

SISTEMUL PUBLIC DE SERVICII MEDICALE DIN ROMÂNIA ÎN CONTEXT EUROPEAN

MARIANA STANCIU

Reforma sistemului public de servicii medicale din România, inițiată în anul 1998, dar nefinalizată până în prezent, nu a făcut decât să multiplice costurile sociale ale acestor servicii, pe fondul accentuării calității lor precare, simultan cu reducerea treptată a accesului unei părți tot mai ridicate a populației la acestea. După 15 ani de reformă, România se situează încă pe locul ultim între țările Uniunii Europene în privința calității serviciilor medicale publice. Cu toate acestea, mulți specialiști în finanțe din România continuă să creadă că doar schimbarea modalităților de finanțare a serviciilor medicale poate determina reușita reformării sistemului. Articolul de față relevă starea actuală a sistemului și unele puncte necesare de intervenție, în sensul creșterii calității prestațiilor medicale. Sunt indicate și unele soluții pe care sistemele medicale mai performante ale țărilor din UE le-au adoptat pentru înlăturarea unor probleme specifice.

Cuvinte-cheie: servicii medicale publice, reformă, calitate.

INTRODUCERE: FACTORII DE IMPACT ASUPRA SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI

În societatea actuală, sistemele publice de servicii medicale sunt, prin excelență, sisteme deschise, care, în cele mai multe cazuri, își desfășoară activitatea în medii sociale intens solicitante. Odată cu creșterea extraordinară a posibilităților de tratament oferite de industria farmaceutică și noile tehnologii medicale, cererea de servicii s-a multiplicat exponențial. Ca funcție a stării de sănătate a populației, cererea de servicii poate exercita o presiune mai mare sau mai mică asupra performanțelor unui sistem medical, starea de sănătate fiind, la rândul său, o rezultată a influenței unui număr mare de factori.

Marc Lalonde (1974) – fost ministru al sănătății și bunăstării canadian – analizând conceptul de „domeniu al sănătății” (*health field*), a precizat că „asistența medicală” (*health care*) este doar un segment al acestuia. El a identificat patru categorii de factori ce pot afecta „starea de sănătate”:

– *biologia umană* – cu factorii *sănătății fizice și mentale*, corelați cu *moștenirea genetică*;

Adresa de contact a autorului: Mariana Stanciu, Institutul de Cercetare a Calității Vieții al Academiei Române, Calea 13 Septembrie, nr. 13, sector 5, 050711, București, România, e-mail: mariana1stanciu@yahoo.com.

– *mediul exterior* – cu *factorii de influență externi corpului fizic*, asupra cărora persoana nu are sau are puțin control – incluzând toți factorii, începând de la mediul natural până la mediul psihosocial;

– *stilul de viață* – cu *factori aflați sub controlul deplin al persoanei*, ce pot contribui la menținerea stării de sănătate, ori pot cauza îmbolnăvirea sau decesul persoanei în cauză;

– *sistemul public de servicii medicale* – cu factorii ce decurg din (ne)aplicarea unor *politici medicale*, sau din *calitatea practicii și asistenței medicale*.

Lalonde a precizat *sfera de acțiune și responsabilitatea serviciilor medicale*, atribuind o responsabilitate mai mare beneficiarilor de servicii medicale, care, prin comportamentul lor, pot influența decisiv propria sănătate și sănătatea comunitară.

Potrivit lui Lalonde, peste jumătate din influențele asupra *stării de sănătate*, decurg din *nivelul de trai*, care este inclus în categoria factorilor ce țin de *mediul exterior*. Un rol accentuat (15–20%) în condiționarea sănătății revine și *calității serviciilor medicale* (Lalonde, 1974).

Prin Programul de Monitorizare a Sănătății Publice al Comunității Europene inițiat în perioada 2003–2008, a fost elaborată o listă de 88 de indicatori relevanți pentru domeniul sănătății publice, care precizează, alături de starea sănătății populațiilor europene, și viziunea, valorile și concepția europeană asupra sănătății publice (ECHI European Community Health Indicators). În etapa următoare a acestui program (2008–2013) s-a procedat la consolidarea sistemului de indicatori (prin acțiuni de verificare practică) în scopul realizării unui sistem durabil european de monitorizare a sănătății publice. Unii dintre cei 88 de indicatori sunt deja implementați în sistemele de monitorizare europene. Indicatorii respectivi se situează sub forma unor răspunsuri la intersecția dintre politicile medicale și seriile de date care confirmă sau nu oportunitatea politicilor respective.

Lista de indicatori ECHI include:

– ***indicatori demografici și socioeconomi***: populația pe sexe/vârste, rata nașterilor, distribuția vârstei mamelor, rata fertilității, prognoze populaționale, nivelul de educație al populației, nivelul de ocupare, șomajul, populația situată sub pragul sărăciei, inegalități ale veniturilor;

– ***indicatori privind statusul sănătății***: speranța de viață, speranța de viață după nivelul de educație, mortalitatea infantilă, rata mortalității perinatale, mortalitatea specifică pe afecțiuni, decese corelate cu consumul de droguri, decese corelate cu fumatul, decese corelate cu consumul de alcool, excesul de mortalitate corelat cu valurile de caniculă, boli transmisibile (selecție), HIV/SIDA, incidența cancerului, incidența prin diabet, demența, depresia, infarctul miocardic acut, atacul cerebral, astmul, afecțiunile pulmonare, greutatea scăzută la naștere, răniri de diverse categorii, tentative de sinucidere, percepția populației asupra propriei sănătăți, morbiditatea cronică, limite funcționale, dureri musculare, stresul/bunăstarea psihologică, ani de viață sănătoasă, speranța de viață sănătoasă;

– ***indicatori privind determinanții sănătății***: indicele masei corporale, tensiunea arterială, obiceiul de a fuma, fumatul în cazul femeilor însărcinate, consumul total

de alcool, consumul de fructe, consumul de vegetale, alăptarea copilului la sân, activitatea fizică, riscuri la adresa sănătății corelate cu munca, suportul social, expunerea la agenți de poluare (10 categorii de agenți);

– **indicatori privind intervenții asupra stării de sănătate – serviciile medicale:** acoperirea prin vaccinare a copiilor, rata vaccinării antigripă a persoanelor vârstnice, monitorizarea cancerului de sân, monitorizarea cancerului de colon, prima vizită la medic a femeii gravide, număr de paturi în spitale, număr de medici angajați, număr de asistente medicale angajate, mobilitatea specialiștilor în domeniul medical, număr de ieșiri din spital pe categorii de diagnostic, cazuri ameliorate în ambulatoriu pe categorii de diagnostic, număr de internări în spital pe categorii de diagnostic, solicitări ale medicului generalist declarate de pacienți/înregistrate de medici, număr de solicitări ale pacienților adresate sectorului medical (ambulatoriu, stomatologie etc.), intervenții chirurgicale, medicină internă – număr de consultații acordate pacienților, mobilitatea pacienților, acoperirea prin asigurări medicale, cheltuielile cu sănătatea, rata supraviețuirii în cazurile de cancer, cazurile de internare în spital peste 30 de zile în cazurile de comotie cerebrală, echitatea accesului la serviciile de sănătate (în ambulatoriu, la dentist etc.), timpul de așteptare pentru intervenția chirurgicală, infecții ale unor răni chirurgicale, calitatea tratamentului cancerului, controlul diabetului;

– **indicatori ai promovării sănătății:** politici de mediu antifumat și antiexpunere la fumul de țigară, politici de nutriție sănătoasă, politici și practici privind stilurile de viață sănătoase, programe integrate în diverse locații – la locurile de muncă, în școli, în spitale (European Commission, 2012).

MISIUNEA SERVICIILOR MEDICALE PUBLICE

În orice societate modernă, **sistemul public de servicii medicale are o importanță vitală**. Aceasta decurge din caracterul lui indispensabil, din investițiile mari în capitalul uman, din numărul ridicat al persoanelor deservite și din implicațiile capitale ale funcționării serviciilor medicale în toate domeniile vieții sociale.

Progresul tehnic impune schimbări și reforme tot mai frecvente și mai radicale ale serviciilor de sănătate. Mulți specialiști în finanțe tind să creadă că reformarea modalităților de finanțare a serviciilor medicale constituie cheia reușitei în structurarea unor sisteme medicale eficiente. Cuantumul și distribuția pe sectoare a finanțării sunt importante, dar acestea rezolvă doar o parte a problemei eficienței sociale a serviciilor medicale. O strategie de reformă realistă trebuie să aibă în vedere, deopotrivă, reglementarea sectorului public și privat, organizarea, producția și distribuția către beneficiari a serviciilor de sănătate și, nu în ultimul rând, acțiunile preventive.

Prin **importanța socială și consecințele intervenției** lor, serviciile de sănătate, serviciile medicale sau cele sanitare sunt *produse publice*. Serviciile respective nu ar putea funcționa satisfăcător prin mecanismele actuale ale pieței libere, din mai multe motive. Propensiunea relativ scăzută spre consumul de

servicii medicale a populației generează unele *externalități* ce pot determina *eșecul pieței în satisfacerea intereselor publice* de resort. De aceea, producerea unor asemenea servicii nu poate fi lăsată la inițiativa liberă a pieței care, în cel mai bun caz, le va oferi în cantități insuficiente sau în condiții de calitate necorespunzătoare cerințelor. Pe de altă parte, se pune și problema *asimetriei informării agenților cererii și ai ofertei* în privința oportunității angajării anumitor acte de consum. De aceea, în țările civilizate, guvernele au în atribuții adoptarea de *politici de sănătate și medico-sanitare aplicabile la nivel național*. Acestea stabilesc cine și în ce condiții deține responsabilitatea *înființării, administrării și controlării calității serviciilor pentru ocrotirea sănătății* la nivelul fiecărei comunități, cine, cum și cât plătește pentru *acoperirea costurilor serviciilor medicale*, cine, cum și cât produce în materie de *bunuri și servicii medicale strategice*.

Orice sistem public de servicii medicale are ca **obiectiv generic asigurarea sănătății populației prin metode specializate de tip preventiv și terapeutic**, rolul său concret configurându-se în funcție de capacitatea sa de prevenție, limitare și restrângere a incidenței îmbolnăvirilor. Concret însă, prea puțin se acționează preventiv, investindu-se mai mult în tratamente și recuperare. *Cererea de servicii medicale* este derivată din *cererea de sănătate* care, la rândul său, este condiționată prin *nivelul de educație, gradul de informare al populației* și, nu în ultimul rând, de *venitul disponibil pentru acest scop*.

Prin definiție, dintre *performanțele oricărui sistem de sănătate publică* nu pot lipsi:

- asigurarea calității și oportunității practicii și asistenței medicale;
- finanțarea eficientă și distribuția socială echitabilă a serviciilor;
- asigurarea serviciilor de urgență, în limitele unor costuri larg acceptate social.

Obiectivele sociale cele mai larg adoptate de serviciile medicale publice sunt:

- realizarea unui acces universal și egal la un pachet minim de servicii și la un nivel de calitate acceptabil;
- menținerea cheltuielilor pentru sănătate la un nivel larg acceptat social;
- utilizarea eficientă a resurselor intrate în sistem.

Investițiile în capitalul uman se inițiază atât la nivel societal, cât și la nivel individual. De regulă, oamenii investesc în propria lor educație și sănătate, pentru a atinge o stare de normalitate a vieții, pentru a putea desfășura o activitate utilă social, pentru a fi productivi, pentru a obține venituri și implicit un nivel ridicat al calității vieții. Ei nu sunt simpli consumatori de pe piață ai produselor/serviciilor adresate îngrijirii sănătății, ci, prin eforturi proprii, sunt și producători ai propriei sănătăți, prin alocarea unor resurse economice și de timp în acest sens.

Asigurarea calității serviciilor medicale vizează diferite dimensiuni ale sistemului:

- *calitatea clinică și securitatea epidemiologică* a sistemului;
- cultivarea acelor atribute ce determină *încrederea pacienților în sistem*;
- *asigurarea confidențialității* asupra serviciilor acordate;
- *asigurarea dreptului la corectă informare și la libertatea de alegere a pacienților*;

- *minimizarea birocrăției* impuse pacienților, furnizorilor și personalului de specialitate, la toate nivelurile sistemului;
- *dotarea sistemului* cu tehnică și instrumentar medical care să permită desfășurarea eficientă și non/minim invazivă a terapiilor și intervențiilor medicale necesare;
- *informatizarea cât mai avansată a sistemului*, în vederea creșterii gradului de informare a decidenților, reducerii corupției și fraudei, creșterii preciziei, oportunității și rapidității de intervenție a acestora.

Dificultăți frecvente ale sistemelor de îngrijire a sănătății. Toate țările în curs de dezvoltare se confruntă cu dificultăți majore în privința asigurării sănătății publice, cele mai frecvente derivând din:

- fondurile insuficiente pentru finanțarea serviciilor;
- accesul relativ restrâns al beneficiarilor de servicii medicale la unele produse farmaceutice;
- alocarea neoptimă în sistem a fondurilor colectate, în raport cu nevoile sociale;
- organizarea deficitară a distribuției serviciilor – accesul relativ redus al anumitor categorii de populație la informare, prevenție și asistență medicală.

Potrivit unor evaluări recente, „*sistemul de sănătate din estul Europei este bolnav, aflându-se într-un permanent du-te-vino de la modelul centralizat, la privatizare și înapoi. Sistemul de sănătate din estul Europei trebuie reformat. Acestea sunt câteva dintre concluziile jurnaliștilor austrieci, în urma unei analize realizate de cotidianul Wirtschaftsblatt, despre sistemele de sănătate din țările est-europene. Sănătatea este scumpă, iar despre modul în care trebuie finanțată și care sunt structurile de asigurare optime, rămân teme de discuție nu doar în Austria, ci și în majoritatea țărilor din Est. De la trecutul comunist comun al acestor țări, sistemul de sănătate s-a dezvoltat într-un mod diferit de la o țară la alta. Slovenia alocă 9,4% din PIB pentru sănătate și este de departe un elev model din acest punct de vedere, în timp ce în restul țărilor procentul nu depășește 7%. Bacșișul omniprezent, emigrarea medicilor și speranța de viață extrem de scăzută sunt realități în țările din Est, comentează jurnaliștii austrieci, care prezintă o «radiografie țară cu țară a situației»”. Cât despre sistemul românesc, „*acesta deține lanterna roșie în toate clasamentele europene privind sistemele de sănătate publică*” (Deak, 2012).*

Despre sistemele medicale est-europene se afirmă frecvent că ar fi, ca și cel din România, insuficient finanțate. Este drept, o strategie de finanțare optimă a sistemului medical public se poate dovedi, în sine, un mijloc eficient de reformare. Opțiunea de finanțare aleasă trebuie să fie compatibilă cu posibilitățile concrete ale sistemului economic finanțator, dar și cu scopurile sau obiectivele sociale urmărite. Creșterea costurilor îngrijirilor medicale este un fenomen general, prezent la scară mondială, fiind determinat de dezvoltarea tehnologiilor moderne tot mai scumpe, de apariția unor medicamente noi, de schimbările demografice și epidemiologice, de îmbătrânirea unei părți mari a populației, de reapariția unor boli infecțioase și parazitare în rural, de incidența mărită a unor boli cronice în urban.

MODELE EUROPENE DE SERVICII MEDICALE PUBLICE

Schimbările demografice de după anul 1990, precum și creșterea resurselor necesare susținerii sănătății publice, în cele mai multe țări, în ritmuri ce au depășit posibilitatea sau disponibilitatea publică de a le finanța, au readus în dezbatere problema modelelor de organizare și finanțare ale sistemelor medicale europene. Simultan cu *nevoile de bază ale sănătății populației*, au crescut și *aspirațiile de consum ale claselor de mijloc*, pe măsură ce acestea au dobândit niveluri tot mai ridicate ale veniturilor. Asemenea categorii de populație, tot mai consistente în vestul Europei, solicitând servicii tot mai performante, au orientat oferta spre angajarea unor costuri tot mai ridicate. Pe un asemenea fond, sistemele medicale publice vest și nord europene au căpătat un avans semnificativ, comparativ cu cele din sud și, mai ales, din estul continentului. Ca urmare, dezbateri intense pe tema modelelor adoptate și a modalităților de finanțare au avut loc atât în interiorul sistemelor existente, cât și la nivelul opiniei publice – atestând, astfel, interesul general ridicat față de aceste servicii.

În ultimul secol, în Europa s-au afirmat trei modele de sisteme medicale publice, având ca argumente principale *modalitatea de finanțare și organizarea ofertei*:

– *modelul Beveridge* – finanțat prin bugetul central al statului, organizat și gestionat de stat, din resurse colectate prin sistemul public de taxe și impozite; specialiștii din sistem sunt angajați ai statului, resursele din sistem fiind distribuite medicilor, în funcție de numărul pacienților tratați; reglementarea eligibilității – la nivelul medicinei preventive și primare – este de tip universalist; cererea de servicii medicale se poate dovedi, adesea, excesivă în raport cu resursele din sistem; orientarea și ponderarea cererii pentru serviciile de tip secundar este instituită la nivelul *medicilor de familie*, iar pentru serviciile de tip terțiar – prin *listele de așteptare*. Pacienții au dreptul de a-și alege medicul de familie și pot opta complementar pentru plata unor asigurări medicale private; deținătorii de asigurări private pot transcende, în anumite condiții, listele de așteptare. Criticile cele mai frecvente adresate modelului se referă la *limitele pachetului de servicii de bază*, la limitele resurselor alocate tratării anumitor afecțiuni, a consecințelor intervalelor prea lungi înscrise pe listele de așteptare, pentru populația care nu-și poate permite contractarea unor asigurări private. Un asemenea model este experimentat de Marea Britanie, Finlanda, Norvegia, Suedia ș.a.;

– *modelul Bismarck* – finanțat pe principiul asigurărilor sociale, prin cotizarea unei părți din venituri de către angajatorii și angajații în muncă; instituțiile care administrează fondurile de asigurări medicale sunt nonprofit, activitatea acestora este atent monitorizată la nivel public, fiind supusă frecvent unor critici din partea personalului medical sau a beneficiarilor de servicii (că nu se aplică în mod transparent anumite politici, că nu se realizează cea mai echitabilă redistribuție a resurselor ș.a.). Modelul Bismarck a fost preferat în țările unde masele de salariați au fost, pe termen lung, deosebit de consistente, deoarece colectarea fondurilor nu a întâmpinat dificultăți. Și în țările care aplică modelul Bismarck sunt utilizate resurse

de la bugetul public sau alte categorii de subvenții pentru finanțarea unor programe de sănătate publică. În prezent, criticile adresate acestui model au devenit extrem de vocale, din cauza dificultăților de colectare a resurselor, pe fondul creșterii șomajului și a îngustării bazei sociale de finanțare; modelul este experimentat de Germania, Austria, Olanda, Franța, Belgia ș.a.;

– *modelul Semashko* – apropiat, ca principiu generic de modelul Beveridge prin aceea că finanțarea, organizarea și gestionarea este efectuată de către stat, și de modelul Bismarck prin colectarea resurselor sub forma unor cote de participare la finanțare, aplicate unei mase salariale disciplinate și, de regulă, extinse; se deosebește de modelul Beveridge prin obligativitatea pacienților de a utiliza doar serviciile arondate în zona lor de rezidență, și de modelul Bismarck prin aceea că funcționează într-un mediu economic de unde asigurările medicale private lipsesc. A fost aplicat vreme de decenii în țările foste socialiste, cu rezultate diferite de la o țară la alta, și de la o epocă (de finanțare) la alta. Oricât de dezastruos a fost sistemul respectiv înainte de anul 1989, românii au ajuns să-l regrete de multe ori, mai ales după anul 1997, când reforma în sectorul medical românesc a căpătat amploare.

Cele mai multe dintre țările europene nu au adoptat, în formă pură, unul sau altul dintre modelele descrise mai sus, preferând variate mix-uri ale acestora. De aceea, modelele de sisteme medicale existente pot să pară tot atâtea câte națiuni europene există, deși principiile de bază ale acestora sunt relativ puține. De regulă, fiecare țară a ales o coordonată a sistemului căreia i-a acordat mai multă importanță și mai multe resurse, în funcție de strategia socială și ideologia politică avută în vedere, sacrificând inevitabil alte virtuți ale sistemului. Astfel, diferite țări au reglementat fie un acces universal la un pachet de servicii de bază, restul serviciilor prestându-se în funcție de limitele resurselor și de ordinea înscrisă pe lista de așteptare, fie au reglementat o mai mare libertate a opțiunilor consumatorilor de servicii, dar mărinzind costurile asigurărilor (contribuțiilor sau taxelor) și ale serviciilor. Această ultimă opțiune impune însă o diminuare a accesului beneficiarilor, pe criterii economice. SUA, de exemplu, dispune de un sistem tipic în această privință. Deși investește relativ mult în sănătate (în jur de 14% din PIB), circa 35 milioane de cetățeni nu pot beneficia nici de un pachet medical de bază, deoarece nu-și permit costul unei asigurări. La polul opus se situează modelul britanic, ce permite accesul universal la un pachet de servicii de bază, dar limitează opțiunile în planul ofertei de servicii terțiare. Totuși, sistemul britanic este unul dintre cele mai eficiente social și mai puțin costisitoare din UE, chiar dacă peste un milion de pacienți sunt înscrși pe listele de așteptare pentru diferite intervenții (Vlădescu, coord., 2004). Afirmații de genul – modelul x este preferabil modelului y – sunt discutabile. Nici unul dintre modele nu poate depăși *per se* tarele funcționale ale unui management de sistem precar, ori vidul de politici medicale, sau oportunitatea discutabilă a unor politici. Practica socială a demonstrat că niciun sistem medical nu poate fi mai performant decât aparatul său managerial și statul care îl reglementează și finanțează. Precaritatea unor instituții fundamentale ale statului se resimte, de regulă, în eficacitatea colectării și atragerii resurselor necesare serviciilor medicale, în adoptarea unor politici medicale echitabile și adecvate situației sociale a populației, în

organizarea adecvată a ofertei publice în profil teritorial ori în punerea resurselor la lucru în sistem. De aceea, deși sistemele medicale se pot clasifica potrivit multor criterii, criteriul cel mai elocvent este *eficiența cu care sistemul mobilizează și utilizează resursele* în scopuri sanitar-medicale. Din această perspectivă, eurobarometrele aplicate succesiv în ultimii ani populațiilor europene relevă că, *în pofida investirii de mari de resurse în sistemele medicale din țările UE, există o insatisfacție relativ ridicată a populației, legată de finanțarea și promptitudinea furnizării serviciilor medicale*. Asemenea insatisfacții pot avea la bază unele performanțe mai scăzute sau unele cazuri concrete de eșec ale sistemelor sau practicienilor, dar și existența unui nivel ridicat al aspirațiilor.

MODELUL ROMÂNESC ȘI REFORMA SISTEMULUI

La sfârșitul anului 1989, sistemul medical din România era structurat potrivit modelului *Semashko*. Acesta funcționa în condiții destul de precare, nu atât din cauza organizării și finanțării centralizate, cât din cauza volumului redus de resurse ce intrau în sistem. Situația respectivă a persistat, totuși, încă șapte ani după schimbarea regimului politic din decembrie 1989.

Din anul 1994, vechiul model a suferit numeroase transformări, per ansamblu, destul de ezitante. La început au fost introduse unele elemente de tip *Beveridge* în opt județe, odată cu instituirea medicilor de familie ca interfață între serviciile primare și cele secundare/terțiare.

Din anul 1997, când, prin Legea nr. 145/1997, au fost adoptate noi măsuri de reformă, în sistem a devenit dominant modelul *Bismarck* –, prin cotele obligatorii de asigurare achitate de contribuitori, fixate în funcție de veniturile acestora. Intrarea în vigoare a *Legii asigurărilor de sănătate* a avut loc în anul 1999.

După anul 2004, ca și în cazul asigurărilor de stat pentru pensii, modelul românesc al serviciilor medicale publice s-a dovedit tot mai puțin adecvat noilor evoluții demografice și de pe piața muncii, din cauza dificultăților în colectarea resurselor, a bazei social-economice tot mai restrânse de contribuție, din cauza prea numeroaselor solicitărilor cu titlu gratuit a serviciilor medicale ș.a.

Totuși, în pofida finanțării insuficiente și a orientării prevalente spre modelul de tip *Bismarck*, sistemul și-a menținut, într-o oarecare măsură, caracterul social afirmat înainte de anul 1989. Mai multe categorii de populație beneficiază gratuit de servicii, fără compensarea cheltuielilor corespunzătoare din partea statului. Practic însă, categorii sociale destul de consistente, în caz de nevoie, nu pot accesa serviciile medicale din diverse motive.

Instituțiile fundamentale ale sistemului public de sănătate din România sunt:

- Casa Națională a Asigurărilor de Sănătate, cu reprezentanța sa teritorială;
- Ministerul Sănătății;
- Colegiul Medicilor din România;
- rețeaua publică de servicii (spitale, policlinici, laboratoare, dispensare, farmacii ș.a.).

Roluri decisive în finanțarea și organizarea ofertei de servicii medicale au și:

- Ministerul Finanțelor Publice;
- administrația locală și regională (consiliile locale și prefecturile);
- Ministerul Muncii și Solidarității Sociale.

Resursele colectate la fondul național de asigurări de sănătate se constituie pe următoarele căi:

- din contribuții ale angajaților sau ale altor persoane ce realizează venituri;
- din contribuții ale angajatorilor, sub forma unor cote de participare;
- din contribuții ale bugetului public la finanțarea unor programe naționale de

sănătate.

Circulația resurselor în sistem se desfășoară astfel:

– angajații, angajatorii, alți realizatori de venituri, alți contributory participă la constituirea Fondului Național de Asigurări de Sănătate (FNAS);

– resursele din FNAS sunt transferate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate către Casele Județene;

– Casele Județene de Asigurări de Sănătate decontează către medici contravaloarea serviciilor medicale prestate;

– Casele Județene de Asigurări de Sănătate contribuie și la constituirea unui fond de redistribuire a resurselor din sistem;

– Bugetul Public de Stat transferă resurse către prestatorii de servicii medicale, pentru susținerea programelor naționale de sănătate;

– beneficiarii efectuează și plăți directe pentru unele servicii și medicamente.

STAREA ACTUALĂ A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE PUBLICĂ DIN ROMÂNIA

Indicele european al sănătății (*Euro Health Consumer Index – EHCI*) este un evaluator-standard al performanțelor sistemelor medicale europene. Este publicat anual de *Health Consumer Powerhouse (2012)* în Suedia, începând din anul 2005. În clasamentul utilizat sunt incluse și șapte state din afara UE. Acest indice pune în valoare interesele consumatorilor de servicii medicale prin intermediul a 42 de indicatori, vizând cinci domenii: 1) drepturile pacienților și informarea acestora, 2) accesibilitatea la servicii, 3) rezultatele sistemului, 4) orientarea preventivă/varietatea și generozitatea sistemului, 5) accesul la medicamente.

Per ansamblu, în țările europene, EHCI indică o situație bună, rezultatele și condițiile oferite de cele mai multe sisteme fiind mai bune de la an la an. Criza financiară de după 2008 nu a afectat prea mult sistemele medicale din Europa. Deși de mai multe decenii, în Europa s-a vorbit despre reducerea calității serviciilor medicale și reducerea finanțării acestora, de fapt, a avut loc o creștere a calității și o creștere a finanțării acestor servicii.

Indicele european al sănătății pune în lumină unele fenomene apărute în urma crizei financiare:

- creșterea timpului de așteptare în vederea accesării unor intervenții chirurgicale costisitoare, mai ales în țările puternic afectate de criză;
- creșterea ponderii costurilor directe suportate de beneficiarii de servicii medicale;
- diminuarea ritmului de realizare a noi medicamente;
- reducerea accesului populației la medicamentele noi.

În plus, indiferent de situația lor economică, multe țări europene sunt cunoscute ca teritorii predilecte ale infecțiilor intraspitalicești. La jumătate dintre cele 34 de țări evaluate, EHCI a semnalat *cod roșu de alertă referitor la riscul de infecție*.

Pentru România, *indicele EHCI* arată că, în pofida contribuției financiare a UE, din ultimii ani, la reformarea sistemului medical național, acesta nu dă semne de schimbare în bine.

Evaluarea performanțelor diferitelor sisteme medicale naționale este realizată pe o scară ce cuprinde trei grade pentru fiecare indicator (bine, așa și așa, nu așa de bine). Pentru *bine* se acordă 3 puncte, pentru *așa și așa* – 2 puncte, pentru *nu așa de bine* – 1 punct.

Tabelul nr. 1

Rangul indicelui european al sănătății (EHCI) pentru unele țări europene, în anul 2012

	Subdiscipline						Scor total	Rangul EHCI
	Drepturile pacienților și informare	Accesul la servicii	Rezultatele sistemului	Prevenție, generozitatea ofertei	Accesul la produsele farmaceutice			
Olanda	170	200	263	163	76	872	1	
Danemarca	175	167	250	140	90	822	2	
Belgia	117	233	213	140	81	783	5	
Suedia	141	100	300	158	76	775	6	
Franța	136	167	138	140	86	766	8	
Austria	141	217	188	111	81	737	11	
Germania	117	200	200	111	76	704	14	
Estonia	141	167	175	123	48	653	18	
Cipru	112	183	188	88	57	627	20	
Italia	131	133	213	93	52	623	21	
Grecia	88	200	175	88	67	617	22	
Lituania	131	183	138	99	33	585	26	
Polonia	126	117	188	99	48	577	27	
Ungaria	122	167	138	99	52	577	28	
Albania	102	217	113	70	33	535	29	
Letonia	107	117	138	88	43	491	31	
România	88	167	100	88	48	489	32	
Bulgaria	88	133	138	64	33	456	33	

Sursa: Björnberg A., *Euro Health Consumer Index*, Health Consumer Powerhouse, 2012.

În clasamentul anului 2012, România a obținut 489 de puncte din totalul de 1 000, plasându-se pe locul 32 din 34 de țări, menținându-și aceeași poziție ca în anul 2009. Punctajul maxim de 872 puncte a fost obținut de Olanda, aceasta fiind urmată de Danemarca cu 822 puncte, Islanda cu 799 puncte, Luxemburg cu 791 puncte și Belgia cu 783 puncte.

În raportul *Euro Health Consumer Index* din anul 2012 (Björnberg, 2012) se afirmă că poate nu este tocmai corect ca sistemul medical din România să fie comparat cu cel al țărilor europene mai bogate și cu tradiție în oferta de servicii medicale. Compararea României cu Croația (663 puncte), Macedonia (546) sau Albania (519) ar fi mai potrivită. Rezultatele sistemului medical din România sunt cele mai slabe dintre rezultatele celor 34 de țări din clasament, ceea ce ar trebui să producă mari îngrijorări la Bruxelles. În raport se afirmă că situația nu se va schimba până când România nu va crea un sistem de salarizare decent pentru medici, dar salariile respective să nu fie dobândite doar în clinici private sau primind mită de la pacienți.

În ultimii 20 de ani, sistemul românesc s-a aflat într-un continuu așa-numit *proces de reformă*. Nu este sigur dacă acest proces s-a dovedit benefic pentru sistem, excelând prin incoerență și chiar absurditate, în unele cazuri (de exemplu, desființarea unor spitale în unele comunități unde pe rază de sute de kilometri nu se află nici o unitate de asistență medicală) ori, am avut de-a face, de fapt, nu cu un proces de reformă, care ar fi trebuit să schimbe lucrurile în mai bine, nu în mai rău, ci cu un fenomen preponderent de degradare a sistemului. Cercetările din ultimii ani (barometrele Centrului pentru Politici și Servicii de Sănătate), care au investigat percepția populației asupra calității serviciilor medicale din România, au semnalat nu numai scăderea calității serviciilor, ci și a accesului populației la aceste servicii, nu numai o multiplicare de mai multe ori a cheltuielilor din sistem (în anul 2000, bugetul sănătății publice era de 1 miliard de euro, iar în 2011 era de 5 miliarde), fără o îmbunătățire a calității, dar și polarizarea adresabilității la sistem. Așa-numita reformă a generat 20 de miniștri (aproape unul pe an), toți gata să reformeze sistemul la venirea în funcție, dar abandonându-l rapid, unii doar după câteva luni. Astfel se explică de ce, de peste două decenii, sistemul este perceput ca inefficient, slab finanțat, dar risipitor și corupt, această situație mergând spre mai rău, odată cu exodul medicilor spre locuri de muncă mai bine plătite, cu desființarea unui mare număr de spitale, cu acutizarea anuală a crizei medicamentelor gratuite sau compensate.

Infrastructura și alte resurse materiale. În intervalul 2005–2010, în sistemul medical românesc, dat fiind obiectivul declarat al reformei, de *a mări ponderea asistenței primare* în totalul ofertei de servicii medicale, a crescut numărul *cabinetelor medicilor de familie*, al *policlinicilor* și cel al *cabinetelor de medicină generală*. Toate cele trei categorii de ofertă specifică medicinei primare s-au dezvoltat însă pe seama sectorului privat și al restrângerii sectorului public (*Tablel nr. 2*). Un fenomen similar s-a petrecut și cu spitalele.

Tabelul nr. 2

Dinamica unităților sanitar-medice din România, în intervalul 2005–2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Spitale	433	436	447	458	474	503
din care:						
– în proprietate majoritar publică	422	419	425	428	431	428
– în proprietate majoritar privată	11	17	22	30	43	75
Ambulatorii integrate spitalelor și de specialitate	386	393	403	444	461	472
Policlinici	249	260	263	269	268	311
– din care proprietate majoritară de stat	30	28	22	23	15	17
Dispensare medicale	224	211	208	213	211	204
Centre de sănătate	59	53	46	47	47	40
Centre de sănătate mintală	–	–	–	–	71	86
Sanatorii TBC	7	7	5	5	6	4
Sanatorii balneare	9	10	9	8	9	9
Preventorii	6	5	4	4	4	4
Unități medico-sociale	57	60	66	66	68	68
Centre de diagnostic și tratament	23	26	27	30	28	26
Centre medicale de specialitate	136	120	133	158	171	188
Cabinete medicale de medicină generală	906	1 007	1 036	1 033	1 055	1 000
din care:						
– în proprietate majoritară de stat	73	69	44	77	57	60
– în proprietate majoritară privată	833	938	992	956	998	940
Cabinete medicale școlare	787	791	804	837	903	1 235
Cabinete medicale studențești	52	52	53	52	55	52
Cabinete medicale de familie	10 939	10 969	11 048	11 279	11 390	11 170
din care:						
– în proprietate majoritară de stat	8 932	8 904	8 524	8 566	8 177	6 768
– în proprietate majoritară privată	2 007	2 065	2 524	2 713	3 213	4 402
Societăți medicale civile	75	54	66	106	108	110
Cabinete stomatologice	9 081	9 948	10 532	11 025	11 683	12 036
– din care în proprietate majoritară de stat	3 335	3 269	3 123	3 102	2 853	2 339
Cabinete stomatologice școlare	–	415	443	447	426	424
Cabinete stomatologice studențești	–	32	33	27	31	29
Societăți stomatologice	138	95	74	156	165	159
Cabinete medicale de specialitate	5 808	5 878	8 370	9 038	9 998	8 870
Societăți civile medicale de specialitate	158	102	156	224	251	218
Farmacii	5 071	5 347	5 897	6 127	6 506	6 682
Puncte farmaceutice	752	862	1 009	1 088	1 080	1 244
Depozite farmaceutice	430	427	424	413	368	317
Creșe	291	273	272	280	287	289
Laboratoare medicale	524	1 840	2 296	2 555	2 828	2 978
Laboratoare de tehnică dentară	1 421	2 047	2 158	2 130	2 226	2 209
Centre de transfuzie sanguină	41	41	41	41	41	41
Alte tipuri de cabinete medicale	407	425	380	469	437	662

Sursa: Anuarul Statistic al României, INS, 2011.

Descentralizarea administrării spitalelor. În România, spitalele sunt organizate conform titlului VII – *Spitalele* din *Legea nr. 95/2006*. Până la adoptarea, în luna iunie 2010, a pachetului legislativ referitor la descentralizarea managerială, spitalele au funcționat pe baza unor reglementări centralizatoare.

În prezent, cea mai mare parte a prestatorilor din asistența primară și secundară (ambulatorie) s-au privatizat. Dar un număr de spitale se află încă în proprietatea statului, în administrarea directă a Ministerului Sănătății sau a direcțiilor de sănătate publică.

Descentralizarea administrativă a spitalelor din România s-a produs destul de târziu, în anul 2002, când unele imobile au trecut în administrarea județelor, municipiilor, orașelor și comunelor, sau în administrarea consiliilor județene sau consiliilor locale, după caz (prin HG nr. 866/2002, nr. 867/2002, nr. 1 096/2002, OG nr. 70/2002, L. nr. 99/2004). Acest ultim act normativ stabilește competențele Ministerului Sănătății, ale direcțiilor de sănătate publică și ale consiliilor județene/locale în ceea ce privește asigurarea resurselor financiare pentru întreținerea, gospodărirea, repararea, consolidarea, extinderea și modernizarea unităților sanitare publice, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație în bugetele locale. În baza acestui act normativ au fost înființate unitățile medico-sociale, în subordinea consiliilor locale sau județene (Guvernul României, 2011).

Procesul de descentralizare a fost continuat prin OUG nr. 162/2008 privind transferul atribuțiilor și competențelor exercitate de Ministerul Sănătății către autoritățile administrației publice locale, și prin HG nr. 562/2009 pentru aprobarea *Strategiei de descentralizare în sistemul de sănătate*, cu următoarele obiective specifice:

- crearea cadrului operațional pentru realizarea descentralizării;
- transferul competențelor privind administrarea unităților sanitare cu paturi și managementul asistenței medicale către autoritățile administrației publice locale sau județene;
- redefinirea rolului Ministerului Sănătății în elaborarea, implementarea și monitorizarea politicilor de sănătate publică și a reglementărilor necesare funcționării sistemului de sănătate.

Ministerul Sănătății a derulat două proiecte-pilot prin care administrarea a 18 din cele 42 de spitale publice din capitală și a patru spitale din Oradea a fost transferată către Consiliul General al Municipiului București și, respectiv, către Consiliul Municipal Oradea. Evaluarea rezultatelor acestor proiecte a arătat că autoritățile administrației publice locale au capacitatea de a realiza managementul asistenței medicale. Din 2010, Ministerul Sănătății a lansat un pachet normativ care conturează cadrul juridic necesar pentru descentralizarea a 370 de spitale publice din cele 433 aflate în subordinea Ministerului Sănătății (Guvernul României, 2011).

În România, numărul de spitale a crescut doar pe seama proprietății majoritar private și nu în sectorul public. Ori, chiar și populația cu venituri peste

medie, cu greu își poate permite, în caz de nevoie, internarea într-un spital (majoritar) privat, date fiind costurile prohibitive. Acest fapt este confirmat și de reacția publică extrem de vocală cu prilejul inițiativei de a închide unele spitale (din nou, dintre cele publice). Cu toate acestea, după anul 2010, au fost închise 67 de spitale în proprietate publică, sub motivul că nu dispuneau de tehnică medicală adecvată (Dancu, 2011).

Unele spitale au fost transformate în centre de permanență, altele în cămine pentru bătrâni, altele au fost redeschise ulterior, sub presiunea reacției populației din diversele localități profund afectate negativ de asemenea măsuri (au fost redeschise din rațiuni electorale, dar nu au fost înzestrate tehnic corespunzător).

Disponibilul de **paturi din unitățile medical-sanitare din România** a scăzut cu peste 11 000 în intervalul 2005–2010 (cu aproape 65 000 în intervalul 1990–2010), pe fondul creșterii *numărului de îmbolnăviri la anumite categorii de afecțiuni* și a *numărului de internări în spitale*, comparativ cu țările europene. În termeni absoluți, indicatorii menționați au crescut sensibil în anii 2008 și 2009.

Tabelul nr. 3

Dinamica numărului de paturi din unitățile sanitare din România, în intervalul 2005–2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Paturi în spitale	143 027	142 034	138 025	138 184	138 915	132 004

Sursa: Anuarul Statistic al României 2011, INS, 2011.

În UE 27, numărul de paturi în spitale la 100 000 locuitori, în anul 2009, a fost, în medie, de 551, cu variații de la 227 în Suedia la 823 în Germania. Exceptând Grecia, acest indicator a înregistrat scăderi în medie cu 97 paturi la 100 000 locuitori, în toate țările europene, în intervalul 1999–2012. Asemenea reduceri s-au produs fie pe fondul intensificării constrângerilor economice, fie prin schimbarea orientării spre tratarea pacienților preponderent extern spitalelor, fie pe fondul tendințelor generale de creștere a eficienței exploatării resurselor și echipamentelor medicale. Scăderea s-a produs atât în serviciile de tip curativ (în medie cu 308 paturi) cât și în serviciile de psihiatrie (în medie cu 44 de paturi). Excepții – Grecia, unde a crescut numărul de paturi în serviciile curative, Bulgaria, Germania și Austria, unde a crescut numărul de paturi din serviciile de psihiatrie.

Cele mai mari reduceri s-au înregistrat în țările baltice, Franța, Slovacia, Finlanda, Irlanda, Belgia și Italia. Relevanța acestui indicator devine mai evidentă când este corelat cu incidența îmbolnăvirilor ce presupun internarea în spital, din țara respectivă. Ca urmare, pentru România, unde incidența îmbolnăvirilor de acest tip a crescut, în ultimi ani, micșorarea numărului de paturi din spitale a contribuit mai puțin la rentabilizarea activității spitalelor, dar mai mult la scăderea calității vieții bolnavilor.

Tabelul nr. 4

Paturi în spitale la 100 000 de locuitori, în țările UE, în intervalul 2004–2009

	Paturi pentru îngrijire curativă în spitale		Paturi pentru îngrijire psihiatrică în spitale	
	2004	2009 ⁽¹⁾	2004	2009 ⁽²⁾
UE 27	336,8	308,2	48,3	44,0
Belgia	448,3	419,2	248,5	179,2
Bulgaria	471,4	509,1	64,7	68,5
Republica Cehă	540,0	498,1	112,0	103,3
Danemarca	326,2	286,7	67,6	57,9
Germania	593,0	564,8	50,8	49,0
Estonia	426,7	361,5	52,6	55,1
Irlanda	280,8	257,8	102,3	77,5
Grecia	380,1	406,1	89,7	79,7
Spania	263,0	247,4	48,0	41,0
Franța	369,0	345,3	93,7	88,0
Italia	334,8	293,8	13,1	10,6
Cipru	389,7	351,1	31,4	26,1
Letonia	548,7	429,4	156,6	133,9
Lituania	556,3	503,4	107,1	102,4
Luxemburg	505,8	428,0	110,1	87,5
Ungaria	551,2	413,4	39,2	32,8
Malta	298,3	271,7	160,4	155,9
Olanda	291,8	307,2	136,6	139,6
Austria	582,1	556,3	73,1	773,0
Polonia	478,7	438,5	68,6	64,1
Portugalia	298,8	275,6	65,5	58,6
România	443,5	451,0	76,0	80,4
Slovenia	385,1	372,8	73,7	65,9
Slovacia	483,5	479,2	86,7	79,9
Finlanda	226,1	183,4	96,7	80,1
Suedia	223,1	204,7	50,2	48,1
M.Britanie	303,7	264,9	78,8	60,8

⁽¹⁾ Irlanda, Cipru și România, 2008; ⁽²⁾ Cipru și România, 2008.

Sursa: Hospital, beds, 1999–2009, per 100 000 inhabitants, Eurostat, 2012.

Clasificarea spitalelor din România. În România sunt utilizate o mulțime de clasificări ale spitalelor (Legea nr. 95/2006), pe diferite criterii. În multe cazuri, acestea se suprapun sau se amestecă (de exemplu, unele spitale județene pot fi considerate și regionale, sunt și clinice, și de urgență și pot fi și instituții publice cu secții private). Nu există o clasificare simplă, care să permită o reprezentare coerentă a rețelei de spitale. Potrivit recomandărilor Băncii Mondiale, spitalele ar trebui clasificate în cinci categorii:

– spitale de categoria a V-a: nivel de competență limitat, asigură, după caz, următoarele servicii medicale: servicii pentru îngrijirea bolnavilor cronici, servicii într-o singură specialitate sau servicii paliative;

– spitale de categoria a IV-a: nivel de competență bazal, deservesc populația pe o rază administrativ-teritorială limitată, pentru afecțiuni cu grad mic de complexitate;

– spitale de categoria a III-a: nivel de competență mediu, deservesc populația județului din aria administrativ-teritorială de reședință și, doar ca excepție, din județele limitrofe, pentru afecțiuni cu grad mediu de complexitate;

– spitale de categoria a II-a: nivel de competență înalt, deservesc populația județului din aria lor administrativ-teritorială, și din județele limitrofe, cu nivel înalt de dotare și încadrare cu resurse umane, care asigură furnizarea serviciilor medicale cu grad mare de complexitate;

– spitale de categoria I: nivel de competență foarte înalt, oferă asistență medicală la nivel regional, deservind populația județului din aria lor administrativ-teritorială, și din alte județe, având cel mai înalt nivel de dotare și încadrare cu resurse umane și asigurând servicii medicale cu grad de complexitate foarte ridicat (Guvernul României, 2011).

Finanțarea spitalelor din România. Spitalele din România consumă în mod curent în jur de 50% din bugetul *Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate* (FNUASS) (49,8% în 2007, 48,1% în 2008, 51,2% în 2009 – *sursa: Ministerul Sănătății*), la care se adaugă fondurile de la Ministerul Sănătății pentru investiții în infrastructură, dotări cu echipamente medicale și programe naționale de sănătate, precum și fondurile alocate de autoritățile publice locale. Toate aceste fonduri măresc cota de resurse alocate spitalelor cu mult peste media de 40% alocată spitalelor în Uniunea Europeană. Chiar și în aceste condiții, finanțarea alocată pe pat de internare este în România mult sub media europeană .

Pentru marea majoritate a spitalelor, FNUASS reprezintă, încă, o sursă unică sau dominantă de finanțare, deși din anul 2002 s-a creat baza legală prin care autoritățile locale pot contribui la cheltuielile administrative. Majoritatea spitalelor sunt finanțate, pentru serviciile prestate, în primul rând prin contracte încheiate cu casele de asigurări de sănătate și prin alocări bugetare directe de la autoritățile guvernamentale centrale și locale, care finanțează activități specifice, precum asistența de urgență, serviciile aferente tratării unor afecțiuni prin programele naționale de sănătate, și, în cazul anumitor spitale, activități de instruire și cercetare. Investițiile de capital sunt finanțate de Ministerul Sănătății. Spitalele au dreptul să utilizeze fondurile provenind din serviciile prestate persoanelor sau întreprinderilor din sectorul privat.

Cheltuielile cu personalul sunt corelate mai strâns cu structura spitalului decât cu activitatea medicală în sine. Salariile stabilite prin lege sunt fixe, cu excepția bonusurilor, și reprezintă peste 70% din costurile totale. Acest fapt permite un

control redus asupra bugetului, prima prioritate fiind întotdeauna plata salariilor. Fondurile rămase sunt alocate utilităților, medicamentelor, materialelor sanitare și altor cheltuieli (hrană, spălătorie, pază). Spitalul poate păstra un eventual surplus financiar creat, în fiecare an bugetar. Din acesta, 20% se adaugă la fondul de dezvoltare al spitalului, împreună cu amortizarea, activele vândute, sponsorizările și chiriile încasate. Fondul de dezvoltare poate fi utilizat pentru achiziția de echipamente. Eventualele datorii ale spitalului sunt evidențiate distinct în situația financiară. Spitalul este supus auditului financiar al Ministerului Sănătății și al Curții de Conturi (Guvernul României, 2011).

Sistemul național de urgență este finanțat de Ministerul Sănătății și utilizează clasificarea prevăzută în *OMS nr. 1 764/2006 privind criteriile de clasificare a spitalelor de urgență locale, județene și regionale*, potrivit competențelor, resurselor materiale și umane și capacității lor de a asigura asistența medicală de urgență și îngrijirile medicale necesare pacienților aflați în stare critică (Guvernul României, 2011).

Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare și Descarcerare (SMURD) este un serviciu public integrat în *Inspectoratul General pentru Situații de Urgență*, fiind reglementat prin Legea nr. 95/2006, OUG nr. 126/2003 și mai multe ordine de ministru ce reglementează asistența medicală de urgență din România. Este un serviciu fără personalitate juridică, finanțat din bugetul de stat prin Ministerul Sănătății, Ministerul Administrației și Internelor și din donații și sponsorizări. Unele echipaje SMURD sunt finanțate de autoritățile publice locale.

În cadrul SMURD activează: **personal medical** – angajat al spitalelor, pentru echipajele de terapie intensivă mobilă și salvare aeriană, **pompieri** – angajați ai Inspectoratului pentru Situații de Urgență, ai Ministerului Administrației și Internelor, și **piloți** – angajați ai Unității Speciale de Aviație și ai Ministerului Administrației și Internelor. O parte a **pompierilor/paramedicilor** sunt angajați ai autorităților publice locale.

SMURD – componenta terestră realizează intervenții la nivel național și are o structură care cuprinde: unități de prim-ajutor, unități de terapie intensivă mobilă, mijloace de intervenție de tip mașini cu medic de urgență sau ambulante. În anul 2008, SMURD componenta terestră a desfășurat un număr de 18 676 misiuni.

SMURD – componenta aeromedicală desfășoară misiuni la nivel național cu specific de intervenție primară, misiuni de transfer interspitalicesc al pacienților aflați în situație critică, misiuni de transport medici/personal medical și echipament, misiuni de transport de organe pentru transplant, operațiuni de salvare în caz de dezastru natural/calamități. În anul 2008 au fost desfășurate 522 asemenea operațiuni (<http://www.smurd.ro/>).

În intervalul 1990–2010, numărul autosalvărilor din România a scăzut cu 40%, dar cel al asistaților a crescut cu 22% (Irimia, 2012).

Tabelul nr. 5

Autosalvări, bolnavi transportați și bolnavi asistați în România

Anul	Număr de autosalvări	Număr de bolnavi transportați	Număr de bolnavi asistați
1990	4 170	1 801 502	695 834
1995	4 094	1 625 665	758 472
2000	3 659	1 492 319	879 912
2005	3 249	1 542 678	699 207
2010	2 536	1 824 990	847 323

Sursa: Ministerul Sănătății, preluare din Irimia Dan, 2012, Econtext.

Cel mai recent scandal public privind statutul juridic (public sau privat) al SMURD, pe lângă faptul că a determinat destituirea unui guvern și a fost foarte aproape de destituirea președintelui României, a relansat în discursul public o mulțime de tematici spinoase privind legea și reforma sănătății, finanțarea serviciilor medicale, transparența cheltuirii banilor, problema închiderii spitalelor, scoțând la lumină (pentru a câta oară?) faptul că din sistemul medical românesc internații se pot externa mai bolnavi decât s-au internat, dacă nu cumva pacientul are neșansa de a muri cu zile în spital.

Personalul medico-sanitar. În anii 2009–2010, România se evidenția în Europa prin numărul extrem de mic al medicilor ce reveneau la 100 000 locuitori, dar mai ales prin numărul mic al medicilor specialiști – îndeosebi chirurghi ce reveneau la 100 000 locuitori (Tabelul nr. 6). În România se vorbește frecvent despre necesitatea măririi ponderii resurselor (inclusiv umane) dirijate spre medicina primară. Totuși, țara noastră se remarcă prin una dintre cele mai mici ponderi ale medicilor care lucrează în spitale. Impresia că prea mulți medici lucrează în spitalele din România în detrimentul medicilor de familie este generată, mai curând, de numărul relativ mic al medicilor din medicina primară și nu de abundența medicilor ce lucrează în spitale.

Numărul medicilor de familie la 100 000 de locuitori variază mult de la o țară europeană la alta, la acest indicator, România situându-se pe la centrul trendului general. Prin urmare, nu atât numărul de medici de familie este cel care decide, în cele din urmă, calitatea actului medical, ci distribuția acestora în teritoriu, adică accesul efectiv al pacienților la consultații. Din cauza exodului de medici din țările central și est-europene spre Occident, *numărul de medici la 100 000 de locuitori în spațiul UE* trebuie interpretat nuanțat, deoarece unele state raportează, de regulă, numărul de medici practicieni (mai ales statele vestice, care primesc un număr mare de medici imigranți), alte state raportează numărul de medici licențiați (Irlanda, Portugalia), iar altele, numărul de medici activi profesional (Grecia, Franța, Olanda, Slovacia), fără a specifica locul de muncă efectiv al medicilor respectivi. În anul 2009, cel mai mare număr de medici practicieni la 100 000 de locuitori se înregistrează în Austria (477,2), aceasta fiind urmată de Suedia (371,5). În intervalul 1999–2009, numărul de medici la 100 000 de locuitori a crescut în majoritatea statelor UE, unele reduceri înregistrându-se în Estonia, Lituania, Ungaria și Polonia.

Tabelul nr. 6

Medici și medici specialiști în unele țări europene

Țara	Anul	Medici la 100 000 locuitori	Medici specialiști la 100 000 locuitori	Medici chirurghi la 100 000 locuitori	Medici obstetrică ginecologie la 100 000 locuitori	Medici pediatri la 100 000 locuitori	Pondere medici care lucrează în spitale
UE	2009	330,3	88,79	66,2	16,1	13,3	...
Austria	2010	477,2	97,4	88,9	19,4	14,1	55,6
Bulgaria	2009	368,9	110,3	67,7	18,3	12,1	50,0
Republica Cehă	2009	356,0	139,5	83,9	24,3	12,1	56,9
Danemarca	2008	342,9	54,3	51,4	9,4	6,4	71,0
Franța	2010	337,9	69,0	44,6	12,6	11,5	76,1
Germania	2009	363,8	80,0	74,2	19,9	13,7	51,4
Italia	2009	337,0	120,9	83,2	20,5	12,8	...
Marea Britanie	2009	266,9	60,3	71,6	11,1	14,5	...
Polonia	2009	217,0	75,3	54,9	15,9	12,0	51,9
România	2009	225,8	65,9	37,1	10,4	11,7	46,8
Ungaria	2009	302,1	92,6	54,9	12,7	15,6	48,6
Suedia	2008	372,9	81,3	60,3	14,72	10,2	...

Sursa: *European Health for All Database*, WHO Regional Office for Europe, 2012.

La ceilalți indicatori – **numărul de stomatologi, farmaciști, asistente medicale și moașe la 100 000 de locuitori**, România se situează la pragul de jos între țările europene (Tabelul nr. 7). Pe timpul crizei economice și financiare declanșate în anul 2009, sistemul medical românesc a fost puternic destabilizat prin pierderea unor resurse umane, consecința fiind diminuarea sensibilă a încrederii populației în calitatea serviciilor oferite pe plan intern. Nici tendința de închidere a unui mare număr de spitale nu a lucrat în avantajul sistemului. Odată cu aceasta, însăși internarea în spital a devenit o mare problemă ce impune mai mult decât oricând, un efort economic consistent (mita foarte mare, pe lângă alte cheltuieli cu medicamentele, coplata pentru utilizarea tehnicii medicale și hrana persoanei internate) din partea pacienților. Pe un asemenea fond, nu de puține ori, personalul medical a manifestat vehement pentru îmbunătățirea condițiilor de muncă și împotriva măsurilor de diminuare a salariilor, și fără aceasta din urmă, salariile majorității personalului medical situându-se sub salariul mediu pe economie.

Personalul medical cu pregătire medie la 100 000 de locuitori divizează spațiul Uniunii Europene în două arii distincte, delimitate prin trasarea unei linii separatoare de la Finlanda spre Italia. La vest de linia respectivă, sistemele medicale au beneficiat de personal cu pregătire medie între 667 și 1 096 specialiști la 100 000 de locuitori, cu excepția Portugaliei.

Tabelul nr. 7

Alte categorii de personal medical din unele țări europene

Țara	Anul	Medici de familie la 100 000 locuitori	Stomatologi la 100 000 locuitori	Farmaciiști la 100 000 locuitori	Asistente medicale la 100 000 locuitori	% asistente medicale care lucrează în spitale	Moașe la 100 000 locuitori
UE	2009	87,4	66,1	77,2	823,6	...	32,3
Austria	2010	157,4	55,9	66,5	760,8	100,0	15,4
Bulgaria	2009	65,3	85,6	16,5	428,4	73,4	43,4
Republica Cehă	2009	70,2	67,6	56,4	805,6	...	41,6
Danemarca	2008	67,1	80,4	45,4	1.482,9	58,2	27,1
Franta	2010	164,5	66,7	116,7	30,0
Germania	2009	65,4	78,5	60,9	1.098,0	60,6	23,2
Polonia	2009	20,5	31,9	63,5	524,9	...	58,7
România	2009	83,0	58,0	55,4	566,2	51,7	19,3
Spania	2009	73,9	58,2	80,3	487,9	66,7	16,0
Suedia	2008	62,2	80,8	73,2	2.200,7	...	72,5
Ungaria	2009	35,4	49,1	57,2	621,4	52,8	17,0

Sursa: *European Health for All Database*, WHO Regional Office for Europe, 2012.

La est de linia respectivă, acest indicator a prezentat valori sub 667 specialiști la 100 000 de locuitori. În anul 2007, în țările UE 27, media numărului de personal cu pregătire medie era de 882 specialiști la 100 000 de locuitori, cu valori extreme de 1 571,5 specialiști în Luxemburg, 1 500,7 în Olanda, dar și cu 466,6 specialiști în Bulgaria (mai puțin cu 53% față de media la nivel UE 27) (Eurostat, 2012).

Prin valorile ușor ascendente ale indicatorilor privind dinamica personalului medical din România, în intervalul 2005–2010, datele INS par a infirma tendințele de depopulare ale sistemului medical național (cu excepția personalului sanitar cu pregătire medie și a personalului sanitar auxiliar) (Tabelul nr. 8). Totuși, există semnale clare ale plecării multor medici din România, după anul 2010, spre locuri de muncă mai bine plătite din străinătate. Președintele Colegiului Medicilor din România, prof. univ. dr. Vasile Astărăstoae, declara în luna mai 2012, că plecarea peste graniță a medicilor români a căpătat o „tendință îngrijorătoare”. El a afirmat că, în perioada 2007–2012, în România, au fost formați 8 600 de medici specialiști, dar în același interval, au părăsit țara 11 200 de medici. Un alt comentator, Dragoș Roșca, CEO al fondului de investiții *Gemisa Investment*, afirma că în ultimii 35 de ani, România a pierdut între 40 și 50 miliarde de euro din cauza plecării peste graniță a specialiștilor. Calculul se bazează pe faptul că, dacă educația fiecărui cetățean cu studii medii costă cam 10 000 euro, studiile superioare, costă cam 20 000 euro. Or, din momentul în care o persoană pleacă din țară definitiv, investiția în educația sa nu se mai recuperează, ci devine un câștig pentru țara de destinație (Veress, 2012).

Tabelul nr. 8

Personalul medico-sanitar din sistemul românesc în intervalul 2005–2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Medici	47 388	46 936	48 199	50 267	50 386	52 204
Locuitori la un medic	456	460	447	428	426	411
Medici la 10 000 locuitori	21,9	21,7	22,4	23,4	23,5	24,4
Stomatologi	10 249	10 620	11 651	11 901	12 497	12 990
Locuitori la un stomatolog	2 110	2 032	1 849	1 807	1 718	1 650
Stomatologi la 10 000 locuitori	4,7	4,9	5,4	5,5	5,8	6,1
Farmacisti	9 283	9 932	11 108	11 704	11 996	13 624
Locuitori la un farmacist	2 329	2 173	1 939	1 837	1 790	1 573
Farmacisti la 10 000 locuitori	4,3	4,8	5,2	5,4	5,6	6,4
Personal sanitar cu pregătire medie	123 455	126 613	136 353	132 464	129 673	126 656
Locuitori la un cadru cu pregătire medie	175	170	158	162	166	169
Personal cu pregătire medie la 10 000 locuitori	57,1	58,7	63,3	61,6	60,4	59,1
Personal cu pregătire medie la 1 medic	2,6	2,7	2,8	2,6	2,6	2,4
Personal sanitar auxiliar	50 482	50 398	52 882	56 122	54 796	52 982

Sursa: Anuarul Statistic al României, INS, 2011.

FINANȚAREA SERVICIILOR MEDICALE

Resursele financiare alocate sectorului medico-sanitar pot proveni din *impozite, asigurări sociale și asigurări private* de sănătate sau din *(co)plata directă a costului serviciilor* de către pacienți. Modalitățile de colectare a resurselor financiare determină, în bună parte, modelul unui sistem public de sănătate.

Cheltuielile publice cu serviciile medicale din spațiul Uniunii Europene variază de la țară la țară. După protecția socială – cea mai importantă funcție a cheltuielilor guvernamentale din țările UE (care a primit, în medie, între 17,7% și 18,5% din PIB în intervalul 2005–2008, și 20,1% din PIB în anul 2009, ca răspuns la recesiune) – *cheltuielile pentru serviciile de sănătate constituie următoarea funcție, ca importanță, în cheltuielile publice europene*, acestora revenindu-le, în medie, între 6,6 și 7,4% din PIB-ul UE 27 în intervalul anilor 2005–2009 (Tabelul nr. 9).

În intervalul 2005–2009, statul cu cea mai redusă pondere a cheltuielilor pentru sănătate în PIB din Europa a fost Cipru (cu ponderi între 2,9% și 3,3% în PIB), acesta fiind urmat de România (cu ponderi între 3,3 și 4,4% din PIB), în condițiile în care media cheltuielilor la nivelul UE 27 a oscilat între 6,6 și 7,4%.

În anul 2011 ponderea cheltuielilor publice pentru serviciile medicale din România a atins 3,7% din PIB, aceste cheltuieli fiind în ușoară scădere față de anul 2010 (EFOR, 2012). În anul 2009, ponderea cheltuielilor cu sănătatea publică era sub 11,38% din totalul cheltuielilor bugetului public, doar Polonia, cu 10,90% și Ungaria, cu 10,44%, urmând după România în clasamentul la acest capitol al țărilor din Uniunea Europeană. Trebuie spus însă că **subdezvoltarea sistemului privat de sănătate (0,2% din PIB) situează România în urma Poloniei și Ungariei** (unde sistemul privat de sănătate deține o pondere de 1,8% și, respectiv, 2,2% din PIB, adică de nouă,

respectiv de 11 ori mai mult). Situația respectivă este justificată adesea de guvernanți prin capacitatea relativ redusă de mobilizare a veniturilor la bugetul public. Aceasta explică însă doar parțial persistența pe termen lung a politicii de subfinanțare a serviciilor medicale din România. Situația respectivă ține mai curând de voința politică decât de restricțiile de ordin economic.

Tabelul nr. 9

**Cheltuielile publice pentru serviciile de sănătate în țările UE 27, în intervalul 2005–2009
(% în PIB și milioane de euro)**

	Ponderea cheltuielilor în PIB					Cheltuieli (milioane de euro)
	2005	2006	2007	2008	2009	2009
UE 27	6,6	6,7	6,6	6,8	7,4	875 107,8
Belgia	7,1	6,9	6,9	7,4	8,0	27 226,2
Bulgaria	5,4	4,0	4,1	4,5	4,4	1 523,8
Republica Cehă	7,2	7,2	7,1	7,2	8,0	10 956,0
Danemarca	7,2	7,3	7,5	7,8	6,9	19 584,8
Germania	6,2	6,2	6,1	6,3	5,6	164 780,0
Estonia	4,1	4,2	4,4	5,2	8,0	775,4
Irlanda	6,7	6,7	7,0	7,8	8,8	14 148,6
Grecia	4,9	5,3	5,4	5,6	6,0	14 124,0
Spania	5,7	5,7	5,7	6,1	6,7	71 134,0
Franța	7,9	7,8	7,8	7,9	8,4	113 588,0
Italia	6,9	7,0	6,8	7,1	7,5	157 831,0
Cipru	3,1	3,1	2,9	3,0	3,3	551,3
Letonia	4,3	4,9	4,3	4,6	4,7	877,6
Lituania	4,9	4,6	4,6	5,0	5,6	1 471,2
Luxemburg	5,2	4,6	4,4	4,4	5,0	1 917,3
Ungaria	5,6	5,6	4,9	4,9	5,0	4 666,6
Malta	6,4	6,4	5,8	5,3	5,5	324,1
Olanda	4,4	5,8	5,9	5,9	6,8	38 952,0
Austria	7,4	7,5	7,6	7,7	8,2	22 521,6
Polonia	4,4	4,6	4,5	5,1	5,1	15 934,7
Portugalia	7,2	6,7	6,6	6,3	7,1	11 915,8
România	3,4	3,3	3,7	3,8	4,4	5 123,8
Slovenia	6,3	6,3	5,9	6,1	6,9	2 420,9
Slovacia	4,8	5,8	6,4	6,9	7,8	4 898,8
Finlanda	6,9	6,9	6,6	7,0	8,0	13 668,0
Suedia	6,7	6,6	6,6	6,9	7,4	21 608,9
Marea Britanie	6,9	7,1	7,1	7,5	8,5	132 583,6

Sursa: General government expenditure statistics, Eurostat, 2012.

Datele pe primele șase luni ale anului 2011 arată și mai rău pentru România. Pe măsură ce se dezvoltă asistența privată de specialitate, statul se retrage, realizând o pondere a cheltuielilor pentru sănătatea publică mai mică de 9%. Ori, **media cheltuielilor bugetare pentru sănătatea publică a țărilor cu economii dezvoltate din grupul**

OCDE este de circa 16%, plus 2,5% din PIB cheltuieli private. Într-o asemenea situație se află Austria, Belgia, Danemarca, Franța, Marea Britanie, Olanda, Portugalia și Spania.

Cuquantumul contribuțiilor pentru asigurările de sănătate din România

Cotele contribuțiilor pentru asigurările de sănătate, aferente anului 2011, au fost reglementate prin Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, astfel:

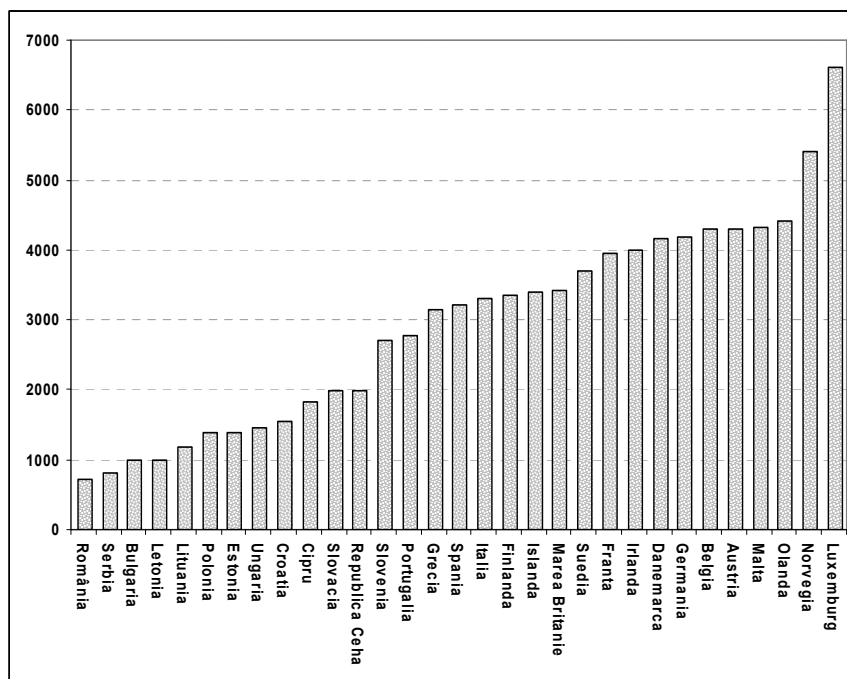
- 5,2% pentru angajatori;
- 10,7% pentru persoanele prevăzute la art. 259 alin. (6);
- 5,5% pentru alte categorii de persoane ce au obligația de a achita contribuția direct sau din alte surse.

Sursa: Legea nr. 286 a bugetului de stat pe anul 2011, din 28 decembrie 2010.

Înființarea în România, în anul 1996, a sistemului asigurărilor naționale de sănătate s-a produs pe fondul încercărilor de a mări resursele alocate sănătății publice și al limitării tendinței Ministerului de Finanțe de a deturna unele sume din fondul sănătății spre alte destinații publice. Efectul acestei reglementări a fost însă acela că finanțarea sănătății publice avea să se realizeze preponderent din contribuția asiguraților, în funcție de venit (7% din venit – angajatul și 7% din salariul brut – angajatorul).

Graficul 1

Cheltuielile pentru sănătate pe persoană la PPC dolari, în anul 2009

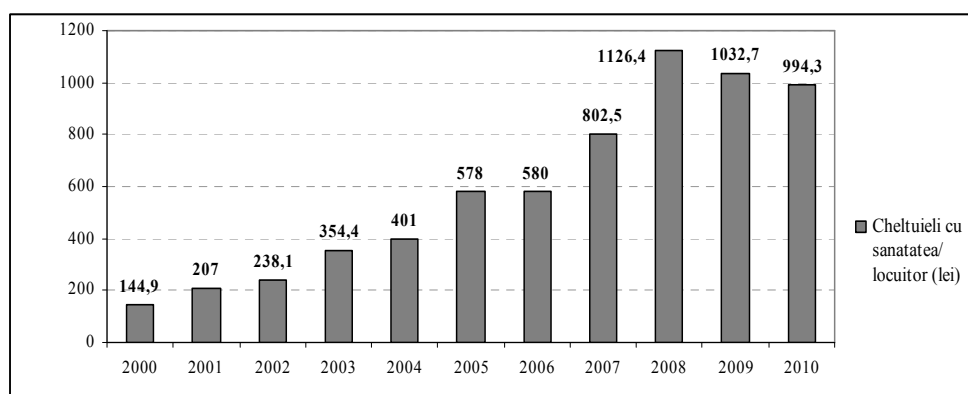


Sursa: World Health Organization database, ianuarie 2012, preluare din Björnsberg Arne, Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index, 2012, www.healthpowerhouse.com/ehci2012.

În anul 2000, bugetul asigurărilor de sănătate a devenit excedentar. Anul 2000 a fost singurul în care s-a produs un asemenea fenomen, dar nu prin aflusul mare de resurse, ci prin limitarea impusă, chiar și în noile condiții, de Ministerul Finanțelor, în domeniul cheltuielilor cu sănătatea, pentru a face posibilă acoperirea unui deficit al fondului de pensii. Acest fapt a legitimat formal scăderea cotelor de asigurări de sănătate până la nivelul de 10,7% în total, raportat la venitul brut (5,5% angajatul și 5,2% angajatorul), deși starea sistemului medical era departe de a justifica o asemenea intervenție.

Graficul 2

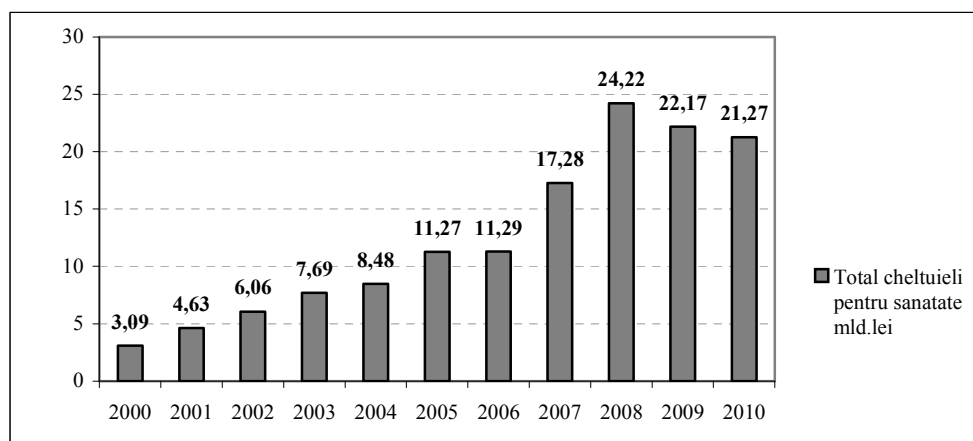
Cheltuielile cu sănătatea pe locuitor ale României (lei), în intervalul 2000–2010



Sursa: Culita L., *Anul și ministrul: 10 statistici alarmante despre sănătatea din România*, 2012.

Graficul 3

Cheltuielile totale pentru sănătate ale României în intervalul 2000–2010



Sursa: Culita L., *Anul și ministrul: 10 statistici alarmante despre sănătatea din România*, 2012.

O inițiativă de a consolida fondurile alocate sănătății publice a fost și impunerea *taxei pe viciu*. În anul 2011, cuantumul total al contribuțiilor la asigurările de sănătate s-a ridicat la 21,1 miliarde lei. *Taxa pe viciu* a fost aplicată *pentru țigări și băuturi alcoolice* (mai puțin bere și vin), *inclusiv publicității*.

Raporturi public/privat în finanțarea serviciilor medicale. Dacă unele țări precum Danemarca, Suedia, Spania, Letonia ș.a. primesc cea mai mare parte a resurselor necesare finanțării serviciilor medicale de la bugetul public, pentru cele mai multe dintre țările europene, resursele vin prin intermediul fondurilor securității sociale (*Tabelul nr. 10*).

Tabelul nr. 10

**Cheltuielile publice și private pentru sănătate în funcție de agenții finanțatori
(% în total cheltuieli), în anul 2009**

Țara	Guvernul, exclusiv fondurile securității sociale	Fondurile securității sociale	Întreprinderi și societăți de asigurări private	Cheltuieli directe ale gospodăriilor populației	Instituții non-profit	Corporații (altele decât cele de asigurări pentru sănătate)	Restul lumii
Belgia	11,3	63,8	4,8	20,0	0,1	0,1	0,0
Bulgaria ⁽¹⁾	17,7	38,5	0,5	42,6	0,5	0,3	0,0
Republica Cehă	5,3	78,2	0,2	14,9	1,1	0,3	0,0
Danemarca	84,5	0,0	1,8	13,7	0,1	0,0	0,0
Germania	6,9	70,5	9,6	12,3	0,4	0,4	0,0
Estonia	10,4	67,8	0,2	21,1	0,0	0,3	0,1
Spania	68,6	4,6	5,5	20,7	0,6	0,0	0,0
Franța	5,6	72,5	13,6	7,5	0,1	0,6	0,0
Cipru ⁽¹⁾	42,0	0,1	5,7	50,2	2,0	0,0	0,0
Letonia ⁽¹⁾	60,3	0,0	2,0	37,3	0,3	0,0	0,0
Lituania	11,4	61,7	0,7	26,2	0,0	0,1	0,0
Luxemburg ⁽¹⁾	8,5	73,9	3,5	13,7	0,4	0,0	0,0
Ungaria	9,5	80,1	2,8	24,3	1,9	1,5	0,0
Olanda	8,8	76,0	5,5	6,2	1,5	2,2	0,0
Austria ⁽¹⁾	31,8	46,8	4,7	15,5	1,0	0,1	0,0
Polonia	7,6	64,7	0,6	23,8	1,1	2,2	0,0
Portugalia ⁽¹⁾	64,3	1,3	5,2	28,7	0,1	0,5	0,0
România	14,1	64,6	0,1	20,9	0,0	0,3	0,0
Slovenia	1,5	70,4	13,3	13,8	0,0	0,9	0,0
Slovacia	6,6	62,6	0,0	26,9	1,0	2,9	0,0
Finlanda	58,6	15,7	2,3	20,1	1,1	2,2	0,0
Suedia	81,4	0,0	0,2	17,7	0,2	0,7	0,0

⁽¹⁾ 2008

Sursa: *Healthcare statistics*, Eurostat, 2012.

O pondere relativ ridicată a resurselor serviciilor medicale se constituie prin cheltuielile directe ale gospodăriilor, la acest capitol remarcându-se Bulgaria – cu 42,6% din totalul cheltuielilor, apoi cu ponderi de peste 20% – Portugalia, Letonia, Lituania, Estonia, Ungaria, Polonia, România ș.a. Pe măsură ce o țară înregistrează venituri pe locuitor mai ridicate, populațiile respective cheltuie mai mult pentru bunuri și servicii tot mai complexe și costisitoare. Astfel, pe măsură ce cheltuielile totale pentru serviciile de sănătate cresc, proporția cheltuielilor publice tinde să scadă. În cele mai multe dintre țările europene, în special în cele cu venituri pe locuitor mai mici, reformele aplicate în serviciile de sănătate au făcut ca cheltuielile directe ale utilizatorilor primari ai serviciilor, inclusiv prin intermediul coplăților, să devină o sursă consistentă pentru finanțarea serviciilor publice.

Disparitățile dintre țări sunt foarte vizibile la nivelul cheltuielilor pentru sănătate pe locuitor, care variază între nivelul minim (la paritatea puterii de cumpărare) de 608, în România, și maxim, de 4 286 în Luxemburg (Eurostat, 2012).

Sursa majoră de finanțare a *serviciilor medicale private* o constituie plățile directe efectuate (*out of pocket*) de utilizatorii serviciilor medicale, care au cea mai mare pondere în Cipru (50,2%) și Bulgaria (42,6%), dar nu lipsesc nici din țări ca Franța (7,5%) sau Olanda (6,2%). Asigurările medicale private au o pondere relativ mică în finanțarea serviciilor medicale din statele membre UE, acestea depășind 10% doar în Franța și Slovenia (Eurostat, 2012).

Trebuie avut în vedere însă că datele privind finanțarea privată a serviciilor medicale, provenind din alte surse decât Eurostat, diferă adesea substanțial de cele Eurostat și, ca urmare, pot să legitimeze, cel puțin pentru România, alte categorii de politici sociale și medicale decât cele practicate în prezent la nivel european. De exemplu, într-un raport lansat de *ExpertForum (EFOR)* și *Local American Working Group (LAWG)*, în luna mai 2012, se arată că finanțarea sistemului de sănătate din România se face la un sfert din minimul necesar, și se lansează o serie de soluții pentru eliminarea unor dificultăți din sistem. În raportul respectiv se specifică însă și faptul că finanțarea sistemului de sănătate din resurse private apare ca o normalitate și o soluție viabilă pentru rezolvarea (parțială) a problemelor structurale existente (EFOR, 2012). Ori, în mod cert, asemenea recomandări tind să accentueze grav polarizarea socială deja destul de avansată a accesului populației din România la serviciile medicale, riscând să înrăutățească și mai tare situația actuală.

În România, chiar și în actualele condiții, plățile informale ale populației (mita) pentru servicii, deși nu apar în statisticile oficiale, nu sunt deloc neglijabile, ca de altfel și în celelalte țări din estul și centrul Europei. Aceasta înseamnă că, de fapt, accesul la servicii și calitatea serviciilor medicale sunt strâns corelate cu necesitatea de a plăti informal pentru prestațiile solicitate. În general, locuitorii din România, ca și ceilalți din țările central și est europene, dacă se îmbolnăvesc, nu au doar o problemă de sănătate, ci și o problemă serioasă de ordin economic (Eurostat, 2012).

Serviciile medicale europene sunt finanțate, în mod dominant, prin *resurse publice*, principala excepție constituind-o Cipru, unde fondurile guvernamentale și cele colectate prin securitatea socială contribuie cu 42,1% la finanțarea totală a sistemului medical. Indicatorul privind *cheltuielile private pentru îngrijirea sănătății* semnifică indirect și gradul de accesibilitate al serviciilor medicale, acesta fiind proporțional cu

nivelul de implicare al sectorului public în finanțare. Poate tocmai de aceea, în unele state (mai ales unde populația realizează preponderent venituri relativ mici) a avut loc o creștere a rolului statului în organizarea și finanțarea serviciilor publice, prin modificarea pachetului de bază al serviciilor distribuite universal și creșterea cheltuielilor guvernamentale pentru sănătatea publică. Pentru statele la care există date (Eurostat nu publică încă date pentru Irlanda, Grecia, Italia, Malta și Marea Britanie), ponderea finanțării publice a serviciilor medicale variază de la 56,2% în Bulgaria la peste 80% în Olanda, Danemarca, Republica Cehă, Luxemburg și Suedia. La nivelul anului 2009, în țările UE, finanțarea publică a serviciilor medicale se făcea pe două căi principale: de la bugetul guvernamental (Danemarca – 84,5%, Suedia – 81,4%), sau prin fondurile securității sociale (Republica Cehă – 78,2%, Olanda – 76%).

Distribuția pe funcții a cheltuielilor medicale. Potrivit datelor Eurostat, resursele disponibile serviciilor medicale se orientează, în majoritatea țărilor europene, în proporție de peste 50%, spre *sectoarele curative și de recuperare*, cu excepția Ungariei, României și Slovaciei (Tabelul nr. 11).

Tabelul nr. 11

**Cheltuielile pentru sănătate după funcțiile serviciilor
(% din cheltuielile totale pentru sănătate), în anul 2009**

	Servicii curative și de recuperare	Servicii de asistență și îngrijire pe termen lung	Servicii auxiliare ale sănătății publice	Produse medicale distribuite pacienților externi	Servicii preventive și de sănătate publică	Administrație a serviciilor medicale și asigurări
Belgia	52,7	19,7	2,4	17,5	2,7	4,9
Bulgaria ⁽¹⁾	53,6	0,1	3,6	36,9	4,3	1,1
Republica Cehă	60,0	3,5	5,8	23,1	2,7	3,4
Danemarca	55,8	24,5	4,7	11,5	2,2	1,2
Germania	53,3	12,4	4,7	20,5	3,7	5,5
Estonia	54,0	4,4	10,1	26,9	2,3	2,4
Spania	58,2	9,0	5,3	21,7	2,7	3,2
Franța	53,1	11,5	5,2	21,0	2,2	7,0
Cipru ⁽¹⁾	59,3	2,5	9,5	23,9	0,7	4,2
Letonia ⁽¹⁾	55,3	3,9	9,4	24,3	1,6	5,5
Lituania	51,5	9,1	6,0	29,6	1,2	2,7
Luxemburg ⁽¹⁾	58,3	19,9	5,9	12,5	1,9	1,7
Ungaria	47,4	3,9	4,4	37,7	4,4	1,3
Olanda	51,7	26,6	1,9	14,5	4,3	4,6
Austria	60,3	14,0	2,8	17,5	1,8	1,0
Polonia	58,2	5,4	6,2	26,4	2,3	1,4
Portugalia ⁽¹⁾	58,3	1,1	9,3	25,8	1,9	1,7
România	46,8	13,5	4,0	25,6	8,3	1,8
Slovenia	56,5	8,7	3,0	23,7	3,8	4,3
Slovacia	46,7	0,3	7,7	37,0	4,9	3,4
Finlanda	58,9	12,3	3,2	18,0	5,6	2,1
Suedia	66,0	7,7	4,5	16,0	3,8	1,4

⁽¹⁾ 2008.

Sursa: Healthcare statistics, Eurostat, 2012.

Cheltuielile cu produsele medicale distribuite pacienților externi (neinternți în spital) au constituit a doua funcție a distribuției resurselor din sistemele medicale europene, având ponderi între 11,5% în Danemarca și 36,9% în Bulgaria, 37% în Slovacia și 37,7% în Ungaria. De asemenea, ponderea cheltuielilor cu *serviciile auxiliare (laboratoare, transport pacienți)* variază semnificativ de la o țară la alta, oscilând între 2% în Olanda și Belgia și 10,1% în Estonia.

În cazul multor țări, ponderile deosebit de mici ale serviciilor preventive apar datorită faptului că unele servicii de acest tip sunt înregistrate la categoria serviciilor curative.

Cheltuielile cu administrația și asigurările serviciilor medicale sunt, în general, mai scăzute în țările unde există sisteme de asigurări sociale centralizate ori unde asigurările medicale private au un rol mai restrâns (sub 1,5% în Bulgaria, Danemarca, Ungaria, Polonia și Suedia și 7% în Franța) (Eurostat, 2012).

Distribuția cheltuielilor în funcție de prestatorii de servicii. *Spitalele primesc, în general, cea mai mare parte a resurselor* – între 25,8% din total, în Slovacia și peste 45%, în Danemarca, Estonia sau Suedia. Serviciile prestate de spitale se pot adresa pacienților internați sau unor pacienți externi și pot răspunde unor nevoi de servicii auxiliare pentru pacienți interni și externi. A doua categorie importantă de prestatori o constituie *cabinetele ambulatorii*, care primesc între 13,9% din cheltuielile totale, în România și peste 30%, în Belgia, Polonia, Germania, Portugalia, Finlanda și Cipru (Eurostat, 2012).

Politicile de venit ale Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS). În România, din totalul resurselor alocate sănătății, în jur de 79,1% provin din surse publice, iar 20,9%, din surse private (Eurostat, 2012). Cele publice sunt administrate în proporție de 64,6% de FNUASS. Resursele private provin, în cea mai mare parte, din plățile directe efectuate de beneficiarii de servicii, ori sub formă de coplată pentru anumite produse medicale. Majoritatea veniturilor publice destinate sănătății se constituie din cotele de asigurări achitate de angajatori și de angajați, pensionari sau alte persoane fizice. Quantumul acestora s-a ridicat la 15 miliarde lei (2,6% din PIB) în anul 2011.

De regulă, nivelul de implicare a sectorului public în finanțarea serviciilor medicale (în raport cu cele private) indică, oarecum, gradul de polarizare a accesului la aceste servicii. Desigur, în România nu se poate vorbi despre un nivel al polarizării accesului, ca în Cipru sau în Bulgaria, dar oricum, faptul că ponderea contribuției gospodăriilor populației la cheltuielile totale cu sănătatea depășea 20%, în anul 2009, atestă existența unei situații destul de dificile în această privință și în România.

Sistemul public de sănătate utilizează și venituri colectate prin *taxa pe viciu* (accizele pe tutun și băuturi alcoolice) și din impozitul pe veniturile producătorilor, importatorilor și comercianților de medicamente a căror contravaloare este suportată, integral sau parțial, de FNUASS (*taxa clawback*, instituită prin OUG nr. 104/2009, ca impozit suplimentar pe producția, importul și vânzarea de medicamente compensate, care a modificat Legea nr. 95/2006 privind reforma sănătății). În anul 2011, *taxa pe viciu* a contribuit cu 1,2 miliarde de lei, iar *taxa clawback* cu 0,24 miliarde lei la bugetul Ministerului Sănătății.

Subvențiile de la bugetul de stat, de regulă, completează bugetul FNUASS. În anii 2010 și 2011 acestea au acoperit o parte a deficitului FNUASS și **au totalizat 5,5 miliarde lei, adică 15% din veniturile totale** (CNAS, MFP, 2012).

Formula de calcul a taxei clawback a fost modificată de două ori în anul 2011. Această taxă urmărește, de fapt, returnarea la bugetul FNUASS a valorii consumului trimestrial de medicamente compensate, care depășește cuantumul stabilit de CNAS. *Taxa clawback* este puternic contestată în rândurile producătorilor și importatorilor de medicamente din cauză că:

- responsabilizează economic pentru creșterea consumului de medicamente doar industria farmaceutică, deși reprezentanții industriei afirmă că, de fapt, medicii dețin controlul fenomenului prin prescrierea rețetelor compensate; medicii însă, pe bună dreptate, nu pot ignora incidența reală a îmbolnăvirilor populației, luând decizii care să favorizeze strict economic sistemul, deoarece dincolo de rațiunile economice, acesta are funcții sociale vitale;

- taxa se aplică la valoarea medicamentelor eliberate incluzând TVA, marjele farmaciștilor și ale celorlalți agenți implicați în distribuție, deși subiecții fiscali sunt doar producătorii de medicamente și importatorii;

- valoarea de referință a medicamentelor nu este realistă, situându-se sub nivelurile reale aferente ultimilor trei ani;

- nu există criterii clare de stabilire și ajustare a plafoanelor consumului de medicamente, plafoanele trimestriale comunicate de CNAS fiind calculate netransparent.

Criza economică a determinat diminuarea *cuantumului total al contribuțiilor populației la asigurările de sănătate*, de la 11% în anul 2008 la 10,7% în anul 2009, scăzând în total cu un miliard de lei până în anul 2010. În anul 2009, veniturile FNUASS au scăzut cu 7% față de anul anterior. Acest fenomen a coincis cu creșterea cererii de medicamente compensate, ca urmare a eliminării restricțiilor impuse anterior. În anii 2010 și 2011, cu ajutorul subvențiilor de la bugetul de stat, veniturile totale ale FNUASS au reintrat pe un curs ascendent, iar în anul 2011, aproape s-au dublat față de anul 2007 (au fost de aproape 18 miliarde lei). Contribuțiile pensionarilor la asigurările de sănătate au mărit cu 1,7 miliarde de lei cuantumul total al acestora, în anul 2011. Dar invalidarea de către Curtea Constituțională a metodei de calcul a contribuției pensiilor la asigurările medicale (pensiile mai mici de 740 de lei fiind scutite de plata contribuției) a determinat reducerea suplimentului de 1,7 miliarde lei la numai 750 de milioane lei (CNAS, MFP, 2012).

Politici privind cheltuielile FNUASS. În anul 2011 au avut loc mai multe evenimente care au influențat masiv cheltuielile FNUASS: au scăzut, cu aproape 20%, față de anul 2010, cheltuielile nominale cu spitalele, ca urmare a desființării a peste 150 de spitale, a reducerii numărului de paturi, a reducerii numărului și duratei medii a internărilor. Cu toate acestea, în anul 2011, FNUASS a cheltuit, în termeni nominali, dublu, comparativ cu anul 2005 (CNAS, MFP, 2012). Cele mai mari cheltuieli ale FNUASS, în jur de 45%, au fost determinate de *activitățile spitalelor*.

Următorul subcapitol de cheltuieli, în ordinea mărimii, este **consumul de medicamente compensate**, a cărui pondere medie, în ultimii șase ani, a fost în jur de 27%. *Eliminarea plafoanelor pentru eliberarea medicamentelor compensate, în anul 2008, a permis creșterea consumului*, dar din cauza reducerii veniturilor disponibile pentru acoperirea unor asemenea cheltuieli, s-au acumulat restanțe mari la plată în anii 2009 și 2010, ceea ce a creat presiune asupra bugetului de stat pentru a subvenționa aceste cheltuieli. Ca urmare, în anii 2010 și 2011, bugetul public a dirijat spre FNUASS peste 4 miliarde de lei pentru achitarea consumului de medicamente din anii anteriori – în 2010 pentru 2009, iar în 2011 pentru 2010. De aceea, plățile fiecărui an nu au mai reflectat consumul curent de medicamente, ceea ce a creat un decalaj de aproape 10 luni în plata acestora. Plățile de 6 miliarde de lei aferente anului 2011 nu reflectă consumul real, deoarece acestea au acoperit și restanțele anului 2010. În anii 2010 și 2011 consumul de medicamente compensate s-a situat în jurul a 5,7 – 5,9 miliarde lei (CNAS, MFP, 2012).

În prezent, **FNUASS este fondul cu cele mai mari restanțe dintre bugetele publice**. Anii de criză, 2009–2011, managementul deficitar, uneori dezastruos al sistemului, trenarea procesului de reformă, cererea de servicii în creștere, au determinat intrarea repetată în colaps a sistemului, revolte ale angajaților și, în cele din urmă, exodul celor mai buni specialiști spre locuri de muncă din străinătate, mai bine plătite. Dezechilibrele acumulate de-a lungul numeroșilor ani de criză perpetuă prin care a trecut sistemul medical românesc se resimt la toate nivelurile – de către specialiștii care au rămas în sistem și de către pacienți. De mai mulți ani, FNUASS nu mai reușește să achite simultan plățile restante și facturile curente. Datoriile către furnizorii de medicamente reprezintă 85% din resursele disponibile în mod curent. Asta pentru că perioadele de decontare au fost extinse prin HG nr. 1088/30.09.2009, fără consultarea prealabilă a industriei farmaceutice (CNAS, MFP, 2012).

Problema insuficienței asigurărilor ca mijloc de finanțare a sistemelor medicale publice europene. După anul 1989, țările central și est-europene au avut de depășit restricții bugetare fără precedent, pe fondul exploziei costurilor pentru sănătate. Ca soluție, unele servicii medicale publice au introdus asigurările sociale de sănătate. Nici astfel, însă, nu au reușit să mobilizeze suficiente resurse, din două motive:

- bugetul statului a fost doar înlocuit, în proporții covârșitoare, prin fondul asigurărilor sociale și nu suplimentat în finanțarea sănătății;
- criza financiară, pensionările înainte de termen și munca la negru au erodat baza de colectare a contribuțiilor, în condițiile în care pensionarii și populația rurală contribuie relativ puțin la fondul de asigurări.

Asigurările medicale funcționează pe principiul solidarității sociale care, dincolo de diminuarea riscului de sărăcie în caz de îmbolnăvire, are în vedere și reducerea inegalităților determinate de accesul social la îngrijirea sănătății. Dar în țările unde nu există competiție între agențiile de asigurări medicale, acestea funcționează pe principii de monopol, ceea ce descurajează utilizarea optimă a

resurselor, desființând opțiunile beneficiarilor de a-și valorifica resursele cât mai convenabil. Dacă într-un asemenea mediu funcționează și asigurări private de sănătate, acestora nu le va fi foarte greu să atragă persoanele cu riscuri de îmbolnăvire cât mai scăzut, ceea ce va crea o concurență neloială sistemelor publice de asigurări, care sunt obligate să asigure în condiții de contribuție cvasiuniversală. Dar faptul că mecanismele de piață în finanțarea sistemelor de sănătate produc asemenea condiții de concurență net contraproductive economic și social nu împiedică larga lor răspândire în Europa și în lume.

CONCLUZII

Sistemele de sănătate publică vest și nord-europene au atins o anumită maturitate, dar cu toate acestea au și ele destule dificultăți – cele mai frecvente decurgând din măsurile de restrângere a costurilor îngrijirii medicale. Și sistemele publice din Europa sudică sunt intens criticate de beneficiarii lor din cauza birocrăției excesive, a implicării reduse a statului în finanțare, a costurilor mari ale cheltuielilor directe ale populației pentru serviciile medicale ș.a., dar situația cea mai grea este, se pare, cea din țările central și est-europene care, în pofida numeroaselor încercări de reformare, de după căderea regimurilor comuniste, încă nu reușesc să răspundă satisfăcător cererii interne de servicii medicale și așteptărilor populației.

Și în România, unde sistemul medical este subfinanțat de mai multe decenii, iar încercările de reformare nu au adus îmbunătățirile mult așteptate ale actului medical, sistemul suferind, în ultimii ani, și prin reducerea masivă a numărului de specialiști, una dintre principalele amenințări pentru sănătatea populației o reprezintă, pe lângă conjunctura economică extrem de dificilă, starea deplorabilă a sectorului medico-sanitar public.

În România, însă, dincolo de problema cronică a celei mai inconsistente finanțări a sectorului public, comparativ chiar și cu sistemele medicale ale țărilor central și est-europene, o serie de neajunsuri decurg și din:

– *accesul inechitabil la servicii* al unor categorii consistente de populație (cei cu venituri mici, populația din rural, unele comunități de romei, populația din localitățile izolate);

– *lipsa de transparență și eficiența scăzută a cheltuielilor* realizate în sistem, precum și *problema corupției*, moștenită din vechiul regim – probleme de notorietate publică deja – adesea evocate, fără alte efecte, în discursurile politicianilor și specialiștilor medicali;

– *neaplicarea prevederilor legale în vigoare* (programe de asistență reglementate gratuit, dar finanțate insuficient – pentru mame și nou născuți, pentru tratamentul unor afecțiuni precum cancerul, SIDA, tuberculoza ș.a.).

În **asistența medicală primară** – domeniu net deficitar în România – cele mai sensibile probleme sunt generate de:

- distribuția neechilibrată în teritoriul a medicilor de familie, ceea ce limitează accesul la servicii al anumitor categorii de populație, în zonele defavorizate;
- deficiențele și deficiențele infrastructurii ce deservește asistența primară;
- lipsa personalului calificat și a unor structuri instituționale specializate, pentru inițierea și susținerea unor activități preventive;
- lipsa personalului calificat pentru acordarea asistenței la domiciliul bolnavilor aflați în stare gravă.

Introducerea finanțării prin asigurări din România a avut loc într-un mediu economic vulnerabil, în curs de reformare, ce conținea instituții în tranziție sau/și în criză, cu o legitimitate socială slabă, ceea ce nu a fost favorabil sistemelor de servicii medicale. În diferiți ani, fondul național de asigurări medicale a devenit deficitar pe termen lung, obligând bugetul de stat să susțină plățile, insuficiența resurselor afectând grav echitatea și calitatea îngrijirilor medicale. Asta și deoarece asigurările medicale impun cheltuieli mari pentru susținerea relațiilor contractuale dintre diferitele structuri ale ofertei de servicii, ceea ce determină frecvent depășirea disponibilului de resurse din sistem.

Pe un asemenea fond, nu rare au fost cazurile când contribuția financiară ireproșabilă a anumitor categorii de asigurați, efectuată pe termen lung, s-a dovedit neoperațională când asigurații respectivi, solicitând sistemul, au constatat că sistemul nu-i poate servi deoarece se află în criză majoră de resurse. Asemenea situații au descurajat contribuabilii și au determinat scăderea, în opinia multora, a legitimității sociale a sistemelor publice de asigurări medicale.

BIBLIOGRAFIE

1. Bărbulescu, I., Gh. (coord.), Iancu, A., Ion, O. A., Toderaș, N., *Tratatul de la Lisabona. Implicații asupra instituțiilor și politicilor românești*, în „Studii de strategie și politici – SPOS 2010”, Studiul nr. 1, București, IER, 2010.
2. Björnberg, A., *Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index*, 2012, disponibil online la www.healthpowerhouse.com/ehci2012.
3. Culița, L., *Anul și ministrul: 10 statistici alarmante despre sănătatea din România*, 13 Mai, 2012. disponibil online la <http://www.wall-street.ro/slideshow/Social/131499/10-statistici-alarmante-despre-sanatatea-din-romania/5/de-ce-boli-mor-romanii-locul-2.html#anchor-of-navigator>.
4. Dancu, I., *Lista celor 67 de spitale închise de Guvern*, *adevarul.ro*, Actualitate, 1 aprilie, 2011, disponibil online la http://www.adevarul.ro/actualitate/eveniment/Lista-spitale-inchise-vineri-Guvern_0_454754805.html.
5. Deak, I., *România, lanterna roșie a Europei în sistemul sanitar. Wirtschaftsblatt radiografiază situația din țările est-europene*, *Jurnalul Starea de sănătate*, 25 martie, 2012, disponibil online la <http://www.jurnalul.ro/starea-de-sanatate/romania-lanterna-rosie-a-europei-in-sistemul-sanitar-wirtschaftsblatt-radiografiază-situația-din-tările-est-europene-607987.htm>.
6. Doboș, C., *Dificultăți de acces la serviciile de sănătate*, în „Calitatea Vieții”, nr. 1–2, 2006, p. 7–24.
7. Irimia, D., *Sistemul medical românesc, în colaps! Numărul ambulanțelor aproape s-a înjumătățit în ultimii ani. Vezi câte autosalvări erau în 1990 și câte mai sunt acum!*, *Econtext*,

- 12 Ianuarie, 2012, disponibil online la <http://www.econtext.ro/dosar--2/analiza/cati-bolnavi-cronici-are-fiecare-stat-din-uniunea-europeana-vezi-pe-ce-loc-surprinzator-se-plaseaza-romania.html>.
8. Lalonde, M., *A new perspective on the health of Canadians. A working document*, Ottawa, Government of Canada, 1974.
9. Pikani, J., Sava, D. I., *România – asistența tehnică pentru sprijinirea actualizării strategiei spitalicești*, Raport al experților Băncii Mondiale, 2009.
10. Stanciu, M., *Premise actuale de excludere, în domeniul asistenței medicale*, în „Calitatea Vieții” nr. 1, 2003, p. 1–10.
11. Țigăniuc, B., *Perspective privind finanțarea sănătății în România*, în „Viața Medicală”, 14 Ianuarie, 2011, disponibil online la http://www.viata-medicala.ro/*articleID_2706-dArt.html.
12. Veress, R., *Îndemnul lui Bănescu a dat roade. România rămâne cu cei mai puțini medici din UE!*, în „Jurnalul”, 30 mai, 2012, disponibil online la <http://www.jurnalul.ro/observator/numar-medici-romania-ue-614148.htm>.
13. Vlădescu, C., (coord.), *Sănătate publică și management sanitar. Sisteme de sănătate*, București, Editura Centrul pentru politici și servicii de sănătate, 2004.
14. *** *Anuarul Statistic al României*, București, INS, 2011.
15. *** *Carte Albă, Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013*, Comisia Comunităților Europene, 2007, disponibil online la http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_ro.pdf.
16. *** *Criză și reformă în sistemul de sănătate. O radiografie la zi*, SAR, 2010, disponibil online la <http://www.sar.org.ro/files/rap%20detaliat.pdf>.
17. *** *De ce nu putem avea servicii de calitate cu bani puțini și ce opțiuni sunt pentru a spori resursele, veniturile și cheltuielile sistemului de sănătate*, Scurtă analiză comparativă a variantelor de reformă, EFOR, Policy Brief, no. 7, Expert, Mai, 2012, disponibil online la <http://catchnotes.files.wordpress.com/2012/05/17052012-studiu-resurse-sanatate-final-ora-24-00.pdf>.
18. *** *Determinants of health, Public Health*, European Commission, 2012, disponibil online la http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm.
19. *** *European Health for All Database*, WHO Regional Office for Europe, Eurostat, 2012, disponibil online la www.data.euro.who.int/hfad/.
20. *** *General government expenditure statistics*, Eurostat, 2012, disponibil online la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/images/d/da/Total_general_government_expenditure_on_health_by_country%2C_2005-2009_%28%25_of_GDP_and_millions_of_euro_in_2009%29.PNG.
21. *** *Healthcare statistics*, Eurostat, 2012, disponibil online la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthcare_statistics.
22. *** *Healthcare statistics, Healthcare indicators, 1999-2009 (per 100 000 inhabitants)*, Eurostat, 2012, disponibil online la http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthcare_statistics.
23. *** *Hospital, beds, 1999-2009, per 100 000 inhabitants*, Eurostat, 2012, disponibil online la [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Hospital_beds_1999-2009_\(per_100_000_inhabitants\).png&filetimestamp=20120514093740](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Hospital_beds_1999-2009_(per_100_000_inhabitants).png&filetimestamp=20120514093740).
24. *** *Determinants of health, Public Health*, European Commission, 2012, disponibil online la http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm.
25. *** *LEGEA nr. 286 a bugetului de stat pe anul 2011*, 28 decembrie 2010.
26. *** *MIND Research and Rating*, CNAS, MFP, 2012.
27. *** *40% dintre români nu au acces la serviciile medicale de baza - raport*, Ziare.com, 2012, disponibil online la <http://www.ziare.com/stiri/spitale/40-la-suta-dintre-romani-nu-au-acces-la-serviciile-medice-de-baza-proiectii-pentru-2012>, Societatea Academică din România (SAR), disponibil online la <http://www.sar.org.ro/wp-content/uploads/2012/04/SAR-47-611.pdf>.
28. *** *Pompierii SMURD*, disponibil online la <http://www.smurd.ro/>.
29. *** *Raportul din 31 martie 2011*, Lege Start.ro, Guvernul României, 2011.
30. [http://legestart.ro/Raportul-2011-al-comisiei-selectie-unitatilor-sanitare-paturi-nu-pot-incheia-contracte-casele-asigurari-sanatate-\(MzcxMDcz\).htm](http://legestart.ro/Raportul-2011-al-comisiei-selectie-unitatilor-sanitare-paturi-nu-pot-incheia-contracte-casele-asigurari-sanatate-(MzcxMDcz).htm).

This article opens a debate of great interest for the Romanian present society: the current situation of the national health services reform and its social effects until now. This is not an exhaustive approach of the field, but rather an overview of some challenges and difficulties that Romania has encountered in the tendency to modernize its public health care system.

The reform of the public system of health services from Romania, started in 1998, but yet unfinished, only multiplied the social costs of the medical care, on the background of the continuously decreasing of the quality of the services offered and of the population access to the services.

After 15 years of reform, Romania is still on the last place in the European top of the public health service quality. The Euro Health Consumer Index – EHCI is a synthetic standard assessor of the performances belonging to European public health systems. Putting in a single formula more analytical indicators regarding the quality of public health services EHCI provides a comprehensive description of the quality of a public health system.

In spite of it, at least in Romania, there still are many politicians who think that reforming public health services is only a matter of financing the system.

This article indicates the tendency of state to stop the financing for some polyclinics and hospitals, clearly showing the social mission of the public health services, in the conditions of the entering on the free market of some private health services.

The description of the deficient material endowments of the public health system and of rather disbalanced cover of the system with medical staff, raises the problem of adopting new social and medical policy, in order to improve the quality of health services.

In the context are included also some solutions applied by other European systems with superior performances, for alleviating some specific difficulties.

The process of reforming the public health system in Romania is not an easy task for anybody, it supposes a mature strategic vision based on a deep knowledge of the existing system and demands consistent financial resources. But first of all, it supposes a steady political will, a long term co-ordination of the process by experts and last, but not least, the medical institutions and staff collaboration.

This paper uses as main sources of databases Eurostat, National Institute for Statistics, but contains also some opinions of the medical staff and patients.

Keywords: public health services, reform, quality.

Primit: 29.10.2012

Acceptat: 17.12.2012

Redactor: Ioan Mărginean