate de stat sau în întregime privatizat, nu există. Există sisteme de sănătate liberale (Statele Unite ale Americii), sisteme naționalizate și sisteme intermediare.

Practic, în funcție de sursele de finanțare și de tradițiile istorice în domeniul politicilor de sănătate, coexistau trei tipuri de sisteme:

- sistemul de asigurări sociale pentru sănătate bazat pe prime obligatorii de asigurare, dependente de venituri și nu de starea de sănătate a celor asigurați;
- sistemul național de sănătate, finanțat prin impozite;
- sistemul voluntar de asigurări, caracteristic pieței private de sănătate, cu finanțare privată, primele de asigurare fiind corelate cu riscurile asiguraților.

Ceea ce ni se pare extrem de important este faptul că nici o țară nu își finanțează serviciile medico-sanitare exclusiv printr-un singur mecanism, ci doar că unul din următoarele mecanisme este predominant la un moment dat: finanțare de la bugetul public, pe baza impozitelor percepute; asigurare socială pentru sănătate; asigurare privată pentru sănătate; plata directă a serviciilor de către pacienți.

De exemplu, finanțarea sistemului austriac de sănătate se bazează pe asigurările private în proporție de 7,5%; Irlanda dispune, încă din 1994, de un cadru legislativ bine definit referitor la asigurările private pentru sănătate; sistemul de profil din Olanda se bazează și el pe asigurări sociale pentru sănătate și asigurări private, care dețin însă o cotă de 31%, față de doar 3% în Suedia; de asemenea, în Franța, întregul sistem este rezultatul unei combinații complexe a sectorului public cu cel privat; în Marea Britanie, sistemul se caracterizează prin universalitatea accesului populației la asistența medico-sanitară, o structură organizatorică prin care se reglementează accesul la specialist și o finanțare majoritară din impozite de stat, alături de acesta funcționând și un sistem privat, orientat spre profit, atât în planul asigurărilor, cât și al prestațiilor medico-sanitare.

Sistemele îngrijirilor de sănătate în Europa sunt întâlnite sub trei modele:

1. modelul serviciului național de sănătate (S.N.S.) – tip Beveridge;
2. modelul sistemului de asigurări sociale pentru sănătate (S.A.S.) – tip Bismark;
3. modelul sistemului centralizat de stat (S.C.S.) – tip Semașko.

La ele se adaugă modelul care funcționează în S.U.A. și care este bazat pe asigurări private.

Modelul serviciului național de sănătate funcționează în Danemarca, Finlanda, Islanda, Norvegia, Suedia, Grecia, Italia, Portugalia, Spania și Anglia. Sistemul are ca sursă de finanțare taxele generale, este controlat de guvern și dispune de un buget de stat, plus un sector privat.

Modelul sistemului centralizat de stat se mai practică în Albania și Bulgaria. Sistemul este finanțat de la bugetul de stat, statul are monopolul serviciilor de sănătate. Țări ca Marea Britanie, Olanda, Germania au adus și aduc mereu ameliorări sistemelor existente fără înlocuirea lor.

4. Aspecte comparative privind asigurările sociale de sănătate în context european

În România, asigurările sociale pentru sănătate se află încă la început de drum. Dezvoltarea domeniului asigurărilor private pentru sănătate este împiedicată chiar de cadrul legislativ în domeniu, practic neexistând în acest moment un act normativ care să reglementeze gestionarea asigurărilor private pentru sănătate, asigurări care ar avea un caracter facultativ și, deci, suplimentar celui stabilit prin prevederile Ordonanței de Urgență nr.150/2002, care statuează și reglementează sistemul asigurărilor sociale pentru sănătate ca un sistem public, cu caracter obligatoriu.

Reforma medico-sanitară românească nu trebuie să importe slăbiciunile și disfuncțiile altui sistem. Se impune monitorizarea unor proiecte directe din sfera asigurărilor sociale pentru sănătate, în special cele privind descentralizarea, sistemele contractuale și practica medicală independentă. Devine oportună selectarea managerilor după criterii de competență, moralitate și profesionalism, dezvoltarea managementului medico-sanitar, realizarea dialogului între partenerii implicați în sistemul medico-sanitar și terți.

Asigurările suplimentare pentru sănătate sunt rezultatul semnării unui contract între persoana asigurată și o firmă de asigurări, acestea acoperind diferența costurilor dintre serviciile medico-sanitare oferite prin intermediul asigurărilor sociale pentru sănătate și tarifele percepute de furnizorii de servicii din domeniu. Asiguratorul trebuie să precizeze în poliță toate condițiile legate de asigurarea suplimentară, toate instituțiile medico-sanitare, personalul medical privat sau public și asistenții medicali care vor oferi persoanei asigurate drepturile prevăzute prin poliță.

Una dintre principalele particularități ale *asigurărilor medicale facultative (AMF)* este dependența garanțiilor de prestare a serviciilor medicale în volum oportun și de calitate înaltă față de valoarea primei de asigurare achitate. Nivelul garanțiilor de prestare a unui pachet complex și suficient de servicii medicale calitative depinde de costul poliței de asigurare procurate.

În cazul *asigurărilor medicale obligatorii (AMO)*, această relație nu există. Volumul și calitatea serviciilor medicale acordate persoanei asigurate nu depind de prestațiile financiare ale acesteia în fondurile de asigurare. Această este cea mai importantă diferență dintre AMF și AMO.

Tabelul 1

Distincțiile fundamentale dintre AMO și AMF

Nr.	Caracterul distincțiilor	Asigurările obligatorii	Asigurările facultative
1.	Legislativ	Obligatoriu prin efectul legii	Prin efectul legii facultativ
2.	Cuprindere	Majoritatea populației	Individual păturile solvabile
3.	Statut	Parte a sistemului de protecție socială	Activitate comercială
	Motivația	Apărarea intereselor sociale ale cetățeanului, patronului și statului	Apărarea intereselor cetățeanului și patronului
4.	Ordonatorul finanțelor	Companie de asigurare cvasistatală, nonprofit	Companie de asigurare comercială
5.	Volumul serviciilor prestate	Se stabilește anual de către Guvern și este limitat de Pachetul Unic	Condițiile și programele de asigurare se elaborează de către companiile de asigurări și volumul este limitat de programul și suma de asigurare
6.	Principiul financiar de achitare	Finanțarea curentă a necesităților altor asigurați	Finanțarea amânată a necesităților individuale
7.	Principiile de acoperire	Universal pentru toți asigurații	Se realizează individual, în grup sau familial
8.	Echivalență	Pentru toată populația	Numai pentru grupuri similare
9.	Asigurători	Patronii, angajații și statul	Persoane fizice sau juridice
10.	Tarife	Se stabilesc prin lege	Se stabilesc contractual
11.	Venituri	Sursele neutilizate în anul curent se utilizează pentru majorarea volumului Pachetului Unic	Veniturile sunt proprietatea companiei de asigurare
12.	Prețurile serviciilor medicale	Se stabilesc de către Guvern	Se comercializează

În țările Uniunii Europene deosebim următoarele tipuri de asigurări de sănătate facultative:

Asigurările private de sănătate de tip **complementar** (Austria, Belgia, Irlanda, Spania, Italia ș.a.) suportă total sau parțial plata serviciilor excluse din pachetul de bază, inclusiv coplățile, după caz.

Asigurările private de sănătate de tip **suplimentar** suportă, total sau parțial, plata pentru serviciile care exced pachetul de servicii de bază din sistemul asigurărilor sociale de sănătate, privind furnizarea unui confort ridicat, accesul rapid la servicii medicale în cazul listelor de așteptare, servicii medicale speciale în străinătate și alte servicii.

Asigurările private de sănătate de tip **substitutiv** suportă total sau parțial plata pentru orice tip de servicii, inclusiv pentru cele prevăzute.

Este important de subliniat că hotarul între suplimentar și complementar nu este întotdeauna bine delimitat.

Prezența pieței AFS depinde de 3 condiții:

1. Cererea pozitivă (unele persoane să fie în afara riscului)
2. Prezența în sistemul medico-sanitar a serviciilor medicale contra plată
3. Posibilitatea de a acorda din punct de vedere tehnic servicii de asigurare.

Asigurarea privată de sănătate este operațiunea prin care un asigurator constituie, pe principiul mutualității, un fond de asigurare, prin contribuția unui număr de asigurați, expuși la producerea unor riscuri și îi indemnizează pe cei care apelează la utilizarea pachetului suplimentar de servicii medicale pe seama fondului alcătuit din primele încasate, precum și pe seama celorlalte venituri rezultate ca urmare a activității desfășurate.

Asiguratorul preia un șir de riscuri de cheltuieli ce survin în urma folosirii neeficiente a metodelor de tratament, pierderii organului sau a funcției unui organ, scăderii capacității de muncă,

decesului. Toate au o expresie financiară și se plasează sub gradarea riscurilor care pot fi preluate în asigurare.

În felul acesta, ca obiect al AFS pot fi:

– Servicii medicale ce nu sunt incluse în cadrul programului unic.
– Prestarea serviciilor medicale prin tehnologii alternative (tehnologii înalte, costisitoare) peste programul unic de servicii medicale.

– Servicii medicale (internări, investigații) în afara listelor de așteptare.

– Aprovizionarea cu medicamente de ultimă generație.

– Condiții confortabile.

Variantele de combinare ale AOS și AFS:

- 1) AFS ca complement al AOS – programele AFS includ servicii medicale peste volumul de servicii incluse în AOS.
- 2) AFS ca suplینire parțială a AOS – programele AFS includ servicii ce completează serviciile AOS, dar și servicii ce sunt incluse în programul AOS. Programele AFS, care includ volumul de servicii incluse în programul AOS dar și peste acesta. Posesorii unor astfel de programe devin asigurați totodată și pentru servicii medicale prestate prin AOS.
- 3) Asigurare de sănătate cu mai multe nivele de asigurare facultativă, cu cheltuieli suplimentare ale cetățenilor pentru servicii medicale în cadrul programului AOS.
- 4) Asigurare de sănătate cu mai multe nivele cu asigurare a serviciilor medicale suplimentare în cadrul AOS.

Astăzi, în România activitatea asiguratorului în cadrul AFS este orientată, inițial, spre acei indivizi care necesită îngrijiri medicale. Indiferent de faptul că majoritatea persoanelor ce-și procură polița de asigurare AFS suferă de maladii cronice, ei sunt asigurați ceea ce ne demonstrează aspectul social al AFS.

Una dintre strategiile principale care poate fi aplicată în România cu scopul conlucrării AOS și AFS este revederea volumului de servicii medicale acoperite prin AOS pentru diferite categorii de populație. Este vorba de transferul prestării unor servicii medicale în categoria serviciilor medicale contra plată, pentru o anumită categorie de cetățeni sau introducerea unor coplăți în momentul acordării serviciilor medicale. Astfel s-ar extinde câmpul de activitate a serviciilor AFS.

Variantele cele mai des utilizate de AMF în România sunt:

1. formele de AMF care prevăd despăgubiri ce nu depind de costul tratamentului persoanei asigurate:

- asigurare în caz de stabilire a diagnosticului;
- asigurare în caz de îmbolnăvite în urma unui traumatism suportat;
- asigurare în caz de pierdere a venitului din cauza îmbolnăvirii;
- asigurarea achitării diurnelor pentru perioada de spitalizare.

2. formele de AMF în care se prevăd despăgubiri pentru acoperirea cheltuielilor pentru tratament:

- asigurarea cheltuielilor pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu;
- asigurarea cheltuielilor pentru tratamentul în staționar;
- asigurarea cheltuielilor pentru tratamentul chirurgical;
- asigurarea cheltuielilor pentru tratamentul și îngrijirile postoperatorii;
- asigurarea complexă de cheltuieli medicale.

5. Aprecieri concluzive

Concluziile referitoare la asigurările sociale pentru sănătate în România și eficiența activităților medico-sanitare vizează trei probleme fundamentale:

▪ legătura aparent contradictorie dintre sistemul economic și sistemul medico-sanitar, legătură ce se poate reduce la dialogul între economiști și medici, dialog relativ dificil datorită caracterului limitat al domeniilor proprii de lucru;

▪ opoziția dintre resursele alocate sistemului medico-sanitar, eficiența utilizării capitalului investit și solicitările sociale pentru asigurarea stării de sănătate – cererea crescândă de servicii medico-sanitare în raport cu capacitatea limitată de asigurare a resurselor financiare;

▪ existența aspectelor de etică, vulnerabilitate și moralitate în desfășurarea activităților medico-sanitare, a procedurilor limitate de control al fondurilor alocate ocrotirii sănătății, precum și

recunoașterea manifestării riscurilor și accidentelor terapeutice (dualismul interpretării de pe pozițiile de medic-economist).

În ceea ce privește asigurările facultative de sănătate **propunem:**

1. Definitivarea cadrului legislativ cu privire la asigurările facultative de sănătate ar crea anumite norme de activitate a companiilor ce prestează AFS. Modificarea legislației în scopul creării facilităților normative și financiare pentru dezvoltarea asigurărilor medicale facultative, ca parte componentă a protecției sociale a populației, va influența pozitiv dezvoltarea sistemului de asigurări medicale. Extinderea segmentului de asigurări facultative în cel de asigurări medicale sporește bugetul ocrotirii sănătății cu valoarea surselor financiare care au o altă proveniență decât cele bugetare.

2. Controlul calității prestării serviciilor medicale în cadrul AFS trebuie să conțină mai multe elemente.

2.1. Evaluarea folosirii resurselor materiale în cadrul prestării serviciilor medicale pentru asigurării AFS: organizarea și ordinea de efectuare a expertizei medico-economice.

2.2. Depistarea și argumentarea defectelor, a erorilor medicale și a altor factori ce influențează negativ calitatea și eficacitatea serviciilor medicale.

2.3. Elaborarea unor recomandări pentru conducătorii instituțiilor medicale, care au drept scop preîntâmpinarea clauzelor medicale și care ar contribui la ridicarea eficacității serviciilor medicale.

2.4. Evaluarea posibilității instituției medicale de a garanta un nivel corespunzător de servicii medicale (în raport cu cererea de pe piață).

2.5. Corectitudinea de aplicare a tarifului (prețului) pentru serviciile medicale prestate și corespunderea acestora cu conturile prezentate pentru achitare.

2.6. Controlul respectării condițiilor contractuale. Este necesar ca în fiecare instituție medicală să fie introdus un serviciu special, care ar include specialiști în domeniul studierii pieței, politicii prețului, al reclamei. Odată cu trecerea la medicina prin asigurare, este necesar de a forma un organ de control unic, independent, pentru evaluarea calității serviciilor medicale în cadrul AOS și AFS. Este necesar de a revedea standardele serviciilor medicale și a volumului de servicii incluse în Programul unic, cu scopul de a crea condiții pentru o asigurare cu mai multe nivele.

3. Aplicarea sistemului de asigurări medicale în ocrotirea sănătății prevede un șir de modificări în managementul sanitar, în relațiile dintre instituțiile medicale și pacienți.

4. Programele de asigurări medicale implementate trebuie să fie elaborate cu respectarea tehnologiilor de deservire a pacienților, cu utilizarea segmentării pieței de servicii medicale și calcularea primelor de asigurare conform celor mai moderne formule.

5. AMF urmează a fi concordată cu AMO, pentru a nu întrerupe continuitatea tehnologică de deservire a pacientului.

6. Practica mondială în domeniul tehnologiilor moderne de deservire a pacienților a demonstrat eficacitatea dirijării specializate a deservirii pacientului în instituțiile medicale. Această dirijare are efecte pozitive nu numai asupra calității de deservire, ci și asupra aspectului financiar. În urma excluderii serviciilor medicale inutile sau dublate se economisesc surse considerabile. Crearea unui centru de dirijare a acordării asistenței medicale pacienților în țara noastră la momentul actual are o importanță vitală.

Bibliografie

- 1 Berciu I, Vlădescu C. Legislație și reformă sanitară în perioada de tranziție, București, 1999
- 2 Bistriceanu D.Gh. Sistemul asigurărilor din România, Editura Economică, București, 2002
- 3 Bistriceanu D.Gh. Asigurările sociale – necesitatea și conținutul lor economic, Publicația Tribuna Economică, nr. 42, anul 2004
- 4 Blîndu Daniela Particularitățile economice în domeniul asigurărilor sociale de sănătate, Revista de Medicină Militară nr. 2/2005
- 5 Blîndu Daniela Necesitatea și importanța asigurărilor sociale pentru sănătate, Revista de Medicină Militară nr. 1/2005
- 6 Blîndu Daniela Principiile sistemului asigurărilor sociale pentru sănătate, Revista de Medicină Militară nr. 3/2005

- 7 Blîndu Daniela Aderarea României la Uniunea Europeană este condiționată și de perfecționarea asigurărilor sociale pentru sănătate, Cotidianul „Economistul” nr. 1801/2005
- 8 Blîndu Daniela Perfecționarea asigurărilor sociale pentru sănătate în condițiile actuale, în Uniunea Europeană, Revista „Finanțe Bănci Asigurări” nr. 9/2005
- 9 Cace Corina Asigurările sociale. Management, evoluții și tendințe, Ed. Expert, București, 2004
- 10 Constantinescu D. ș.a. Tratat de asigurări, Editura Semne, București, 1999
- 11 Adrian Dan, Dana Pescaru Sistemul de asigurări sociale, Suport de curs, Universitatea din București, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială, 2006
- 12 Donea Ș. Despre tarele actualului sistem de sănătate, Camera Federativă a Medicilor din România, București, 1997
- 13 Enăchescu D., Vlădescu C. Opinia populației și a medicilor despre asistența medicală în România, Medicina Modernă, Nr.6, București, 1999
- 14 Ețco C., Malanciuc Iu., Idricean V. Avantajele asigurărilor facultative de sănătate Materialele conferinței Științifice Internaționale „Știința, Tehnica, Medicina și Bioetica în strategia de experiență umană: problemele de interacțiune și interconexiune”. CEP „Medicina”, Chișinău 2002
- 15 Matei, L. Management public. Editura economica. București. 2001
- 16 Mărginean Ioan Asigurările sociale, în Zamfir E., Zamfir C. (coord.) „Politici sociale. România în context european”, Ed. Alternative, București, 1995
- 17 Mărginean Ioan Tendințe în evoluția asigurărilor sociale din România, în C. Zamfir (coord.), Politici sociale în România 1990-1998, Ed. Expert, București. 1999
- 18 Popescu, V. Autonomie de fațadă la Casa Națională de Asigurări de Sănătate. București. Adevărul. Nr. 4959. 17 iunie 2006
- 19 Preda Marian Politica socială românească între sărăcie și globalizare, Ed. Polirom, Iași, 2002