

# COORDONATE SPECIFICE ÎN MANAGEMENTUL ASIGURĂRILOR DE SĂNĂTATE<sup>1</sup>

**Dan Constantinescu**

Universitatea Ecologică din București  
*dr.dconstantinescu@yahoo.com*

## **Rezumat**

*Aflate la intersecția sistemului public cu cel privat și cuprinzând un semnificativ număr de elemente de variabilitate, asigurările de sănătate polarizează un larg spectru de interese, a căror armonizare se realizează prin intermediul sistemului de guvernare corporativă.*

*Particularitățile conceptuale și metodologice își pun amprenta și asupra instrumentarului utilizat pentru stabilirea tarifelor de prime, metodele statistice fiind specifice asigurărilor pe termen scurt sau cu posibilitatea de renegociere (de regulă, anuală) a nivelului de primă, în timp ce metodele actuariale se folosesc pentru produsele de tip multianual, cu primă constantă.*

*Nu în ultimul rând, avem de-a face cu o serie de elemente de marketing specific, o primă diferențiere față de marketingul clasic derivând din caracteristicile particulare prin care deosebim serviciile de produse.*

*În cazul asigurărilor de sănătate, marketingul este supus și unor specificități datorate sistemului în care operează, privit în sens larg - ca sistem al instituțiilor financiare sau, în sens restrâns - ca sistem al industriei de asigurări.*

**Cuvinte-cheie:** asigurări de sănătate, guvernare corporativă, tarife de prime, calcul actuarial, metode statistice, mix de marketing

## **1. Implicații ale guvernării corporative**

Pentru desfășurarea activității în condiții de competitivitate ridicată, conducerea unei societăți de asigurare trebuie să evite conflictele potențiale dintre toți partenerii de afaceri și să le armonizeze. Armonizarea acestor interese se realizează prin intermediul sistemului de guvernare corporativă. Managerii nu pot maximiza valoarea societății comerciale dacă ignoră interesele partenerilor sociali: acționari, manageri, salariați, creditori, furnizori, clienți, stat etc. Din perspectivă societară, aceste interese pot fi contradictorii, ceea ce

---

<sup>1</sup> Articol elaborat în cadrul proiectului "Cercetarea științifică economică, suport al bunăstării și dezvoltării umane în context european", cofinanțat de Uniunea Europeană și Guvernul României din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, contractul de finanțare nr. POSDRU/89/1.5/S/62988.

poate genera conflicte în interiorul organizației, influențând negativ rezultatele economico-financiare ale acesteia.

Calitatea și eficiența operațională a formei de guvernare corporativă determină controlul indicatorilor variabili care au un impact puternic asupra rezultatelor economico-financiare ale întreprinderilor. În acest sens, conform unui studiu realizat de Ernst&Young Center for Business and Innovation, referitor la utilizarea indicatorilor non-financiarilor, indicatorii legați de sistemul de guvernare corporativă sunt considerați ca fiind dintre cele mai importante criterii de performanță non-financiare utilizate de investitori la evaluarea firmelor cotate. Astfel, jumătate dintre cele opt criterii de performanță non-financiară relevante pentru investitori se referă la modul de administrare și guvernare a companiilor: calitatea managementului, cultura corporatistă, eficacitatea politicilor de remunerare a conducerii executive și calitatea sistemului de comunicare cu acționarii.[8] Calitatea managementului este definită cu ajutorul unor indicatori precum: calitatea strategiei și gradul de execuție al acesteia, experiența managerială, stilul de conducere al managerilor etc.

De asemenea, studiul realizat de firma de consultanță McKinsey asupra opiniei investitorilor instituționali din țările emergente privind guvernarea corporativă demonstrează că acești investitori acordă aceeași importanță informațiilor privind guvernarea corporativă ca și informațiilor financiare, în adoptarea deciziilor investiționale.[7] În plus, acești investitori sunt dispuși să plătească o primă (de capital) pentru companiile care aplică standardele de guvernare.

Conceptul de guvernare corporativă a fost definit în multe moduri, dar toate definițiile reflectă mecanismul prin care o întreprindere este condusă și controlată. "Guvernarea corporativă", denumită uneori și "conducerea corporatistă", este definită în Cadbury Cod [6] ca fiind „sistemul prin care o companie este condusă și controlată”. Conceptul specifică distribuția drepturilor și responsabilităților dintre diferitele categorii de persoane implicate în companie precum: consiliul de administrație, directorii, acționarii și alte categorii, și stabilește regulile și procedeele de luare a deciziilor privind activitatea unei companii.

Totodată, s-a apreciat că guvernarea corporativă reprezintă modalitățile prin care furnizorii de resurse financiare ale unei companii se asigură că vor primi beneficiile la care se așteaptă făcând această investiție.[5]

Guvernanța corporativă a fost definită și ca „ramura economiei care studiază modul în care companiile pot deveni mai eficiente prin folosirea unor structuri instituționale, cum ar fi actele constitutive, organigramele și cadrul legislativ. Această ramură se limitează în cele mai multe cazuri la studii privind modul în care deținătorii de acțiuni pot să asigure și să motiveze directorii companiilor, astfel încât să primească beneficiile așteptate de pe urma investițiilor lor”.[9]

Deși diferă din punct de vedere al scopului elaborării lor și a gradului de detaliere, codurile de guvernanță corporativă utilizate în țările membre ale Uniunii Europene abordează patru probleme importante: tratamentul echitabil al tuturor acționarilor, ale căror interese trebuie să fie prioritare; răspunderea clară a Consiliului de Administrație și a managementului; transparența companiei sau acuratețea raportării financiare și nonfinanciare în timp util; responsabilitatea pentru interesele acționarilor minoritari și ale altor parteneri sociali, precum și pentru respectarea legislației în vigoare.

În ceea ce privește asigurările de sănătate, gama de interese a persoanelor și instituțiilor implicate, deseori contradictorii, este amplificată de doi *factori specifici*: coexistența sistemului public cu cel privat și rolul semnificativ al furnizorilor de servicii medicale.

Dacă piața asigurărilor private de sănătate este destul de consistentă sub raportul companiilor de profil și al produselor pe care acestea le comercializează, nu același lucru îl putem spune despre furnizorii de servicii medicale, unde doar în domeniul farmaceutic sectorul privat are o pondere semnificativă. Mai mult, între unii furnizori din domeniul privat și companiile de asigurări există și relații de grup, sub aspectul acționariatului și chiar al managementului.

Din aceste motive, asigurătorii (sau, cel puțin o parte a lor) vor fi tentați să promoveze cu precădere serviciile furnizorilor asociați, fapt care poate conduce la sporirea costurilor la beneficiarii de servicii medicale.

În același timp, este limpede că, cel puțin o bună perioadă de timp, asigurătorii vor fi nevoiți să apeleze și la furnizorii din sistemul public, cel puțin pentru acele specialități pentru care furnizorii privați nu oferă acoperire, în general sau la nivel teritorial. Calitatea serviciilor furnizate va fi, astfel, tributară deficiențelor existente în sistemul public: lipsă de transparență, sisteme informaționale greoaie și incomplete, motivare insuficientă a personalului, cozi de așteptare ș.a.

Cuplarea sectoarelor public și privat în cadrul unui parteneriat dedicat sporirii calității serviciilor oferite populației comportă și alte dificultăți, în afara managementului bidirecțional (asigurări sociale și asigurări voluntare) pe care trebuie să-l asigure furnizorii publici de servicii medicale. Redefinirea periodică a pachetului de bază a serviciilor oferite de sistemul public ridică numeroase probleme de gestiune a costurilor la asigurătorii privați, dacă ținem cont de durata (de regulă, multianuală) a contractelor de asigurare.

Chiar și în cazul furnizorilor de servicii medicale din sectorul privat pot să apară o serie de interese contradictorii, în contextul în care aceștia nu sunt „dedicați” în întregime sistemului de asigurări voluntare, ci oferă și alte categorii de servicii, cum ar fi cele de medicina muncii sau serviciile cu plată directă.

Excluderea asigurărilor substitutive din gama asigurărilor voluntare permise de lege generează, la rândul ei, numeroase probleme, în special pentru beneficiarii de servicii. Avem în vedere dificultățile privind delimitarea serviciilor din pachetul de bază față de cele aferente asigurărilor complementare și suplimentare, mecanismele de decontare, gestiunea istoricului medical al pacienților și alte aspecte de acest gen.

*Natura firmei* care oferă asigurări de sănătate presupune abordări diferite, încă de la configurarea produselor respective.

Companiile de asigurări generale oferă, de regulă, produse cu termen scurt de maturitate (un an), sau cu recalcularea periodică a primelor, determinarea acestora fiind realizată, cu precădere, pe baze statistice. Este vorba de produse din Clasa 1 - Asigurări de accidente (inclusiv accidentele de muncă și bolile profesionale), respectiv din Clasa 2 - Asigurări de sănătate.

Firmele de asigurări de viață pot opta atât pentru produse dedicate domeniului, din Clasa IV - Asigurări permanente de sănătate, cât și pentru asigurări de viață suplimentare din Clasa I (asigurări de vătămări corporale, asigurări de incapacitate permanentă din boală, asigurări de incapacitate permanentă din accident, asigurări de spitalizare, asigurări de cheltuieli medicale, asigurări de boli grave, când acestea sunt subscrise suplimentar unui contract de asigurări de viață). În ambele situații termenele de maturitate ale produselor sunt mult mai lungi, iar determinarea primelor implică o serie de calcule actuariale.

În cazul în care asigurările de sănătate sunt oferite ca și clauze suplimentare unui contract de asigurări de viață, acestea vor fi grevate de *fluctuațiile pieței în raport cu asigurarea de bază*. Este de așteptat, în acest context, ca fondurile private de pensii (cu contribuții parțial deductibile) să intre în concurență cu produsele de tip „life”. Nu-i mai puțin adevărat că însăși conectarea asigurărilor de sănătate la produsele în cauză poate constitui un avantaj competitiv în raport cu oferta fondurilor de pensii, aceasta din urmă fiind caracterizată prin produse „pure”, fără beneficii suplimentare.

O situație aparte o prezintă firmele compozite, care pot comercializa atât asigurări generale cât și asigurări de viață, cu condiția separării managementului și a situațiilor financiare. Dacă, așa cum am arătat, asigurările de sănătate pot face parte din ambele categorii, este de presupus că, din rațiuni comerciale și nu numai, companiile vor căuta soluții de acomodare, dincolo de separațiile impuse de lege, a problemelor privind strategia, marketingul, forța de vânzare și reasigurarea, probleme comune tuturor produselor de asigurări ce vizează domeniul sanitar.

*Caracterul individual sau colectiv* al contractului de asigurare generează abordări specifice, care pornesc de la concepția produsului și continuă până la politicile de vânzare.

Astfel, pentru asigurările individuale, optimizarea raportului cost beneficii se realizează prin instrumente de tip franșiză, clauze de coasigurare și de limitare a sumei suportată de asigurat sau clauze de excludere, în timp ce pentru asigurările colective sunt folosite clauze de așteptare privind bolile preexistente, clauze de portabilitate, clauze de coordonare a despăgubirilor și opțiuni de continuare a asigurării pentru angajații care își părăsesc locul de muncă.

Managementul riscului este și el diferit, aprecierea riscului individual fiind realizată pe baza indicilor de morbiditate specifici diferitelor categorii de vârstă și sex, precum și pe baza istoricului medical al asiguratului, pentru asigurările colective nivelul de risc global fiind influențat și de compoziția grupului.

Marketingul și politicile de vânzări includ, ca și ținte de influență, în cazul asigurărilor colective, organizațiile sindicale precum și factorii de decizie din cadrul angajatorului. O asemenea abordare pornește de la faptul că asigurările voluntare de sănătate pot face parte din pachetul salarial sau pot să fie incluse în cadrul contractelor colective de muncă.

Pentru asigurările individuale sunt utilizate, de obicei, sistemele de distribuție multi-level, specifice asigurărilor de viață, fără a fi excluse celelalte modalități cunoscute: achiziția la ghișeu, agenți specializați, brokeri.

*Caracterul obligatoriu sau voluntar* al asigurărilor de sănătate induce și el o serie de diferențe de abordare. Marea majoritate a asigurărilor de acest gen sunt facultative, motiv pentru care activitățile promoționale cuprind și o latură consistentă de tip formativ, cu atât mai necesară cu cât, în ultimele cinci decenii, educația populației în materie a fost viciată de modelul statului paternalist, ca unic furnizor și administrator al serviciilor de sănătate.

Pentru asigurările obligatorii, cum au fost cele pentru călătorie în străinătate, accentul se pune pe valorificarea avantajelor comparative, bazate mai ales pe criteriul preț. Motiv pentru care, numeroase oferte - aparent favorabile, sub acest aspect - au fost grevate de o gamă atât de largă de excluderi încât “au golit” de conținut produsele respective, conferindu-le un caracter pur formal în raport cu necesitățile de conformare la cerințele legale privind circulația persoanelor.

În fine, *sistemele de reglementare și supraveghere* pot genera unele specificități de care asigurătorii trebuie să țină cont în activitatea lor. Apartenența la sistemul de securitate socială a asigurărilor de sănătate presupune ca, pe lângă autoritatea de reglementare și supraveghere a industriei de profil,<sup>2</sup> să fie implicate și alte instituții guvernamentale (Ministerul Sănătății Publice, Ministerul Muncii, Solidarității Sociale și Familiei) sau non-guvernamentale (asociații profesionale, sindicate, patronat).

De altfel, articolul 358 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății (Titlul X - Asigurările voluntare de sănătate) prevede, în mod explicit, că „Ministerul Sănătății Publice și Comisia de Supraveghere a Asigurărilor vor elabora împreună sau separat, după caz, norme metodologice de aplicare” a legislației în materie.

În plus, potrivit aceluiași act normativ, Colegiul Medicilor “colaborează cu Ministerul Sănătății Publice la elaborarea reglementărilor din domeniul medical sau al asigurărilor de sănătate”. În mod asemănător, Legea nr. 32/2000 privind activitatea de asigurare și supravegherea asigurărilor prevede că elaborarea și/sau avizezarea proiectelor de acte

---

<sup>2</sup> în cazul țării noastre, Comisia de Supraveghere a Asigurărilor

normative care privesc domeniul asigurărilor se realizează “după consultarea cu asociațiile profesionale ale operatorilor din asigurări”.

## **2. Metode statistice și actuariale pentru stabilirea tarifelor de prime**

*Metodele statistice* utilizate pentru stabilirea tarifelor de prime sunt specifice asigurărilor pe termen scurt sau cu posibilitatea de renegociere (de regulă, anuală) a nivelului de primă și pornesc, în general, de la seriile de timp aferente următorilor indicatori:

- ponderea cheltuielilor cu serviciile medicale în totalul cheltuielilor de consum;
- proveniența veniturilor populației.

Renegocierea nivelului de primă se realizează în contextul actualizării seriilor de date statistice, ca surse de informații fiind folosite anuarele statistice ale României, precum și datele publicate de Biroul de Statistică al Uniunii Europene (Eurostat).

Prima de risc individuală este asimilată cu valoarea medie a cheltuielilor medicale aferente unei persoane asigurate -  $C_{med_i}$  și se determină după următoarea formulă generală:

$$C_{med_i} = P_{cmed} \cdot P_{vcons} \cdot V_{net_i}, \text{ în care:}$$

- $P_{cmed}$  reprezintă ponderea cheltuielilor destinate serviciilor medicale în totalul cheltuielilor pentru consum ale persoanei asigurate;
- $P_{vcons}$  reprezintă ponderea veniturilor destinate consumului în totalul veniturilor asiguratului;
- $V_{net_i}$  reprezintă venitul total al persoanei asigurate, disponibil după impozitare.

În România, cheltuielile dedicate serviciilor medicale au o pondere destul de redusă în totalul cheltuielilor pentru consum, față de media înregistrată pentru statele membre ale Uniunii Europene, explicația acestei situații fiind legată de nivelul redus al puterii de cumpărare aferente veniturilor populației.

Evident că, urmare a încheierii unei asigurări de sănătate, valoarea serviciilor medicale solicitate de către persoanele asigurate nu va mai fi influențată de nivelul veniturilor individuale. Mai mult, caracterul complementar și suplimentar al asigurărilor voluntare (în raport cu pachetul de bază al serviciilor oferite de sistemul public) sporește așteptările asiguraților în privința serviciilor medicale furnizate de

sistemul privat. Motiv pentru care, comportamentul asiguraților români tinde să se alinieze la standarde maxime, care corespund segmentului populației europene cu cele mai ridicate venituri. Cifrele furnizate de Eurostat relevă următoarea distribuție a ponderii cheltuielilor medicale în totalul cheltuielilor pentru consum:

Quintila de venit	$P_{\text{cmed}}$
1	2,75%
2	3,12%
3	3,05%
4	2,96%
5	3,41%

Pornind de la considerațiile menționate anterior, în calculul primei de risc aferentă asigurărilor de sănătate, pentru indicatorul privind ponderea cheltuielilor medicale în totalul cheltuielilor de consum se poate lua în calcul cifra de 3,41%, asociată persoanelor cu venituri ridicate, care vor reprezenta, de altfel, și eșantionul reprezentativ în materia achiziționării produselor de asigurări voluntare.

Ponderea cheltuielilor destinate consumului în totalul veniturilor asiguraților trebuie să țină cont de întreaga masă a populației, privită ca și clientelă potențială. Gradul redus de economisire și ponderea scăzută a investițiilor individuale determină companiile de asigurări să utilizeze un procent de 100% pentru acest indicator, deși acesta reprezintă o aproximare destul de grosieră.

Este de așteptat ca ameliorarea nivelului de trai să conducă la o reducere a ponderii cheltuielilor de consum în totalul veniturilor. În schimb, apelul la serviciile medicale va depăși acțiunea curativă, sporind nivelul controalelor medicale și al tratamentelor cu scop profilactic. O asemenea relație, invers proporțională, între ponderea cheltuielilor medicale în totalul cheltuielilor pentru consum și ponderea veniturilor destinate consumului este de natură să mențină valoarea indicatorului menționat în apropierea nivelului unitar.

Venitul net se determină pentru grupa de populație care apelează, de regulă, la asigurările de sănătate, respectiv pentru angajații companiilor care oferă asemenea produse în cadrul pachetului salarial. Din acest motiv, a fost estimat un salariu mediu lunar de 400 euro, cu



o expectație de creștere de circa 10% pentru următorii doi ani, justificată prin proiecțiile creșterii economice la nivel național.

Așa cum rezultă din datele statistice, ponderea cea mai mare a veniturilor pentru această grupă de populație provine din veniturile salariale, a căror tendință este crescătoare în valori relative.

Așadar, pornind de la estimarea veniturilor salariale -  $S_m$  și de la ponderea acestora în totalul veniturilor -  $P_{SN}$ , venitul net individual -  $Vn_i$  se determină astfel:

$$Vn_i = S_m / P_{SN} \approx S_m / 0,78$$

Revenind la formula de bază, prima anuală de risc individuală aferentă asigurării de sănătate, asimilată cheltuielilor medicale aferente unei persoane asigurate devine:

$$C_{med_i} = 3,41\% \cdot 100\% \cdot (12 \cdot 400/0,78) \approx 210 \text{ euro}$$

Prima anuală de asigurare -  $Pa_i$  trebuie să acopere, pe lângă riscul asumat, cheltuielile asiguratorului și un beneficiu prestabilit.

$$Pa_i = C_{med_i} + Ca + Cd + P, \text{ în care:}$$

- $Ca$  reprezintă cheltuielile de administrare;
- $Cd$  reprezintă costurile de distribuție (cheltuielile cu comisioanele de achiziție);
- $P$  este cota de profit brut estimat.

Informațiile privitoare la costuri și rentabilitate provind din planul de afaceri al companiei de asigurare.

*Metodele actuariale* se folosesc pentru produsele de tip multianual, cu primă constantă și pornesc de la principiul echivalenței între obligațiile asiguratului (plata primelor de asigurare) și cele ale asiguratorului (plata beneficiilor aferente poliței), actualizate pe baza anuităților. [1]

Formula generală de calcul se adaptează în funcție de parametrii specifici ai produsului, așa cum sunt ei prevăzuți în condițiile generale de asigurare, o altă sursă de date de date constituind-o tabelele de mortalitate.

Produsul utilizat ca exemplu oferă trei categorii de beneficii și anume :

- acoperirea costului spitalizării;
- scutirea la plată a primelor pe perioada spitalizării;
- un număr de consultații medicale gratuite/an.

*Prima netă de asigurare -  $P$* , în acest caz, rezultă din relația:

$$P \cdot \ddot{a}_{x:65-x} = I \cdot \bar{a}_{x:65-x}^{(S)} + GP \cdot \frac{n_z}{365} \cdot \bar{a}_{x:65-x}^{(S)} + C \cdot \ddot{a}_{x:65-x}, \text{ unde:}$$

- $\ddot{a}_{x:65-x}$  reprezintă anuitatea limitată (anticipată):

$$\ddot{a}_{x:65-x} = \frac{N_x - N_{65}}{D_x}, \quad N_x = \sum_{k=0}^{\infty} D_{x+k}$$

- $\bar{a}_{x:65-x}^{(S)}$  este anuitatea raportată la fenomenul de îmbolnăvire (în condiții de supraviețuire):

$$\bar{a}_{x:65-x}^{(S)} = \frac{K_x - K_{65}}{D_x}, \quad K_x = \sum_{k=0}^{\infty} H_{x+k}, \quad H_x = \bar{D}_x \cdot \bar{z}_{x+1/2},$$

$$\bar{D}_x = v^{x+1/2} \cdot l_{x+1/2}, \quad v = \frac{1}{1+i}$$

- $x$  este vârsta asiguratului;
- $I$  reprezintă costul anual al acoperirii spitalizării:  $I = \bar{c}_z \cdot n_z$
- $\bar{c}_z$  este costul mediu de spitalizare pe zi;
- $n_z$  reprezintă numărul mediu de zile de spitalizare pe an;
- $C$  este costul anual al consultațiilor medicale oferite ca beneficiu;
- $\bar{z}_x$  este probabilitatea de a fi bolnav la vârsta  $x$ ;
- $l_x$  reprezintă numărul de supraviețuitori la vârsta  $x$  (din tabela de mortalitate);
- $i$  este rata anuală a dobânzii (dobânda tehnică).

Pentru *prima brută de asigurare* -  $GP$  pornim de la formula generală:

$$GP = P + C_a + C_d + P, \text{ unde:}$$

- $C_a$  reprezintă cheltuielile de administrare;
- $C_d$  sunt costurile de achiziție (de distribuție);
- $P$  este profitul estimat.

Prin condițiile generale de asigurare privitoare la produsul pe care-l exemplificăm au fost estimați următorii parametrii:

- costuri de administrare:
  - 50 euro anual pe toată durata contractului;
  - 3% din toate primele (exclusiv cele din perioadele de suspendare);
  - 1,5% din costul anual al acoperirii spitalizării pe toată durata contractului;
- costuri de achiziție:
  - 20% din cea dintâi primă brută anuală;
  - 10% din a doua primă brută anuală;
  - 5% din cea de a treia primă brută anuală;

- 3% din ce de a patra și a cincea primă brută anuală;
- dobânda tehnică: 3%.

Înlocuind în formula generală prima netă și parametrii menționați, vom obține relația finală de calcul a primei brute:

$$GP = \frac{50 \cdot \ddot{a}_{x:65-5} + 1,015 \cdot \bar{c}_z \cdot \bar{n}_z \cdot \bar{a}_{x:65-x}^{(S)}}{0,97 \cdot \left( \ddot{a}_{x:65-x} - \bar{a}_{x:65-x}^{(S)} \cdot \frac{\bar{n}_z}{365} \right) - \left[ 20\% + 10\% \cdot \frac{D_{x+1}}{D_x} + 5\% \cdot \frac{D_{x+2}}{D_x} + 3\% \cdot \left( \frac{D_{x+3}}{D_x} + \frac{D_{x+4}}{D_x} \right) \right]}$$

în care se păstrează semnificația indicatorilor prezentați mai sus.

Tot pe baza calculului actuarial pot fi determinate rezervele matematice pentru asigurările permanente de sănătate, respectiv rezerva matematică netă și rezerva matematică modificată (zillmerizată).

### 3. Elemente de marketing specific

O primă diferențiere față de marketingul clasic, numit și marketingul de produse, în abordările specifice sistemului financiar și - cu precădere - în piața asigurărilor, derivă din *caracteristicile particulare prin care deosebim serviciile de produse* și anume: intangibilitatea, inseparabilitatea, perisabilitatea și varietatea.

Intangibilitatea vizează faptul că serviciile nu sunt supuse percepției uzuale, bazată pe stimuli de ordin auditiv, vizual, olfactiv sau tactil. Ceea ce nu înseamnă că, dacă nu le putem auzi, vedea, mirosi sau atinge, serviciile de asigurări n-ar fi la fel de importante ca și produsele pe care le achiziționăm. Intangibilitatea inhibă, însă, posibilitatea unei percepții apriorice asupra valorii autentice a unui serviciu, întrucât numai beneficiind efectiv de acesta utilizatorul îi poate sesiza pe deplin utilitatea. Pe cale de consecință, atracția față de serviciile de asigurări este mediată de numeroși factori subiectivi, cum ar fi - spre exemplu - siguranța pe care o inspiră sistemul financiar, în general, sau o companie de asigurări, în particular, încrederea față de persoana care îi acordă consultanța financiară ori cunoașterea în detaliu a obligațiilor, beneficiilor și riscurilor asociate produsului în cauză.

Decizia de achiziție a unei asigurări private de sănătate este, așadar, bazată pe încredere și, în plus, are un pronunțat caracter personal, generat de modul în care fiecare client potențial se raportează la mix-ul format din calitatea actului medical, viteza de parcurgere a circuitelor birocratice și facilitățile de cost.

Inseparabilitatea are două coordonate de acțiune. Una privește binomul producție-consum, unde - spre deosebire de produse, care pot fi stocate în vederea unui consum viitor - serviciile se produc și se consumă în același timp. Nu putem vorbi, deci, despre un „galantar” de produse și servicii de asigurări medicale și nici despre o eventuală „livrare” a lor la domiciliu (exceptând, desigur, cazurile de excepție). A doua coordonată, derivând din cea anterioară, se referă la prezența simultană la locul de prestare atât a furnizorului desemnat pentru realizarea procedurilor necesare cât și a clientului-beneficiar, care trebuie să primească informațiile privind serviciul solicitat și să accepte, pe bază de semnătură, condițiile de efectuare a acestuia.

Chiar dacă metodele și tehnicile moderne de tehnologie a informației permit utilizarea unor sisteme de tranzacționare prin carduri, e-banking sau alte categorii de tehnici de comunicație, prestațiile propriu-zise trebuie precedate de îndeplinirea unor formalități care presupun o relație directă sau, cel puțin, mediată (vezi rolul intermediarilor în asigurări) între prestator și beneficiar.

Perisabilitatea serviciilor pornește tot de la faptul că ele sunt realizate și vândute în același timp, neputând fi depozitate pentru viitor. Din acest motiv, pe piețele financiare apare, deseori, senzația de superoferță („toată lumea vinde și nimeni nu cumpără”).

Specific sistemului de asigurări și, în mod deosebit, asigurărilor de sănătate este că dacă, la prima vedere, se poate vorbi despre o anumită constanță a gamei de servicii oferite, condițiile de accesare a acestora (nivelul primelor, termenele, procedurile medicale acoperite) pot diferi semnificativ de la un individ la altul, atât din cauza mediului concurențial cât și în funcție de particularitățile persoanei în cauză (vârstă, sex, antecedente ș.a.).

Pentru așa-numitele servicii standardizate (spre exemplu, asigurările medicale pentru călătorii în străinătate) este important să existe canale simple de distribuție, astfel ca, în perioada funcționării lor, să poată fi accesate la simpla cerere a clienților.

Principala problemă a firmelor de asigurări legată de perisabilitatea serviciilor se referă la minimizarea costurilor, prin dimensionarea judicioasă a personalului și utilităților dedicate fiecărui serviciu în parte, asigurându-se - în același timp - standardele de calitate necesare menținerii atractivității față de clienți.

Variatatea serviciilor de asigurări nu depinde doar de cine, când și unde le realizează sau de timpul necesar pentru efectuarea lor. Un

reper semnificativ în aprecierea variabilității îl constituie și clientul. Unul și același produs de asigurări poate fi oferit sau nu, poate să comporte condiții și restricții în funcție de solicitant. În același timp, însă, un client poate prefera să folosească o firmă de asigurări în locul alteia, întrucât același serviciu poate fi foarte diferit de la o companie la alta și chiar de la o sucursală a unei firme de asigurări la alta.

Alături de particularitățile detaliate mai sus, marketingul în asigurări este supus unor *specificități datorate sistemului* în care operează, privit în sens larg - ca sistem al instituțiilor financiare sau, în sens restrâns - ca sistem al industriei de asigurări.

Efectul de propagare constă în faptul că numeroși clienți fac apel la opiniile celorlalți înainte de alegerea unui serviciu sau a companiei furnizoare. Din acest motiv, în activitatea instituțiilor de asigurări devine din ce în ce mai accentuată și mai semnificativă cunoașterea și chiar anticiparea nevoilor clienților, depășindu-se etapa ofertei propriu-zise de produse și servicii. Cheia succesului dezvoltării viitoare a activităților de asigurări în domeniul medical o constituie această anticipare a cerințelor potențiale ale clienților, ca și promovarea serviciilor de consultanță către cei cărora firma intenționează să li se adreseze.

În măsura în care grupurile cu care compania se află în relație sunt variate iar schimbările mediului sunt și ele destul de frecvente, un factor de reușită bazat pe valorificarea efectului de propagare îl constituie crearea și promovarea unei imagini unice, distincte, atât pe piața internă, cât și pe cea externă. Prin politica sa de imagine, compania de asigurări își asigură o identitate care să o diferențieze de concurenții săi. Imaginea firmei rezultă, de obicei, din următoarea combinație:

- imaginea internă (cultura instituțională);
- imaginea de marcă (notorietate, percepția pozitivă sau negativă a mediului, poziția față de concurență);
- imaginea socială (rolul firmei în societate).

Efectul de bumerang, numit și efectul reacției adverse, are în vedere un model de așteptare al clienților, bazat pe ceea ce numim abordarea rezonabilă a sistemului promovare. Chiar și nivelul serviciilor oferite trebuie să fie cel optim, respectiv cel potrivit pentru satisfacerea nevoilor consumatorilor și nu unul excesiv. Consumatorul invitat să plătească un preț redus sau să obțină avantaje neuzuale va avea anumite rezerve. Atât reducerile cât și excesul de randament nu

inspiră calitate și sunt generatoare de suspiciuni, iar consumatorul poate avea senzația unei posibile capcane, legată de o eventuală “compensare”, în detrimentul său și necunoscută, a beneficiilor suplimentare care i se oferă.

Din acest motiv, principalele criterii de decizie referitoare la nivelul serviciilor propuse clienței și modul de promovare specific industriei de asigurări trebuie să includă următoarele aspecte esențiale:

- nivelul serviciilor se va reflecta în acele aspecte calitative care sunt considerate a fi importante de către consumatori;
- nivelul propus al serviciilor trebuie să poată fi apreciat ca un nivel realizabil;
- nivelul serviciilor oferite trebuie să fie optim și nu excesiv.

Conservatorismul clienței impune schemelor promoționale în sfera serviciilor de asigurări considerarea faptului că, numeroși consumatori sunt mai puțin dispuși să-și schimbe preferințele, chiar și pentru o reducere temporară de preț sau pentru o ofertă specială. Este mult mai ușor, deci, să încurajăm loialitatea clienților existenți - maniera cea mai ieftină și cea mai eficientă de a face afaceri - decât să atragem clienți noi. Întrucât nivelul serviciilor reprezintă gradul de satisfacere a nevoilor consumatorului, o anumită calitate a acestora depinde de o serie întreagă de factori economici, dar și de percepția valorică a fiecărui client. Este și motivul pentru care clienții vor fi, în general, dispuși să plătească mai mult pentru un anumit serviciu, așteptându-se ca prețul să fie expresia calității sale.

Pentru a beneficia de fidelitatea clienților, firma de asigurări va proceda la o analiză corelată a factorilor de influență a comportamentului acestora, fără a omite monitorizarea comportamentului concurenței, respectiv, serviciile oferite de alte instituții de profil.

Nu vom intra în detalii teoretice consistente privitoare la definiția marketingului asigurărilor de sănătate, întrucât majoritatea autorilor sugerează același conținut pentru orice tip de produs financiar sau linie de business în domeniu și anume realizarea unei activități profitabile, bazată pe satisfacerea necesităților clienței.[4]

Desigur că, vom avea în vedere atât cunoașterea necesităților în cauză, cât și prezentarea convingătoare a produselor și serviciilor firmei de asigurări, prin metode și forme eficiente de reclamă și publicitate, opțiunea clienților pentru serviciile unei entități sau alta fiind dovada capacității de convingere prin aceste măsuri.

Așadar, cel mai important punct pe care trebuie să-l aibă în vedere firmele de asigurări, la fel ca și alte instituții financiare care doresc să-și asume responsabilitatea desfășurării unei activități profitabile, în contextul existenței unei concurențe severe și făcând față, totodată, unor potențiale schimbări de substanță în mediul de afaceri, este *identificarea cu acuratețe a nevoilor pieței* și alegerea unei poziții strategice pe această piață, care să fie compatibilă cu propriul management.

Mai mult, deoarece așteptările clienților cresc și ei devin tot mai exigenți cu fiecare serviciu primit, asiguratorul trebuie să fie gata să reacționeze la provocările pieței, întrucât clienții vor alege acel furnizor care le va asigura toate serviciile la un standard cât mai ridicat. În mod obișnuit, furnizorii de servicii se concentrează asupra problemelor pe care le identifică la concurenți. Astfel, sunt sesizate din timp strategiile firmelor concurente, obținându-se informații referitoare la caracteristicile și calitatea serviciilor oferite, mixul de marketing, standardul de servicii asigurat clientului, prețul, modalitățile de sponsorizare și orice campanie de reclamă și promovare pe care le desfășoară.

În același timp, companiile de asigurări trebuie să-și conceapă un program propriu de reclamă și publicitate, care să ofere informații sistematizate asupra capacității lor de lucru, privind produsele și serviciile oferite, cu referire la cele mai interesante modalități de legătură cu clienții și la avantajele acestora în urma colaborării lor cu firma în cauză. Obiectivele generale urmărite în promovarea imaginii pot fi sistematizate astfel:

- informarea clienților;
- determinarea acestora să achiziționeze servicii;
- reamintirea ofertei;
- re poziționarea serviciului față de concurenți;
- promovarea imaginii de marcă.

Evident că un rol important în promovarea imaginii firmei îi revine departamentului de specialitate, departament care trebuie să asigure compatibilizarea așteptărilor clienților cu setul de mesaje privind poziționarea pe piață a companiei de asigurări. Avem în vedere, în acest sens:

- încrederea clienților în stabilitatea firmei și a capacității sale financiare;
- calitatea produselor și serviciilor oferite;

- calitatea personalului;
- o bună recepționare a solicitărilor clienților și ale pieței și implicarea în problemele partenerilor de afaceri;
- satisfacerea cerințelor clienților la costuri rezonabile.

Factorul determinant al unui asemenea demers, considerat drept esența relației dintre asigurator și client este comunicarea. În marketing, comunicarea reprezintă ansamblul semnalelor emise de o companie în direcția clientelei sale, a potențialilor utilizatori, a partenerilor (furnizori, distribuitori), a concurenților, dar și a personalului său, în scopul facilitării relațiilor comerciale ale firmei respective. În cadrul unei firme de asigurări, comunicarea poate fi definită ca un proces prin care are loc schimbul de mesaje, informații și idei, în vederea realizării obiectivelor individuale și comune ale afiliaților - permanenți sau temporari - ai acesteia.

Scopurile generale ale comunicării sunt valabile și în domeniul marketingului în asigurările de sănătate, întrucât ele constau în necesitatea complexă de a fi receptați, înțeleși, acceptați și de a provoca o reacție.

Potrivit cercetătorului american Philip Kotler, în privința abordărilor instituționale referitoare la marketingul serviciilor financiare putem discerne un număr de cinci *etape de evoluție* succesive [3]:

Prima dintre ele, având drept conținut trinomul reclamă - promovarea vânzărilor - publicitate a pornit de la necesitatea atragerii potențialilor clienți, în condițiile unei piețe concurențiale a produselor de economisire și a instituțiilor de profil.

A doua etapă, intitulată zâmbet și atmosferă cordială, a urmărit fidelizarea clientelei, prin programe de satisfacere a cerințelor acesteia, incluzând chiar și aspecte de ordin ambiental.

Segmentare și înnoire poate fi intitulată următoarea etapă de evoluție în domeniul marketingului serviciilor financiare, aflată sub imperiul diversificării acestora, al dedicării lor pe segmente diferite de clientelă și al nevoii de inovare, într-un domeniu în care avantajele oricărui serviciu au o durată redusă, datorită posibilității de diseminare rapidă în cadrul sistemului.

Dezvoltarea puternică a sistemului de asigurări și accentuarea concurenței dintre entitățile componente a impus acestora o cât mai bună poziționare în piață. Preocupările pentru definirea unei identități reale și distincte au fost legate, mai curând, de valorificarea în beneficiul



clienților a unor avantaje comparative, decât de extinderea gamei de servicii, altminteri o operațiune destul de costisitoare.

Ceva mai recent, firmele de asigurări și-au dezvoltat politicile în domeniul marketingului pornind de la o abordare strategică, în care analiza, planificarea, implementarea și controlul activităților specifice devin elementele de bază ale preocupărilor pentru performanța în materie.

Abordarea tradițională a politicilor de marketing în domeniul asigurărilor de sănătate stă sub semnul simultaneității a patru categorii de probleme:

- prospectarea trendurilor favorabile ce se manifestă în dublul context de globalizare și de segmentare a pieței;
- percepția cât mai exactă a orizontului de așteptare a clienților sub aspectul necesităților în domeniu;
- proiectarea și operaționalizarea produselor și serviciilor apte să răspundă necesităților în cauză;
- integrarea sistemelor de promovare și de operare a produselor de asigurări de sănătate în strategia adoptată și în parametrii rezultatelor planificate.

Soluționarea problematicii enunțate mai sus stă la baza definirii elementelor *mix-ului de marketing* din sectorul asigurărilor, bazat pe “the four P”: product, price, promotion, place.[2]

Produsul de asigurări trebuie să fie, în primul rând o imagine cât mai fidelă a necesităților clienților. Aprecierea sa de către beneficiari este realizată sub toate aspectele utilității, dar ca o imagine de ansamblu, în care este cuprinsă atât calitatea de concepție cât și calitatea de conformitate, principalii parametri considerați fiind: performanțele și caracterul de noutate.

Chiar dacă, în principiu, firmele de asigurări sunt suverane în stabilirea prețului serviciilor oferite (primele de asigurare), mediul concurențial impune o atentă corelare cu prețurile competitorilor, în ideea că acceptarea sau refuzul unui preț, de către clienți, este similară cu acceptarea sau refuzul serviciului căruia acesta îi este asociat.

Promovarea este definită ca un sistem de comunicare având drept scop sensibilizarea potențialilor clienți față de particularitățile specifice serviciilor unei firme de asigurări, apte să răspundă favorabil așteptărilor beneficiarilor. Mediile de comunicare sunt diverse, impactul lor asupra publicului fiind diferit, de la stimularea curiozității până la promovarea propriu-zisă a vânzărilor.

Plasarea produsului sau serviciului în cadrul sistemului de distribuție pornește de la coordonatele de timp și de loc solicitate de client în achiziția produselor, dar și de la faptul că disponibilitatea, accesibilitatea, operativitatea și apropierea de client a distribuției constituie premise de bază ale creșterii volumului de afaceri. Faptul că asigurările de sănătate reprezintă mai mult decât un simplu produs financiar impune asiguratorilor să acorde agenților de vânzări utilizați un suport permanent pe toată durata negocierii contractelor.

Practica în domeniul marketingului bancar a arătat că factorii menționați nu sunt singurii responsabili de realizarea unei activități performante în domeniu, motiv pentru care teoria de specialitate s-a îmbogățit cu încă “alți trei P”: personel, profit, physical premises.

Noțiunea de personal este, mai nou, înlocuită cu cea de resursă umană, dar semnificația sa în marketing rămâne legată, în primul rând, de faptul că interfața client-asigurator este de natură individuală.

Deși activitatea sa se bazează pe un set de proceduri legale sau de ordine interioară, iar cunoașterea specificațiilor serviciilor disponibile, în conformitate cu necesitățile clienților, este o condiție de la sine înțeles, personalul din segmentul denumit “forță de vânzare” poate influența percepția și atitudinea clienței față de instituție, ca atare, sau față de produsele oferite.

De aici necesitatea continuității procesului de pregătire profesională, dar și a măsurilor de fidelizare a intermediarilor prin arsenalul de mijloace care țin de cultura organizațională și etica firmei.

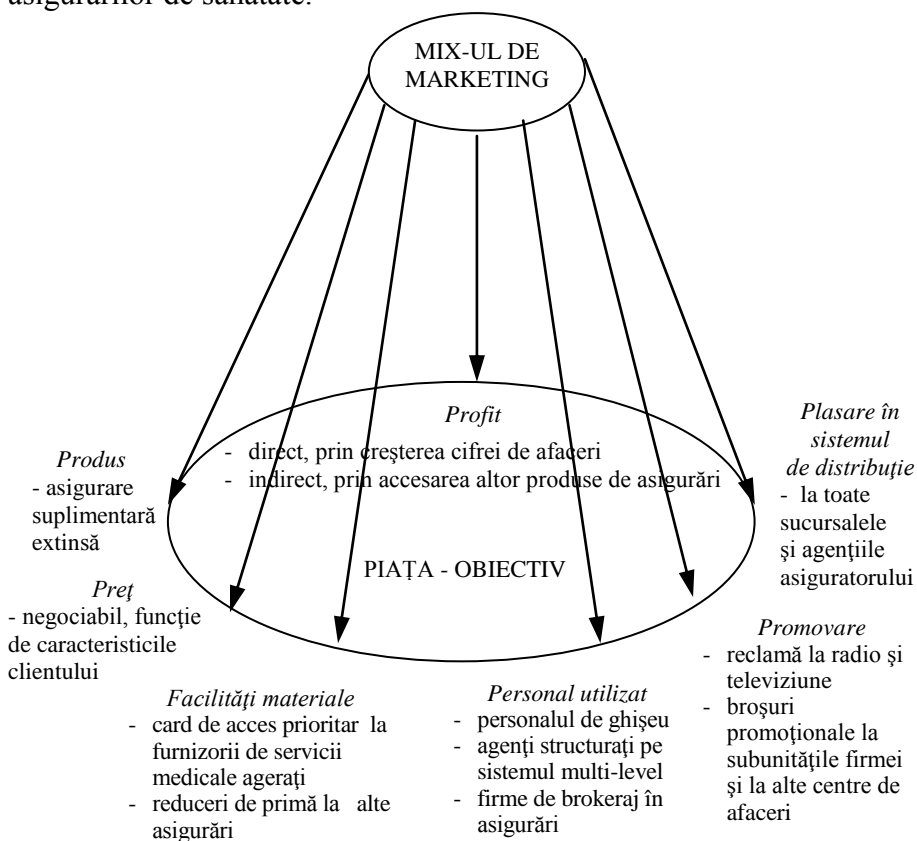
Profitul rămâne și în industria de asigurări rațiunea de a fi a entităților componente. Din acest motiv, rolul mix-ului de marketing este tocmai acela de a promova și susține produsele și serviciile aducătoare de profit, în lipsa cărora orice instituție este eliminată de pe piață.

În fine, facilitățile concrete (de natură materială, fizice) sunt aspecte ce nu pot fi ignorate în procesul de prestare a serviciilor specifice, chiar dacă ele privesc aspecte ce par - la prima vedere - mai puțin esențiale, cum ar fi, de pildă, design-ul contractului de asigurare, un permis de intrare în incinta firmei de asigurare sau a unor furnizori de servicii agreați, ori un set de materiale promoționale.

Toate elementele menționate sunt esențiale în elaborarea mix-ului de marketing și nu se poate pune în evidență vreo ordine de preferință între ele, indiferent de faptul că ne poziționăm într-o abordare globală sau ne referim la un proces de promovare a unui produs, în cazul nostru, din gama asigurărilor de sănătate.

De asemenea, chiar dacă subiectul depășește granițele abordărilor sectoriale, trebuie menționată integrarea problematicii aferente marketingului în contextul abordării strategice a managementului firmelor de asigurări. Strategia și planurile de marketing urmează, în linii mari, aceleași coordonate care pornesc de la definirea misiunii, filosofiei și setului de valori ale companiei și continuă într-un proces iterativ cu analiza SWOT, prognoze, elaborarea programelor, implementarea acestora, evaluarea și corecția parametrilor inițiali.

În figura următoare este ilustrat un exemplu de structurare a elementelor mix-ului de marketing pentru un produs din gama asigurărilor de sănătate.



**Elementele mix-ului de marketing pentru produsul: Asigurare suplimentară extinsă**

**Bibliografie selectivă**

- [1] D. Constantinescu, *The Health Insurances between the paternalist State and the individual responsibility*, Mustang Publishing House, Bucharest, 2007
- [2] C. Grigoruț, *Euro – Marketing*, Editura ERA 2000, București, 2002
- [3] Ph. Kotler, *Managementul marketingului - Analiză, planificare, implementare, control*, Ediția a 5-a, Editura Teora, București, 2008
- [4] E.-C. Petrescu, *Marketing în asigurări*, Editura Uranus, București, 2005
- [5] A. Shleifer, R. Vishny, *A survey of corporate governance*, în „Journal of Finance” no. 52, 1997
- [6] \* \* \* *Cadbury Cod (Code of Best Practice)*, Report of the Committee on the Financial Aspects of Corporate Governance and Gee and Co. Ltd., Burgess Science Press, London, 1992
- [7] \* \* \* *Giving new life to the corporate governance reform agenda for emerging markets* (McKinsey Emerging Markets Investors Opinion Survey 2001 - summary and preliminary findings), McKinsey & Company, 2002
- [8] \* \* \* *Measures that matter*, Ernst & Young Center for Business and Innovation, 1997
- [9] [www.encycogov.com](http://www.encycogov.com)