

# **O radiografie a sistemului de sănătate din România**

## **(A radiography of the health system in Romania)**

Oana MIRON

**Abstract:** *After the 1989 events, Romanian society has known a vast modernizing process based on reforms. The Public Health System's reformation has been one of the areas to have generated some of the strongest debates. Almost every change in the Government's composition has reopened the public health reformation necessity. In order to better understand the current situation and possible medium and long-term solutions to the matter, I am therefore proposing analyzing some of the European public health systems, that would enable us putting things in perspective and properly evaluate the current state in Romania and highlight potential perspectives and possible course of actions.*

**Keywords:** *Beveridge, Bismarck, European Union, health system.*

### **Introducere**

În prezent, în spațiul public din România se dezbate aprins despre posibilitatea „privatizării” sistemului de sănătate. Bineînțeles, nu este vorba despre primii pași în privatizare, în sensul arhicunoscut al conceptului, pentru că sistemul privat în sănătate a apărut de ceva timp, ci despre accesul neîngrădit al sistemului privat la banii publici. Din păcate, din necunoaștere sau din interese de grup, discuțiile se abat adesea de la temă, pentru că puține persoane din spațiul public ce cunosc sistemul sunt și dispuse să prezinte evoluția sistemului nostru de sănătate pentru a putea formula în cunoștință de cauză propuneri de ameliorare a acestuia. Din această cauză consider necesară realizarea unei radiografii a sistemului de sănătate din România.

Un asemenea demers presupune prezentarea mai întâi a sistemelor de sănătate din Europa. Apoi, trebuie văzut ce fel de sistem de sănătate era în România la Revoluție și momentele pe care le-a parcurs acesta în evoluția sa din ultimii 30 de ani. Pornind de la astfel de date, se pot formula propuneri pentru eficientizarea lui.

### **Sistemele de sănătate din Europa**

În prezent, în țările europene există trei sisteme de sănătate<sup>1</sup> definite prin modul lor de finanțare: Semashko, Bismarck și Beveridge.

Sistemul Semashko este caracterizat de următoarele linii directoare:

- finanțare de la bugetul de stat;
- este controlat de stat prin sistemul de planificare centralizată;
- statul are monopolul serviciilor de sănătate, care sunt proprietatea sa;
- personalul sanitar este salariat (funcționari);
- accesul populației la serviciile de sănătate este egal.

Modelul Beveridge, ale cărui elemente pot fi regăsite în cadrul reformelor implementate în țările din spațiul est-european, a fost imaginat de britanici. Principalele caracteristici legate de aspectul financiar al acestui model sunt:

- populația are acces liber la serviciile de sănătate bazate pe taxele obligatorii din venituri, deci există un grad ridicat de echitate socială;
- resursele financiare provin din colectarea de taxe pe venituri, iar sistemul este gestionat de stat;
- cei care oferă servicii medicale în ambulatoriu sunt angajați ai statului;
- plățile către prestatori sunt făcute fie prin salarii (pentru salariații din spitale), fie în funcție de numărul pacienților înscrși pe listă (pentru medicii de familie);
- prestatorii de servicii medicale secundare au la dispoziție un buget general.

Sistemul de asigurări sociale de sănătate, cunoscut și sub denumirea de modelul Bismarck, este un sistem inspirat de legislația germană. Caracteristicile acestui model sunt:

- resursele financiare sunt, în principal, reprezentate de contribuțiile obligatorii plătite de angajați și angajatori;
- orice cetățean trebuie să fie protejat în mod obligatoriu în caz de îmbolnăvire de o casă de asigurări (principiul acoperirii universale);
- cetățenii trebuie să contribuie la plata asistenței lor medicale în funcție de capacitatea lor financiară cu o cotă procentuală, aceeași pentru întreaga populație, dar care poate varia de la o țară la alta;
- există resurse care provin din subvenții de la bugetul de stat (local sau național) sau alte tipuri de subvenții;
- există posibilitatea de liberă opțiune pentru medicul de familie în cazul oricărui asigurat;

---

<sup>1</sup> H-Care, *Sistemele de sănătate din UE și sursele lor de finanțare*, disponibil la <http://www.healthcaresales.eu/elearning/page.php?id=293>, accesat la 13.02.2020.

- instituțiile care administrează fondurile de asigurări sunt nonprofit;
- gestionarea și folosirea fondurilor de asigurări sunt făcute la nivel național și prin direcții locale.

Iată care este distribuția celor trei sisteme în țările din Europa:

<b>Sistemele de asistență medicală din Europa</b>			
<b>Sisteme vechi</b>	<b>Sisteme din al Doilea Război Mondial până în prezent</b>		<b>Sisteme noi</b>
Sistemul de asigurări sociale (Bismarck) Germania, 1893	Sistemul finanțat prin impozite (Beveridge) Anglia, 1944	Sisteme reformate ce cumulează elemente din Bismarck și Beveridge	Semashko – Bismarck
Austria Belgia Israel Luxemburg Turcia Franța Olanda Elveția <b>România</b>	Danemarca Islanda Norvegia Finlanda Suedia	Grecia Italia Spania Portugalia	Albania Bulgaria Letonia Lituania Polonia Rusia Slovacia Slovenia Ungaria Croatia Republica Cehă

Propun să ne oprim mai mult asupra sistemului Bismarck, fiindcă el va fi cel spre care va tinde sistemul de sănătate din România după căderea comunismului. În cadrul acestui sistem, performanțele medicale sunt relativ înalte, dar cheltuielile pe care le implică sunt cele mai mari din Europa, pentru că și costurile administrării sale sunt mai mari. De exemplu, Germania are cheltuieli de 356 de miliarde de euro

pe an, adică 11,5% din PIB, ceea ce înseamnă aproximativ 4.544 de euro per asigurat<sup>2</sup>. De altfel, tocmai din cauza resurselor mari cheltuite, în țările care au implementat acest sistem în acest moment sunt gândite strategii și programe concentrate pe prevenția bolilor, care s-au dovedit mai puțin costisitoare: programe pentru prevenirea bolilor de nutriție și metabolism, programe pentru prevenția bolilor cardiovasculare, programe de screening cancer, programe de promovare a activității fizice și sport<sup>3</sup>.

Acest sistem de sănătate conține două tipuri principale de asigurări: publică și privată. În prezent, aproximativ 85% din populația Germaniei contribuie la sistemul asigurărilor publice de sănătate, care oferă un nivel standard de acoperire. Restul cetățenilor pot opta pentru asigurările private, care includ beneficii suplimentare. De altfel, *Studiul de caz privind livrarea integrată de îngrijire de lungă durată în Germania*, realizat de Biroului Regional pentru Europa al Organizației Mondiale a Sănătății privind livrarea integrată de îngrijire de lungă durată, arată că „există o asigurare obligatorie legală sau privată de îngrijire de lungă durată pentru întreaga populație; eligibilitatea pentru îngrijire de lungă durată este deschisă persoanelor cu competențe restrânse în viața de zi cu zi. Îngrijirea pe termen lung cuprinde beneficii în numerar, beneficii în natură sau îngrijire rezidențială. Cheltuielile de sănătate sunt mari, iar coordonarea asistenței în ambulatoriu, spital, reabilitare și îngrijire pe termen lung rămâne o provocare. Deși sistemul funcționează bine prin mai multe măsuri, consolidarea rolului medicilor generalști și a asistenței primare ar putea duce la reducerea mortalității amenajabile și a spitalizării prevenibile, încurajând în același timp integrarea îngrijirii și gestionarea cazurilor în îngrijirile de lungă durată”<sup>4</sup>.

Căderea regimului comunist în țările din Estul Europei a dus la demararea unor reforme ale sistemelor de sănătate. Toate țările din spațiul est-european s-au confruntat și se confruntă cu dificultăți în reformarea propriilor sisteme de sănătate din cauza fondurilor insuficiente și a unei legislații deficitare. Aceasta se poate observa și din raportul *Euro Health Consumer Index 2018*<sup>5</sup>. De asemenea, *State of Health in the EU. Poland. Country Health Profile 2019*<sup>6</sup> arată că Polonia continuă să se confrunte cu o lipsă acută de personal medical, în ciuda faptului că în ultimele decenii a crescut semnificativ numărul de absolvenți ai instituțiilor academice

---

<sup>2</sup> Statistisches Bundesamt, Berlin 2019, disponibil la [https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Health-Expenditure/\\_node.html](https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Health-Expenditure/_node.html), accesat la data de 13.02.2020.

<sup>3</sup> European Commission – EU SCIENCE HUB, *Health Promotion and Disease Prevention*, 2017, <https://ec.europa.eu/jrc/en/health-knowledge-gateway/promotion-prevention>, accesat la data de 13.02.2020.

<sup>4</sup> Hector Pardo-Hernandez, Juan Tello, *GERMANY. Country case study on the integrated delivery of long-term care*, World Health Organisation – Regional Office for Europe, 2020, disponibil la [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/426386/05\\_DEU-LTC\\_web.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/426386/05_DEU-LTC_web.pdf?ua=1), accesat la data de 18.02.2020.

<sup>5</sup> Arne Björnberg, *Euro Health Consumer Index 2018*, Health Consumer Powerhouse Ltd., 2019, postat pe 25.02.2019, disponibil la <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>, accesat la data de 13.02.2020

<sup>6</sup> European Commission, *State of Health in the EU. Poland. Country Health Profile 2019*, disponibil la [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_poland\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_poland_english.pdf), accesat la data de 13.02.2020.

de profil. „Întrucât formarea profesioniștilor din domeniul sănătății poate dura timp, planificarea resurselor umane necesită acțiuni urgente, împreună cu atenția la politicile de recrutare și de retenție. În special, deficiențele de medici generaliști vor continua să reprezinte o provocare majoră pentru furnizarea eficientă a asistenței primare”.

Dar trebuie ținut cont de faptul că nu doar fostele țări comuniste se confruntă cu astfel de probleme. De exemplu, în Germania, care are cel mai performant sistem de sănătate din Europa, rata mare a populației în vârstă pune o presiune importantă pe serviciile spitalicești atât în ceea ce privește internările, cât și ambulatoriul de specialitate, iar dacă în orașele mari nu sunt probleme, în cele mici, spitalele sunt insuficient dotate cu aparatură medicală și cu personal de specialitate: „Utilizarea îngrijirilor atât în regim intern, cât și în ambulatoriu în Germania este substanțială și duce la aprovizionare excesivă, în special în unele zone urbane. Numărul mare de servicii furnizate într-un spațiu internat ridică anumite îndoieli cu privire la adecvarea acestor modele de utilizare. Germania are încă cel mai mare raport de paturi de spital pe populație din UE, iar ratele de externare spitalicească au crescut semnificativ în ultimii ani (parțial reflectând îmbătrânirea populației). Serviciile sunt furnizate în multe spitale mici și deseori slab echipate, ceea ce duce la o calitate mai mică a serviciului medical. Factorii de decizie sunt conștienți de această problemă și reformele sunt în discuție pentru a promova centralizarea și specializarea spitalelor”<sup>7</sup>.

Putem constata faptul că probleme există în toate sistemele de sănătate din Europa, acestea fiind generate nu doar de lipsa de coerență în managementul lor, ci de problemele țărilor europene în ansamblu: criza demografică, migrație ș.a. Pe acest fundal european, sistemul de sănătate românesc încă trăiește criza schimbării de model.

### **Sistemul românesc: de la Semashko la Bismarck**

România a intrat în perioada postcomunistă cu un sistem de sănătate bazat în totalitate pe principiile Semashko, asemenea tuturor țărilor din spațiul est-european. Odată cu căderea regimului comunist, s-a pus problema aplicării unuia din celelalte două sisteme ce funcționau în Europa. Descentralizarea instituțională coroborată cu multiplele posibilități tehnologice și de afaceri și liberalizarea serviciilor au deschis calea către tranziția la un sistem de sănătate mixt. Ministerul Sănătății din primii ani de după căderea regimului comunist a optat pentru implementarea, cu o serie de amendamente, a sistemului german de sănătate, considerat a fi unul dintre cele mai performante din Europa.

---

<sup>7</sup> European Commission, *State of Health in the EU. Germany. Country Health Profile 2019*, disponibil la [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_de\\_english.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_de_english.pdf), accesat la 13.02.2020.

Prima lege votată de Parlamentul României privind reforma în sănătate a fost Legea nr. 145 din 24 iulie 1997<sup>8</sup>, care, la art. 1 alin. ( 2), prevedea: „Asigurările sociale de sănătate sunt obligatorii și funcționează descentralizat, pe baza principiului solidarității și subsidiarității în colectarea și utilizarea fondurilor, precum și a dreptului alegerii libere de către asigurați a medicului, a unității sanitare și a casei de asigurări de sănătate”. Prin această lege s-au introdus cotele obligatorii de asigurare achitate de contribuitori, fixate în funcție de veniturile acestora. Potrivit principiului solidarității sociale, toți cetățenii, indiferent de venituri, au dreptul, prevăzut și în Constituția României la art. 34, la ocrotirea sănătății. Principiul solidarității în baza căruia funcționează asigurările sociale de sănătate din România este similar unui sistem larg răspândit în lume: asigurările sociale prin transferuri în flux, numite și „redistributive”, funcționând pe principiul „plătești pe măsură ce câștigi”. Trebuie menționat faptul că asigurările redistributive se bazează pe solidaritatea atât între generații, cât și între persoanele din aceeași generație (generația activă susține prin contribuții asigurările beneficiarilor actuali, urmând ca și ea, la rândul ei, să fie susținută de generațiile active ce îi urmează).

Sistemul de sănătate românesc din ultimii 30 de ani a fost vitregit din cauza unei alocări de fonduri insuficiente, a unei slabe modernizări a infrastructurii existente și a lipsei unor investiții semnificative în noi elemente de infrastructură. Potrivit *Raportului ECHI* al Comisiei Europene din 2019, „Cheltuielile pentru sănătate în România sunt cele mai scăzute din UE atât pe cap de locuitor (1 029 EUR, media UE fiind de 2 884 EUR), cât și ca procent din PIB (5% față de 9,8% în UE). Ponderea cheltuielilor pentru sănătate finanțate din bani publici (79,5%) este în concordanță cu media UE (79,3%) și, deși plățile directe sunt în general scăzute, cu excepția cheltuielilor pentru medicamentele prescrise în cadrul asistenței medicale ambulatorii, plățile informale sunt deopotrivă substanțiale și răspândite. În termeni absoluți, cheltuielile din toate sectoarele sunt scăzute, iar sistemul de sănătate este subfinanțat într-o măsură semnificativă”<sup>9</sup>.

Dacă ne oprim asupra investițiilor, observăm că subfinanțarea nu este cauzată doar de nivelul coborât al performanței economice a societății. De exemplu, proiectul construirii unor spitale regionale s-a dovedit în practică extrem de greu de concretizat atât din cauza sistemelor birocratice național și european, cât și din cauza unei stări de confuzie întreținute de instituțiile abilitate ale României privind sursele de finanțare ale

---

<sup>8</sup> Legea nr. 145 din 24 iulie 1997, *Monitorul Oficial al României* nr. 178/31 iulie 1997, disponibilă la [http://www.cdep.ro/pls/legis/legis\\_pck.htm\\_act\\_text?id=2557](http://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.htm_act_text?id=2557), accesat la 12.02.2020.

<sup>9</sup> European Commission, *State of Health in the EU. Romania. Profilul de țară din 2019*, p. 9, accesibil la [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019\\_chp\\_romania\\_romanian.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_romania_romanian.pdf), accesat la 13.02.2020.

acestor proiecte: este cunoscut doar faptul că se vor realiza parțial cu fonduri europene, iar restul va fi realizat printr-un parteneriat public-privat al Ministerului Sănătății cu Banca Europeană de Investiții<sup>10</sup>.

Deși reformele succesive ale sistemului de sănătate din România au făcut trecerea spre arondarea la sistemul de sănătate de tip german, unele dintre vechile linii directoare au fost păstrate din considerentul că sistemul de tip Semashko este unul care, chiar dacă este bazat pe planificarea centralizată, oferă accesul la îngrijire al tuturor cetățenilor.

Potrivit *Strategiei Naționale de Sănătate*<sup>11</sup>, „România este una din țările europene cu cele mai înalte niveluri ale sărăciei. Circa 42% din populația României este la risc de sărăcie și excluziune socială, nivel depășit în UE-27 doar de Bulgaria (Eurostat, AROPE, 2013). Rata sărăciei relative a atins 17,9% în 2011, după o evoluție relativ stabilă în 2009-2010 (MMFPSPV, 2011). În perioada de criză a crescut rata sărăciei absolute de la 4,4% în 2009 la 5% din populație în 2011. În anul 2011, 3,81 milioane de români se aflau sub pragul de sărăcie relativă 14 și 1,08 milioane erau afectați de sărăcie severă. Rata sărăciei extreme a scăzut de la 0,9% la 0,6% în intervalul 2010-2011”. După cum putem observa, *Strategia* aflată pe masa guvernanților operează pe baza unor cifre depășite, valabile în urmă cu 9 ani. Se impune o reactualizare a acesteia, întrucât noile date ar putea arăta dacă mai există un argument pentru păstrarea unor elemente din sistemul sanitar de factură socialistă.

România are al doilea cel mai slab sistem de sănătate din Europa după Albania, din cauza problemelor grave de management al sistemului public, a infrastructurii medicale învechite și a discriminării grupurilor minoritare la îngrijirea medicală, arată raportul *Euro Health Consumer Index 2018*<sup>12</sup>. Acesta este realizat pe baza a șase indicatori principali: drepturile pacienților și informarea lor, accesibilitatea sistemului de sănătate pentru populație, rezultatele sistemului de sănătate, diversitatea și disponibilitatea serviciilor de sănătate, prevenire și accesul la produse farmaceutice. Astfel, dintre cele 35 de state europene monitorizate în cadrul raportului pe 2018, România se află pe locul al 34-lea după calitatea sistemului de sănătate, la fel ca în raportul pe 2017. Sistemul de sănătate din România a primit 549 de puncte, puțin peste scorul Albaniei (544 de puncte), dar sub scorul primit de Ungaria (565 de puncte) sau Polonia (585 de puncte). România a primit scoruri mai mari la accesibilitate (175 de puncte) și rezultate (133 de puncte), dar scoruri foarte mici la produse farmaceutice (39 de puncte), disponibilitatea serviciilor (52 de puncte) și prevenire (54 de puncte). Statele europene cu cele mai bune sisteme de sănătate sunt considerate a fi Elveția (893 de puncte),

---

<sup>10</sup> Ministerul Fondurilor Europene, *Finanțarea europeană pentru spitalele regionale continuă*, postat pe 15 octombrie 2019, disponibil la <http://mfe.gov.ro/finantarea-europeana-pentru-spitalele-regionale-continua>, accesat la data de 13.02.2020.

<sup>11</sup> Guvernul României, „Strategia Națională de Sănătate 2014-2020”, publicată în *Monitorul Oficial al României* nr. 891/8 decembrie 2014, disponibilă la <http://legislatie.just.ro/Public/DetailiiDocumentAfis/173679>, accesat la 13.02.2020.

<sup>12</sup> *Euro Health Consumer Index 2018*, p. 19, ed. cit.

Olanda (883 de puncte) și Norvegia (857 de puncte). Autorii raportului consideră că, cu cât este mai mare rata internărilor în spital, cu atât este mai învechită structura îngrijirii medicale. Dacă olandezii, elvețienii și italienii preferă internări de lungă durată în spital, o fac pentru că își permit acest lucru. Bulgarii, românii și albanezii nu pot suporta astfel de costuri, spune raportul, care consideră că aceste trei state au nevoie de asistență profesionistă pentru a-și restructura sistemul de sănătate.

Dacă în țările din Vest observăm că sistemele de sănătate sunt centrate pe reducerea cheltuielilor prin programe de prevenție a bolilor, remarcăm că sistemul de sănătate românesc continuă să se bazeze pe asistență spitalicească drept principală metodă de intervenție, după cum precizează și Comisia Europeană în comunicatul *Starea sănătății în UE – trecerea la prevenție și la asistența medicală primară – tendința cea mai importantă în țările comunității europene*<sup>13</sup>.

În prezent, în România, în conformitate cu art. 230 al Legii nr. 95/2006<sup>14</sup>, „asigurații beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare”. Asigurații au următoarele drepturi: să aleagă furnizorul de servicii medicale, precum și casa de asigurări de sănătate la care se asigură; să fie înscriși pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, suportând cheltuielile de transport dacă opțiunea este pentru un medic din altă localitate; să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia, să beneficieze de pachetul de servicii de bază în mod nediscriminatoriu; să beneficieze de rambursarea tuturor cheltuielilor efectuate pe perioada spitalizării, la care ar fi fost îndreptățiți fără contribuție personală; să efectueze controale profilactice; să beneficieze de servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății; să beneficieze de servicii medicale în ambulatorii și în spitale aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate; să beneficieze de servicii medicale de urgență; să beneficieze de unele servicii de asistență stomatologică și de tratament fizioterapeutic și de recuperare; să beneficieze de dispozitive medicale ș.a. Cât privește asigurații care optează să beneficieze de unele servicii medicale ale furnizorilor privați care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate, în regim de spitalizare continuă, ambulatoriu clinic de specialitate și ambulatoriu paraclinic, art. 230, alin. 2-1 arată că „aceștia pot plăti o contribuție personală pentru a acoperi diferența dintre tarifele serviciilor medicale acordate de furnizorii privați și tarifele suportate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de

---

<sup>13</sup> Comisia Europeană, *Starea sănătății în UE - trecerea la prevenție și la asistența medicală primară - tendința cea mai importantă în țările Comunității Europene*, 28.11.2019, disponibil la [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/ro/IP\\_19\\_6336](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/ro/IP_19_6336), accesat la 16.02.2020.

<sup>14</sup> „Legea nr. 95/2006”, republicată în *Monitorul Oficial al României*, nr. 652 din 28 august 2015, disponibilă la <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139>, accesat la 16.02.2020.



sănătate decontate de casele de asigurări de sănătate”. Serviciile medicale pentru care asigurații plătesc contribuțiile personale se stabilesc prin contractul-cadru, aprobat prin Hotărâre de Guvern.

Sistemul medical din România îndeplinește o parte dintre standardele și valorile comunității internaționale stabilite în actul de constituire a Organizației Mondiale a Sănătății<sup>15</sup>, însă pe unele paliere încă este necesară creionarea unor programe și măsuri de îmbunătățire și aliniere la acestea. Și mă refer în principal la responsabilitatea statului față de sănătatea publică, context în care ar fi de dorit ca puterea legislativă și executivă să ia în considerare la modul prioritar alocarea unui procent mai mare din PIB destinat sănătății – în majoritatea țărilor central-europene acesta se încadrează la niveluri uneori chiar duble față de cel de 5% din România (ca să dăm doar două exemple: Slovacia – 9% și Germania – 11% din PIB)<sup>16</sup>.

Reglementările existente au permis înființarea și prestarea de servicii medicale și furnizorilor privați pe anumite segmente, care pot fi decontate din bugetul Programelor Naționale de Sănătate (așa cum se întâmplă în cazul Programului Național de Supleere a Funcției Renale la Bolnavii cu Insuficiență Renală). Accesul la serviciile medicale oferite în sistem privat nu este îngădit sub nici o formă pacienților, aceștia putând să-și aleagă atât medicul, cât și instituția prestatoare. Totuși, cea mai parte a opțiunilor pacienților se va îndrepta, logic, spre sistemul de sănătate public, dat fiind faptul că în acest moment instituțiile spitalicești sunt mai numeroase decât cele private, care reprezintă mai puțin de un sfert din totalul celor de stat.

Recenta propunere legislativă privind accesul instituțiilor spitalicești private la fondurile sistemului de asigurări de sănătate în mod similar instituțiilor de stat a creat o uriașă controversă la nivelul societății civile, nu puține fiind vocile care au contestat impactul benefic al unei astfel de măsuri și criteriile cu privire la stabilirea unor norme echitabile de finanțare, care să nu afecteze asigurarea dreptului pacienților de a beneficia de servicii medicale. Echitatea presupune corectarea inegalităților din sănătate astfel încât oamenii să fie tratați corect, în funcție de nevoi. Spre exemplu, în prezent, unitățile private pot să refuze acordarea de servicii medicale pacienților la care riscul de complicații potențial ridicat poate previziona o depășire a unui plafon prestabilit al cheltuielilor. Același lucru nu poate fi luat în considerare în cazul unităților publice, care trebuie să acorde asistență de specialitate tuturor solicitanților, fără să ia în considerare aspectele legate de costurile potențiale ulterioare.

Un aspect care a contribuit sistematic la „autosabotarea” sistemului medical de stat este desfășurarea în paralel a activității personalului medico-sanitar, atât în instituțiile publice, cât și în cele private. Se impune

---

<sup>15</sup> World Health Organisation, *World Health Organisation Constitution*, disponibil la <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>, accesat la data de 17.02.2020.

<sup>16</sup> European Commission, *State of Health in the EU. Companion Report 2019*, disponibil la [https://ec.europa.eu/health/state/country\\_profiles\\_ro](https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_ro), accesat la data de 17.02.2020.

clarificarea din punct de vedere legislativ a acestui aspect pentru a nu mai permite apariția situațiilor în care un serviciu este plătit încă o dată de pacient, la cabinetul privat, deși el este efectuat practic în unitatea publică. În plus, pacientul trebuie să beneficieze de posibilitatea de a opta benevol în care dintre sisteme solicită îngrijirile medicale. În acest sens, sistemele sociale și de sănătate trebuie să fie capabile să asimileze opțiunile diferite ale pacienților și să se implice doar la nivel de recomandări medicale în procesul de luare în comun a deciziilor. De aceea, consider esențială reglementarea strictă a condițiilor în care personalul medical își poate desfășura activitatea în sectorul privat și în cel public, pentru a evita competiția inechitabilă și conflictul de interese potențial al angajaților din cele două sisteme, care se desfășoară de cele mai multe ori în detrimentul sistemului public și, implicit, al pacienților.

Sistemele de sănătate sunt entități dinamice a căror funcționare depinde de rezultatul unor numeroase interacțiuni. Un rezultat performant al acestor interacțiuni depinde la rândul său de modelele de politici, mecanisme de furnizare a serviciilor medicale și mecanismele de control. Având un sistem mixt de sănătate, consider de bun augur dezvoltarea palierului de îngrijiri de sănătate în privat, deoarece o societate democratică, cu o economie funcțională aflată în parametrii competitivi în cadrul economiilor europene, presupune și o stratificare socială, iar cetățenii cu venituri peste medie au astfel posibilitatea să opteze pentru servicii medicale ultraperformante sau de mai bună calitate din sistemul privat. În același timp, având o economie de piață liberă, este normal ca unii investitori să poată opta pentru deschiderea de afaceri în domeniul sănătății. Însă în acest context se impune o scurtă observație: cu certitudine o afacere, fie ea și în domeniul sănătății, rămâne o afacere care în ultimă instanță – nu-i așa? – trebuie să se dovedească aducătoare de profit. De aceea, în condițiile în care marea parte a populației României nu dispune de resurse financiare îndestulătoare, sistemul public de sănătate trebuie să rămână principala componentă a sistemului național, cel privat fiind o alternativă benefică și de preferat a fi gândit și structurat în complementaritate cu sistemul public.

## **Concluzii**

O prioritate a sistemului de sănătate din România este rapida elaborare a pachetului de servicii de bază de sănătate acordate în sistemul public și în sistemul privat (pentru furnizorii de servicii medicale care solicită contractarea din fondurile publice ale CNAS) și stabilirea procentului din costul serviciilor medicale ce va fi suportat de stat în cadrul contractelor de tip public-privat. Un lucru este cert: serviciile medicale performante costă mult, caz în care e de înțeles dorința investitorilor din sistemul privat de a-și recupera costurile, dar, în același timp, ținând cont de profilul de țară și de situația financiară precară a unei mari părți

a societății, nici statul nu își poate permite să facă din boală o sursă de profit pentru sistemul privat.

De asemenea, cred că se impune o alocare substanțială de fonduri guvernamentale în programe destinate educației pentru sănătatea populației și în implementarea măsurilor de medicină preventivă. În același timp, autoritățile competente ar trebui să acorde o mai mare atenție faptului că factorii de risc comportamentali sunt numeroși (de exemplu, alimentația deficitară și lipsa activității fizice, fumatul și consumul de alcool) și reprezintă o amenințare serioasă la adresa sănătății populației, amenințare ce poate deveni pe termen lung chiar o problemă de securitate națională.

Pe agenda de priorități trebuie să se găsească regândirea strategiei de modernizare și re tehnologizare a infrastructurii medicale publice și o eficientizare a costurilor privind asigurarea logisticii și livrarea serviciilor medicale. Modernizarea sistemului de sănătate din România este de maximă urgență și nu poate avea loc decât prin modificări legislative de substanță, care privesc pe de o parte sănătatea publică, iar pe de altă parte finanțarea acțiunilor de sănătate. Prin consultarea și implicarea tuturor actorilor din sistemul de sănătate – Ministerul Sănătății, autorități locale, furnizori publici și privați de servicii medicale, ONG-uri etc. – se vor putea identifica soluțiile cele mai bune, care în final nu pot duce decât la creșterea calității serviciilor medicale și la îmbunătățirea stării de sănătate a populației.

## **Bibliografie**

### **Rapoarte oficiale**

BJÖRNBERG, Arne, *Euro Health Consumer Index 2018*, Health Consumer Powerhouse Ltd., 2019, disponibil la <https://healthpowerhouse.com>.

COMISIA EUROPEANĂ, *Starea sănătății în UE – trecerea la prevenție și la asistența medicală primară – tendința cea mai importantă în țările Comunității Europene*, 28.11.2019, disponibil la <https://ec.europa.eu>.

EUROPEAN COMMISSION – EU SCIENCE HUB, *Health Promotion and Disease Prevention*, 2017, disponibil la <https://ec.europa>.

EUROPEAN COMMISSION, *State of Health in the EU. Germany. Country Health Profile 2019*, disponibil la <https://ec.europa.eu>.

EUROPEAN COMMISSION, *State of Health in the EU. Poland. Country Health Profile 2019*, disponibil la <https://ec.europa.eu>.

EUROPEAN COMMISSION, *State of Health in the EU. România. Profilul de țară din 2019*, disponibil la <https://ec.europa.eu>.

H-Care, *Sistemele de sănătate din UE și sursele lor de finanțare*, 2015, disponibil la <http://www.healthcaresales.eu>.

PARDO-HERNANDEZ, Hector; TELLO, Juan, *GERMANY. Country case study on the integrated delivery of long-term care*, World Health Organisation – Regional Office for Europe, 2020, disponibil la <http://www.euro.who.int>.

## **Documente**

\*\*\*, *Statistisches Bundesamt*, Berlin, 2019, disponibil la <https://www.destatis.de>.

European Commission, *State of Health in the EU. Companion Report 2019*.

Guvernul României, „Strategia Națională de Sănătate 2014-2020”, publicată în *Monitorul Oficial al României*, nr. 891/8 decembrie 2014.

Ministerul Fondurilor Europene, *Finanțarea europeană pentru spitalele regionale continuă*, postat pe 15 octombrie 2019, disponibil la <http://mfe.gov.ro>.

World Health Organization, *World Health Organisation Constitution*, disponibil la <http://apps.who.int>.

## **Legislație**

Legea nr. 145/24 iulie 1997, în *Monitorul Oficial al României*, nr. 178/31 iulie 1997.

Legea nr. 95/2006, republicată în *Monitorul Oficial al României*, nr. 652 din 28 august 2015.