

Evoluția raportului public-privat în sistemul de sănătate din România postcomunistă

[The evolution of the public-private relationship within the health system of post-communist Romania]

Oana MIRON

Abstract: *In this article, my intention is to analyse the way the national health system of Post-communist Romania evolved from the relationship public-private point of view. In order to attain such an analysis and to have a good understanding of this sinuous evolution from Semashko to Bismarck model, I will concentrate, in the first section of my article, over the specific manner that allowed the metamorphosis of the legislative framework, so as to ensure the phased transition from a centralized model of the public health system to a liberal one. In the second section you will find an analysis of the reforms that the health system in Post-communist Romania went through, the final section having the role of emphasizing the role played, in this transitive context, by the National House of Health Insurance.*

Keywords: *transitive model, health system, Semashko model, Bismarck model, Post-communist Romania, reforms.*

Introducere

Sistemul național românesc de sănătate a cunoscut o evoluție sinuoasă după căderea regimului comunist, parcurgând tranziția de la modelul Semașko, adoptat de regimul comunist pe filieră sovietică, către modelul Bismarck, cu adaptările specifice „democrației originale”. În studiul de față voi analiza evoluția raportului public-privat în sistemul de sănătate din România postcomunistă.

În prima secțiune voi prezenta modul în care s-a metamorfozat cadrul legislativ astfel încât să permită trecerea etapizată de la modelul Semașko, specific unei societăți centralizate, la modelul Bismarck, adoptat și de alte state din Europa Centrală și de Est ieșite din comunism. Apoi, voi prezenta seria de reforme prin care a trecut sistemul de sănătate din România postcomunistă. În final, voi analiza rolul jucat de Casa Națională a Asigurărilor de Sănătate.

Evoluția cadrului legislativ

Sistemul de sănătate funcțional în România anilor '90 nu a cunoscut schimbări imediate, acestea fiind realizate progresiv. Pentru început, a fost necesară reglementarea noilor realități din societatea democratică, lucru realizat prin: *Legea nr. 74/1995 privind exercitarea profesiei de medic, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România*¹; *Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind Organizarea cabinetelor medicale*², cu modificările și completările ulterioare; *Legea 46/2003, referitoare la Drepturile pacientului*; *Ordinul nr. 914 din 26 iulie 2006*³ pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare, *Hotărârea Guvernului nr. 862/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice*⁴ etc. Însă *Legea privind asigurările de sănătate*⁵, din anul 1997, și *Legea privind reforma în sănătate*⁶, din anul 2006, au reprezentat pilonii rearanjării sistemului sanitar din România. După cum se arată într-un raport din 2015, „scopul reformei era acela de a crea un sistem de asigurări sociale de sănătate descentralizat și pluralist, în cadrul căruia cetățenii urmau să contribuie în baza veniturilor obținute de aceștia la fondurile pentru asigurări de sănătate care urmau să achiziționeze servicii de la furnizorii de servicii de sănătate pe o piață pe care calitatea și siguranța ar fi reglementată cu atenție de către o entitate independentă”⁷.

Totodată, s-a stabilit că asigurările sociale, plătite, ca astăzi, atât de angajatori, cât și de angajați, constituiau principalul mijloc de asigurare a ocrotirii sănătății⁸, contributivitatea celor două categorii sociale reprezentând „principalele componente ale fondului de asigurări

¹*Legea nr. 74/1995 privind exercitarea profesiei de medic, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România*, publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 149, din 14 iulie 1995.

²*Ordonanța Guvernului nr. 124/1998 privind Organizarea și funcționarea cabinetelor medicale*, publicată în M. Of., Partea I, nr. 328, din 29 august 1998. Acest act normativ a făcut obiectul mai multor modificări și completări ulterioare.

³*Ordinul nr. 914 din 26 iulie 2006 pentru aprobarea normelor privind condițiile pe care trebuie să le îndeplinească un spital în vederea obținerii autorizației sanitare de funcționare*, publicat în M. Of. nr. 695 din 15 august 2006.

⁴*Hotărârea Guvernului nr. 862/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice*, publicată în M. Of. nr. 590 din 7 iulie 2006.

⁵*Legea nr. 145/1997 a asigurărilor sociale de sănătate*, publicată în M. Of. nr. 178/31 din iul. 1997, art. 6.

⁶*Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății*, publicată în Monitorul Oficial nr. 372/28 din aprilie 2006.

⁷Marcelo Bortman (coordonator al echipei Băncii Mondiale), Raportul *Analiza Funcțională a Sectorului de Sănătate în România*, proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Dezvoltarea Capacității Administrative, beneficiar Secretariatul General al Guvernului, 2015, p. 9.

⁸Florin Marius Pavelescu, *Sănătatea publică din România în perioada 1919-2015*, Institutul Național de Cercetări Economice, Academia Română, București, 2018, p. 17.

sociale de sănătate”⁹. Actul legislativ mai prevedea, la Art.1, și „posibilitatea organizării altor forme de asigurări de sănătate private”¹⁰, facultative.

În luna iulie 1999, a fost adoptată Legea 146 privind organizarea, funcționarea și finanțarea spitalelor, care menționa, la Art.13, că „spitalele publice și private funcționează pe principiul autonomiei financiare, elaborează și execută bugete proprii de venituri și cheltuieli”¹¹. Totodată, se specifica faptul că urmau să fie supuse periodic la evaluări referitoare la îndeplinirea cerințelor de calitate a serviciilor medicale și că unitățile sanitare private se înființează și se desființează cu avizul Ministerului Sănătății, conform legilor în vigoare. Astfel, se deschidea un nou orizont de așteptare spre o îmbunătățire a actului medical, datorată de această dată pieței concurențiale. Dacă în anul 2000, la nivel național, existau doar trei spitale private, numărul acestora a ajuns la 159 în 2020¹². Pe de altă parte, a fost definită și delimitată sfera de cuprindere a asistenței medicale, faptul că aceasta este garantată de stat. Se menționa că spitalele pot fi publice sau private, că au personalitate juridică și că este necesar să fie supuse unei evaluări referitoare la îndeplinirea cerințelor de calitate a serviciilor medicale (Art. nr.7).

O dată cu adoptarea Legii nr. 146/1999, spitalele au devenit furnizori de servicii de sănătate, deschizând astfel calea spre o piață concurențială în care câștigă cele care oferă un management eficient ce se reflectă în utilizarea resurselor și în calitatea actului medical. Spitalele, publice sau private, au ajuns în acest moment să ducă o luptă acerbă nu doar pentru contracte medicale încheiate cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, ci și pentru pacienți. Din punctul nostru de vedere, o instituție spitalicească va fi mai atractivă pentru un pacient dacă pachetul de servicii propus va cuprinde o plajă cât mai largă de specializări, de la examene de laborator, investigații imagistice și specialități diverse.

Legea asigurărilor sociale de sănătate a reprezentat punctul de plecare într-o reformă a sistemului sanitar ce trebuia să se alinieze la *aquis*-ul comunitar în perspectiva aderării României la organisme europene. La art. 1 și 2, legiuitorul aprecia că „asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de ocrotire a sănătății populației”, iar acestea „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

⁹*Ibidem*, p. 17.

¹⁰*Legea nr.145/1997a asigurărilor sociale de sănătate*, publicată în M. Of. nr. 178/31 iulie 1997.

¹¹*Legea nr. 146 din 27 iulie 1999 privind organizarea, funcționarea și finanțarea spitalelor*, publicată în Monitorul Oficial al României, nr. 370 din 3 august 1999.

¹²<http://statistici.insse.ro:8077/tempo-online/#/pages/tables/insse-table>.

medicului, a unității sanitare și a casei de asigurări de sănătate”. Prin această lege, la articolul 52, s-a introdus cota obligatorie de 7% aplicată la venitul brut al persoanei asigurate.

În același timp, în acord cu prevederile Constituției României, legea stabilea și un principiu al solidarității sociale, conform căruia toți cetățenii, indiferent de venituri, au dreptul la ocrotirea sănătății. Acest principiu al solidarității sociale, larg răspândit în lume, se referă și la transferul de răspundere comună între generații. Legea deschidea, însă, calea și spre o alternativă la asigurarea obligatorie de stat, respectiv asigurarea facultativă de sănătate, specificând faptul că „pot funcționa și alte forme de asigurări de sănătate care acoperă riscuri individuale, în diferite situații speciale. Se pot organiza și societăți private de asigurări de sănătate. Aceste asigurări nu sunt obligatorii”, potrivit art. 1 alin. 3 al actului normativ.

Fiecare cetățean salariat contribuie lunar la fondul asigurărilor de sănătate, contribuția fiind plătită de către angajator. Textul legii precizează, însă, că anumite categorii de persoane beneficiază de asigurarea de sănătate „fără plata contribuției: copiii și tinerii până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, studenți sau ucenici și dacă nu realizează venituri din muncă; b) persoanele cu handicap care nu realizează venituri din muncă sau se află în grija familiei; c) soțul, soția, părinții și bunicii, fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate; d) persoanele ale căror drepturi sunt stabilite prin Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum și celor deportate în străinătate și constituite în prizonieri, prin Legea nr. 44/1994 privind veteranii de război, precum și unele drepturi ale invalizilor și văduvelor de război, precum și persoanele prevăzute la art. 2 din Legea nr. 42/1990 pentru cinstirea eroilor-martiri și acordarea unor drepturi urmașilor acestora, răniților, precum și luptătorilor pentru victoria Revoluției din decembrie 1989, dacă nu realizează alte venituri decât cele provenite din drepturile bănești acordate de aceste legi, precum și cele provenite din pensii”¹³.

Administrarea fondului de asigurări sociale de sănătate se realizează, potrivit legii, prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate și prin casele de asigurări de sănătate județene și a municipiului București. În schimbul contribuției lunare, asiguratul are dreptul la îngrijire medicală, în caz de boală sau accident, până la vindecare¹⁴: „Îngrijirea medicală acordată asiguraților se realizează prin servicii medicale, după cum urmează: a) servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;

¹³Legea nr.145/1997 a asigurărilor sociale de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României, nr. 178/31 iulie 1997, art. 6.

¹⁴Ibidem, art. 12, alin. 1.

b) servicii medicale ambulatorii; c) servicii medicale spitalicești; d) servicii de asistență stomatologică; e) servicii medicale de urgență; f) servicii medicale complementare pentru reabilitare; g) asistența medicală pre-, intra- și postnatală; h) îngrijiri medicale la domiciliu; i) medicamente, materiale sanitare, proteze și orteze”¹⁵. Există, însă, și servicii medicale care nu sunt decontate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, respectiv „servicii medicale în cazul bolilor profesionale, al accidentelor de muncă, unele servicii medicale de înaltă performanță; unele servicii de asistență stomatologică; asistența medicală curativă la locul de muncă și servicii hoteliere cu grad înalt de confort”¹⁶.

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).

Legea nr. 145/1997 a fost modificată succesiv prin OUG nr.30/1998, OUG nr. 72/1998, OUG nr.180/2000, iar în noiembrie 2002 a fost abrogată de OUG nr. 150/2002, însă a reprezentat un punct de plecare în crearea unui sistem de asigurări de sănătate descentralizat, transformându-l într-un sistem predominant de tip Bismarck, caracterizat prin cote obligatorii de asigurare fixate în funcție de veniturile contribuitorilor.

Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003 sau *Legea drepturilor pacientului*¹⁷, cu modificările ulterioare, definește noțiunea de „pacient”, respectiv acea persoană sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate, precum și alte denumiri folosite în actul normativ, precum „discriminare”, „intervenții medicale”, „îngrijiri terminale” sau „reprezentant legal”¹⁸. Pacientul are dreptul să fie respectat ca persoană umană, fără discriminare, să fie îngrijit la cele mai înalte standarde de calitate „de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale”¹⁹, de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza, despre identitatea și statutul profesional al furnizorilor de servicii de sănătate și cu privire la regulile și obiceiurile pe care trebuie să le respecte pe

¹⁵*Idem*.

¹⁶*Idem*, art. 14.

¹⁷*Lege nr. 46 din 21 ianuarie 2003*, publicată în Monitorul Oficial al României, nr. 51, din 29 ianuarie 2003.

¹⁸*Ibidem*, art. 1.

¹⁹*Idem*, art. 2.

durata spitalizării²⁰. De asemenea, pacientul are dreptul „de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic”. Un alt articol important pentru pacienți este acela care subliniază că aceștia pot solicita și „altă opinie medicală”²¹. În același timp, pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală, acest lucru fiind posibil doar în scris, în nume propriu sau în numele altei persoane, în calitate de reprezentant legal sau persoană desemnată în anumite condiții. De asemenea, pacientul are acces la datele medicale personale sau poate desemna, prin acord scris, o altă persoană care să aibă acces deplin atât în timpul vieții, cât și după decesul pacientului²².

Ulterior, actul legislativ a fost completat cu mai multe articole referitoare la persoanele asigurate, astfel: „pacienții asigurați prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate au dreptul la investigații gratuite de screening la justa solicitare proprie din momentul încadrării în grupul de risc sau pe baza unei trimeri de la medicul specialist”²³. Informațiile aduse la cunoștința pacientului trebuie să se facă într-un limbaj respectuos și clar, în limba maternă, iar pentru cetățenii străini într-o limbă de circulație internațională. Textul legii a fost completat și cu articolul 36.1, potrivit căruia „niciunui pacient nu i se va refuza dreptul la îngrijiri medicale din cauza neînregistrării nașterii sale în actele de stare civilă”.

Odată cu adoptarea acestor legi s-au realizat progrese semnificative, însă multe dintre trăsăturile vechiului sistem au continuat să persiste mai ales din cauza subfinanțării acestui sector și a lipsei de viziune cauzată de schimbările succesive ale miniștrilor Sănătății. În perioada ianuarie 1990-august 2005, spre exemplu, la conducerea Ministerului Sănătății s-au succedat nu mai puțin de 14 miniștri, membri ai partidelor de pe întreg eșichierul politic. A urmat o oarecare stabilitate la conducerea ministerului, timp de trei ani, începând cu luna august a anului 2005, când Eugen Nicolăescu a primit misiunea de a reforma sistemul sanitar (mai ales) în perspectiva aderării României la Uniunea Europeană.

Reformele sistemului de sănătate

²⁰*Idem*, art. 4, 5.

²¹*Idem*, art. 11.

²²*Idem*, art. 24.

²³*Idem*.

Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății (cu modificările ulterioare) a reprezentat „reglementarea domeniului sănătății publice, obiectiv de interes social major”²⁴, deoarece au fost stabilite politicile de sănătate publică pe mai multe domenii de intervenție: a) prevenirea, supravegherea și controlul bolilor transmisibile și netransmisibile; b) monitorizarea stării de sănătate; c) promovarea sănătății și educația pentru sănătate; d) sănătate ocupațională; e) sănătatea în relație cu mediul; f) reglementarea primară și secundară în domeniul sănătății publice; g) managementul sănătății publice; h) servicii de sănătate publice. Actul normativ a trasat principalele atribuții și responsabilități atât pentru Ministerul Sănătății Publice, ca autoritate centrală în domeniul asistenței de sănătate publică, cât și pentru autoritățile de sănătate publică județene și a municipiului București și pentru inspecția sanitară de stat care se organizează pe domenii specifice de activitate.

Asistența medicală profilactică și curativă se asigură, conform legii, „prin cabinetele medicale ambulatorii ale medicilor de familie și de alte specialități, centre de diagnostic și tratament, centre medicale, de sănătate, laboratoare, precum și prin alte unități sanitare publice și private și prin unități publice și private cu paturi”²⁵ (spitale sau alte stabilimente). Activitatea medicală de recuperare „se asigură prin unitățile de profil”, iar asistența medicală de urgență „se asigură de unități specializate de urgență și transport public sau privat, precum și prin structurile de primire a urgențelor organizate în acest scop”²⁶. Asistența medicală preventivă din colectivitățile de copii preșcolari, școlari și studenți se asigură prin cabinetele medicale organizate, conform legii, în unitățile de învățământ, sau prin cabinetele individuale ale medicilor de familie, după caz. Finanțarea activităților de asistență de sănătate publică se face, potrivit legii, de la bugetul de stat, de la bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, de la bugetele locale, din venituri proprii, fonduri externe rambursabile și nerambursabile, contracte cu terții, precum și din contribuții personale și plăți directe, după caz.

Asistența farmaceutică se asigură, potrivit legii, „în cadrul sistemului de sănătate publică”, prin prepararea și eliberarea medicamentelor și a altor produse stabilite prin ordin al ministrului sănătății publice. Punerea pe piață a medicamentelor și „activitatea de farmacovigilență”²⁷ sunt, și ele, reglementate conform legilor. Tot prin legea reformei sanitare se stipulau programele naționale de sănătate, atribuțiile fiecărei instituții responsabile de

²⁴Lege nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial nr. 372/28 aprilie 2006.

²⁵Ibidem, art. 29.

²⁶Idem, art. 30, art. 31.

²⁷Idem, art. 35.

derularea acestora, precum și sursele de finanțare. Actul normativ reglementa și domeniul asistenței medicale primare asigurate prin rețeaua medicilor de familie; aceasta se acordă în contextul unei relații continue cu pacienții, în prezența bolii sau în absența acesteia²⁸.

Deși înființarea cabinetelor individuale era deja reglementată în alt act normativ (Ordonanța nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale), Legea nr. 95/2006 aducea lămuriri cu privire la metodologia și criteriile după care se pot acredita, la modalitățile de finanțare, la serviciile pe care le furnizează pacienților asigurați și neasigurați. În aceeași lege este reglementat sistemul național de asistență medicală de urgență și de prim ajutor calificat, fiind trasate în mod clar și diferențiat atât asistența medicală publică de urgență, cât și asistența medicală privată de urgență. În ceea ce privește asistența medicală publică de urgență, sunt incluse serviciile mobile de urgență, reanimare și descarcerare (SMURD), care a cunoscut o dezvoltare majoră începând cu anul 2001, când a fost deschis primul dispecerat integrat 112, care deservea, ca acum, Pompierii, Poliția, Ambulanța și SMURD. Cele mai multe stații județene SMURD au fost înființate începând cu anul 2007.

Un alt capitol important al Legii nr. 95 îl reprezenta asistența medicală comunitară, care cuprindea „ansamblul de activități și servicii de sănătate organizate la nivelul comunității” cu scopul de a soluționa „problemele medico-sociale” ale individului în mediul său de viață, prin aplicarea unor programe și servicii integrate. Organizarea, funcționarea și finanțarea spitalelor au fost și ele reglementate în aceeași lege, în sensul că managerul persoană fizică (sau reprezentantul desemnat de managerul persoană juridică) „trebuie să fie absolvent al unei instituții de învățământ superior și al unor cursuri de perfecționare în management sau management sanitar, aprobate de Ministerul Sănătății Publice și stabilite prin ordin al ministrului sănătății publice”²⁹. La începutul lunii iunie 2010, Guvernul României, la propunerea Ministerului Sănătății, aproba actele normative privind derularea procesului de descentralizare a spitalelor, respectiv Ordonanța de Urgență pentru modificarea și completarea unor acte normative din domeniul sănătății în vederea descentralizării și cel al Hotărârii de Guvern privind aprobarea Listei unităților sanitare publice cu paturi pentru care se transferă managementul asistenței medicale către autoritățile administrației publice locale și către Primăria Municipiului București. Se dorea, astfel, transferul către autoritățile locale a peste 85% din unitățile sanitare aflate în sistemul public. În cifre, acest lucru însemna 373 de unități dintr-un total de 435. În rețeaua Ministerului Sănătății rămâneau 62 unități sanitare de interes național, respectiv institute publice și spitale clinice județene de urgență din marile centre

²⁸*Idem*, art. 59.

²⁹*Idem*, art. 178.

universitare. Managementul spitalelor era preluat de către autoritățile administrației publice locale, care dețineau proprietatea imobilului. Prin descentralizare, Ministerul Sănătății „își consolidează rolul firesc, acela de strateg și formator de politici publice, și va ceda rolul de administrator comunităților care cunosc și sunt aproape de nevoile cetățenilor pe care îi reprezintă”³⁰. Printre liniile trasate de modificarea legislației trebuie subliniat faptul că managerul urma să semneze contractul de management cu conducerea Consiliului Județean, respectiv a Primăriei și, foarte important, erau achitate toate datoriile pe care le aveau la acel moment unitățile sanitare, creându-se astfel premisa unui „nou început cu responsabilitatea aferentă”³¹.

Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății a produs o schimbare la momentul respectiv, ca urmare a armonizării legislației și a adaptării ei la *acquis*-ul comunitar, în perspectiva aderării României la Uniunea Europeană. În același timp, importanța acestei legi deriva și din faptul că erau definite principalele domenii de intervenție ale asistenței de sănătate publică (calificată ca fiind de importanță majoră), se stabileau anumite principii ale asistenței de sănătate publică, iar în dreptul fiecărei instituții de sănătate publică erau trasate atribuții și responsabilități. Așadar, se poate considera că impactul legii care reglementa domeniul sănătății publice la vremea respectivă a fost unul semnificativ, însă nu și suficient, după cum s-a putut observa ulterior, date fiind modificările și completările survenite.

Din aceeași perspectivă a reformării sistemului de sănătate, la 1 ianuarie 2013 intra în testare programul pilot de introducere a cardului electronic de sănătate, de la 1 mai 2015, acesta devenind unicul instrument de validare și decontare a serviciilor medicale în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru persoanele cu vârsta de peste 18 ani³². Copiii cu vârsta de până la 18 ani beneficiază de servicii medicale gratuite conform legii. Cardul național de sănătate primit de asigurat conține doar datele de identificare ale asiguratului: numele și prenumele, codul unic de identificare în sistemul de asigurări sociale de sănătate, numărul de identificare al cardului național de asigurări sociale de sănătate (CID), data nașterii și termenul de valabilitate al cardului (5 ani). Doar la cererea asiguratului, medicul de familie poate inscripționa pe cardul de sănătate date medicale. După activare, cardul de sănătate va fi prezentat ori de câte ori asiguratul apelează la furnizorii aflați în contract cu casa de asigurări

³⁰<http://old.ms.ro/index.php?pag=62&id=8374&pg=1> (accesat pe 19 decembrie 2021).

³¹*Ibidem*.

³²<http://cas.cnas.ro/page/cardul-national-de-asigurari-de-sanatate-2.html> (accesat pe 20 mai 2022).

de sănătate pentru servicii medicale sau farmaceutice. S-a dorit în acest fel o transparentizare a actului medical, în special a serviciilor medicale/farmaceutice furnizate asiguraților.

Cu excepția introducerii cardului de sănătate (2015), a descentralizării administrării spitalelor publice (2010) și a lansării sistemului integrat pentru asigurările de sănătate (2010), în perioada 2009-2015 au fost operate modificări legislative al căror scop principal a fost eficientizarea utilizării finanțărilor sistemului de sănătate publică, dar și corelarea acestora cu bunele practici din statele Uniunii Europene³³. Ca exemple în acest sens, pot fi menționate introducerea taxei de *claw-back* și recalcularea prețului de referință pentru medicamentele prescrise (2009), închiderea unor spitale care nu îndeplineau standardele pentru desfășurarea activității (2011) și introducerea rețetei electronice pentru medicamentele compensate (2012). Legea nr. 95/2006 în domeniul sănătății, cu cele 863 de articole, cu modificările și completările ulterioare, a marcat nu doar o reformă a sistemului de sănătate, punând în acord toate reglementările în vigoare până la acea dată și anticipând, totodată, provocările odată cu aderarea României la Uniunea Europeană, ci a și rămas până astăzi baza legislativă pentru sistemul de asigurări sociale de sănătate și a întregului sistem sanitar.

Rolul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

În anul 1997 a fost adoptată *Legea nr. 145 a asigurărilor sociale de sănătate*, act legislativ care a reprezentat începutul reformei sanitare și care a presupus reorganizarea serviciilor de sănătate și a sistemului de finanțare a acestora. Până la acea dată, sistemul de ocrotire a sănătății a fost coordonat în mod centralizat de către Ministerul Sănătății prin cele 41 de direcții sanitare județene și direcția sanitară a municipiului București și era constituit dintr-o rețea de spitale, policlinici, dispensare și alte unități sanitare³⁴. Legea a fost construită pe modelul de asigurări tip Bismarck, bazat pe principiul solidarității, cu asigurare de sănătate obligatorie. Într-o primă fază, de tranziție, pe parcursul anului 1998, fondurile de asigurare au fost administrate de Direcțiile Sanitare Județene și Ministerul Sănătății. La 1 ianuarie 1999, rolul de administrator a fost luat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS), instituție publică autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, al cărei principal obiect de activitate îl reprezintă asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului

³³Florin Marius Pavelescu, *op. cit.*

³⁴www.cnas.ro.

asigurărilor sociale de sănătate din România³⁵. Așadar, CNAS are misiunea de a realiza un sistem de asigurări sociale de sănătate modern și eficient, în slujba cetățeanului și de aceea poate „propune, cu avizul Ministerului Sănătății Publice, proiecte de acte normative pentru asigurarea funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate și acordă aviz conform proiectelor de acte normative care au incidență asupra Fondului”³⁶.

Printre atribuțiile CNAS stipulate prin lege se numără următoarele: elaborarea și actualizarea Registrului unic de evidență a asiguraților; asigurarea și organizarea sistemului informatic și informațional unic integrat pentru înregistrarea asiguraților și pentru gestionarea și administrarea Fondului; elaborarea strategiei sistemului de asigurări sociale de sănătate cu privire la colectarea contribuțiilor de asigurări sociale de sănătate care se află în administrarea CNAS, potrivit competențelor stabilite de lege, precum și cu privire la utilizarea și administrarea acestuia în condițiile legii; participă la stabilirea obiectivelor programelor de sănătate publică, în colaborare cu Ministerul Sănătății Publice, Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România, reprezentanți ai asiguraților, spitalelor și clinicilor universitare, ai unităților de cercetare, ai organizațiilor neguvernamentale, ai sindicatelor și patronatelor, ai ministerelor și instituțiilor centrale cu rețea sanitară proprie³⁷.

De asemenea, CNAS „elaborează și stabilește, împreună cu Ministerul Sănătății Publice, prin comisiile organizate la nivel național, metodologia și nivelul de evaluare a furnizorilor de servicii medicale, de dispozitive medicale și medicamente; elaborează împreună cu Ministerul Sănătății Publice criteriile privind calitatea asistenței medicale acordate asiguraților referitoare la diagnostic și tratamentul medico-chirurgical și stomatologic; elaborează condițiile privind acordarea asistenței medicale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, cu consultarea Colegiului Medicilor din România și a Colegiului Medicilor Dentiști din România; participă anual și ori de câte ori este nevoie la elaborarea listei de medicamente eliberate cu sau fără contribuție personală, pe baza prescripțiilor medicale, pentru persoanele asigurate; monitorizează și controlează modalitatea de eliberare a medicamentelor compensate și gratuite; acordă gratuit informații, consultanță și asistență în domeniul asigurărilor sociale de sănătate persoanelor asigurate, angajatorilor și furnizorilor de servicii medicale”³⁸.

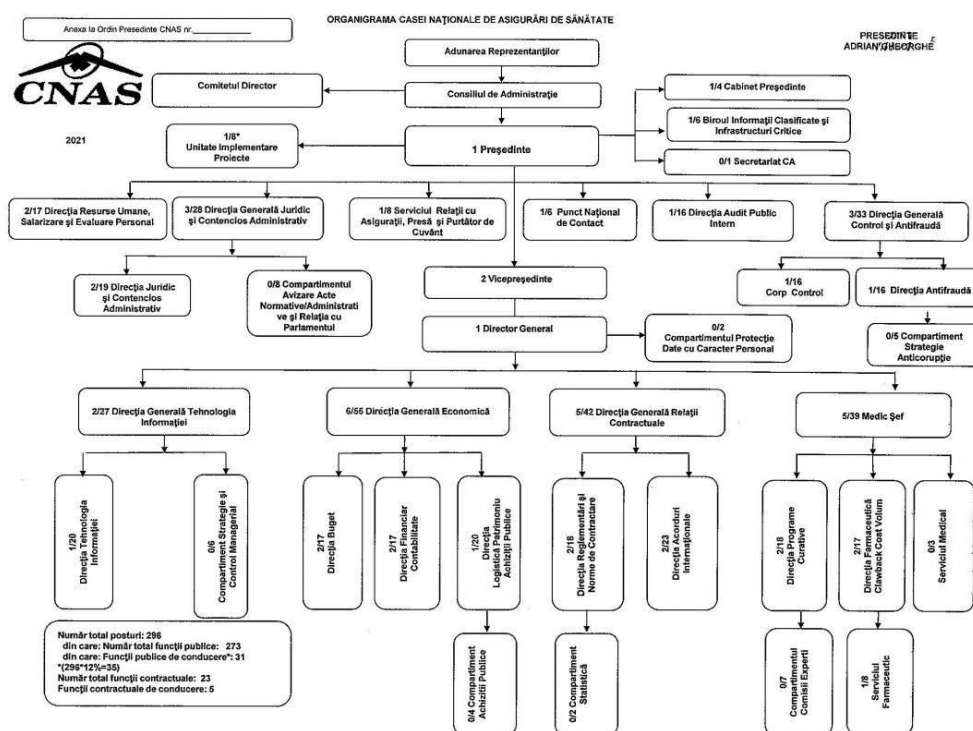
³⁵*Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate din 26.07.2006, parte integrantă a HG 972/2006, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 680 din 8 august 2006, art. 1.*

³⁶*Ibidem*, art. 5.

³⁷*Idem*.

³⁸*Idem*.

Figura nr. 1. Organigrama Casei Naționale a Asigurărilor de Sănătate (CNAS)



Sursa: www.cnas.ro

În raport cu asigurații, CNAS are stabilite prin lege o serie de relații care „au la bază mai multe principii: alegerea liberă de către asigurați a casei de asigurări; solidaritatea și subsidiaritatea în constituirea și utilizarea fondurilor; participarea obligatorie la plata contribuției de asigurări sociale de sănătate pentru formarea Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, denumit în continuare Fond; acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, conform legii; transparența activității sistemului de asigurări sociale de sănătate; confidențialitatea datelor, în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul”³⁹.

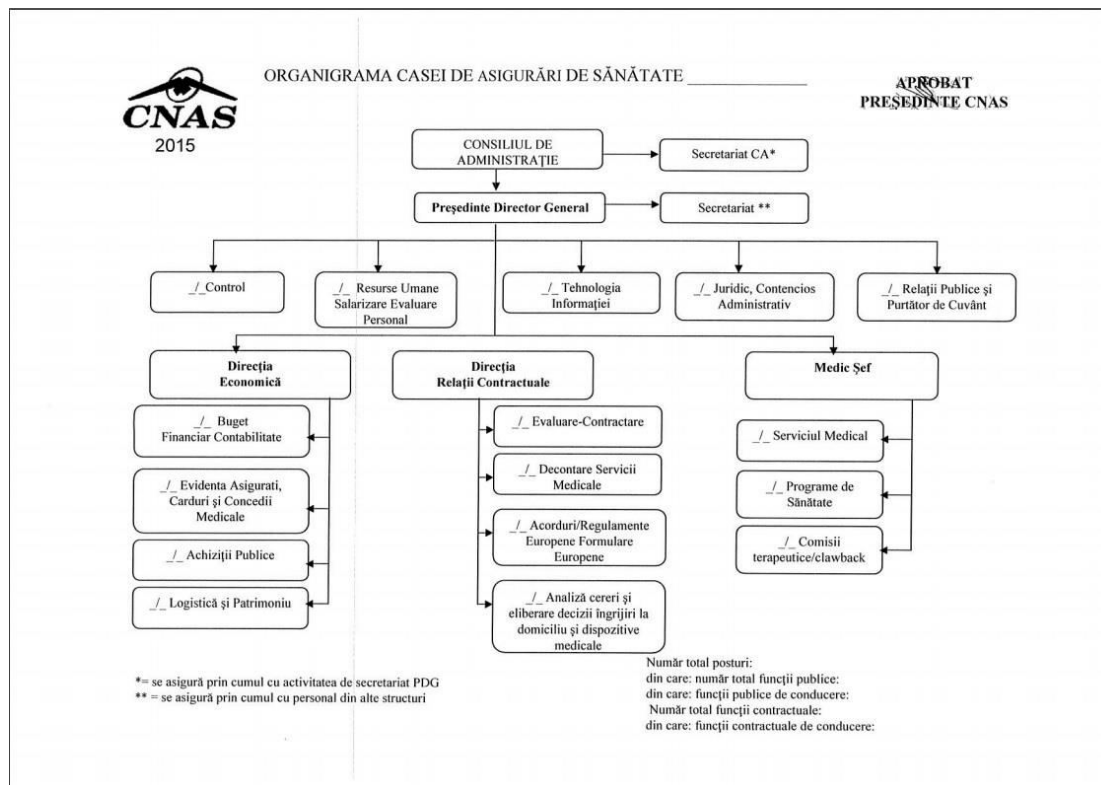
Asigurații beneficiază de anumite drepturi stabilite prin lege, respectiv dreptul de a fi informat cel puțin o dată pe an, prin casele de asigurări, asupra serviciilor de care beneficiază, modalității de plată și nivelul de contribuție personală. În schimb, asiguratul are obligația să încheie contracte de asigurare cu casele, direct sau prin intermediul angajatorului, iar calitatea de asigurat și drepturile care derivă încetează odată cu pierderea dreptului de domiciliu sau de ședere în România⁴⁰.

³⁹Idem, art. 4.

⁴⁰Idem.

În subordinea CNAS sunt 43 de case de asigurări de sănătate, 42 având statut județean și o casă cu statut special, anume Casa de Asigurări de Sănătate a Armatei, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești (CASA OPSNAJ).

Figura nr. 2. Organigrama cadru a Casei Județene a Asigurărilor de Sănătate



Sursa: www.cnas.ro

Concluzii

Evoluția sistemului de sănătate din România postcomunistă a fost una sinuoasă, depinzând contextual de evoluția societală în ansamblu. Adoptarea unui „model tranzitiv” a implicat necesare adaptări de parcurs, ceea ce a produs, în anumite momente, fie ambiguități legislative, fie dificultăți procesuale în funcționalitatea sistemului ca atare. Au existat, desigur, așa cum am încercat să relev pe parcursul acestui articol, și salturi de etapă, mai cu seamă sub imperiul condiționalității europene, care au însemnat, totodată, și importanți pași înainte spre dezvoltarea unui model al sistemului de sănătate în acord cu standardele occidentale. Cu toate acestea, din perspectiva raportului public-privat, sistemul românesc de sănătate publică este încă în postura de a necesita ameliorări în viitorul apropiat.

Bibliografie:

BORTMAN, Marcelo, *Analiza Funcțională a Sectorului Sănătate în România*, raport în cadrul unui proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Dezvoltarea Capacității Administrative, beneficiar Secretariatul General al Guvernului.

PAVELESCU, Florin Marius, *Sănătatea publică din România în perioada 1919-2015*, Institutul Național de Cercetări Economice, Academia Română, București, 2018.

***, *Legea nr. 145 din 24 iulie 1997 a asigurărilor sociale de sănătate*.

***, *Legea nr. 46 din 21 ianuarie 2003*, Monitorul Oficial nr. 51, 29 ianuarie 2003.

***, *Legea nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății*, Monitorul Oficial nr. 372/28 aprilie 2006.

***, *Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate* din 26.07.2006, parte integrantă a HG 972/2006, Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 680, 8 august 2006.

<http://old.ms.ro/index.php?pag=62&id=8374&pg=1> (accesat la data de 19 decembrie 2021).

www.cnas.ro.

www.insse.ro.