



Mix-ul public și privat în sănătate în Romania 2025
Un model European de parteneriat pentru
echitate, eficiență și echilibru.
Împreună pentru un sistem medical mai puternic

Position Paper - Mai 2025

Cuprins

SUMAR EXECUTIV	3
INTRODUCERE.....	4
CADRUL CONCEPTUAL	4
FINANȚAREA.....	5
FURNIZAREA.....	7
DEZVOLTAREA DE SERVICII	9
IMPACTUL MACROECONOMIC AL FURNIZORILOR PRIVAȚI DE SERVICII MEDICALE	10
ECHILIBRUL SI CADRUL LEGISLATIV SI DE REGLEMENTARE	11

Editat de PALMED @ 2025.

Autori: Conf. Dr. Bogdan C. Pană, Răzvan Vulcănescu, Cristian Hotoboc

Revizuit în Comitetul Director PALMED

SUMAR EXECUTIV

Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Private – PALMED reprezintă de 18 ani partenerul de discuții reprezentativ pentru sectorul medical privat în relație cu autoritățile.

Sistemul de sănătate din **România** a suferit transformări continue în ultimii 20 de ani, ajungându-se la un sistem **mix public si privat (P&P)** în care peste 50% din serviciile medicale ambulatorii furnizate asiguraților publici sunt realizate de sistemul privat (1).

Modelele de mix P&P sunt o realitate a modului de funcționare în sistemele cele mai performante din lume și din Europa, de exemplu: Franța sau Germania. **Echitatea și eficiența** sunt principalele teme de discuție în abordarea mix-ului public si privat în sănătate, alături de **universalitate, acces** la îngrijiri de **calitate, solidaritate, sustenabilitatea si satisfacția pacientului**. (2)

Cadrul conceptual de analiză de sistem relevă ca sistemul public are mai multe șanse să asigure echitatea iar sistemul privat mai multe șanse să asigure eficiența. De aici nevoia de **funcționare mixtă** a celor două sisteme, cu dorința declarată de a duce la maxim cele două componente: **echitatea și eficiența**.

Datorită nivelului de dezvoltare economică mai scăzut, România cheltuie aproximativ 1/3 față de sistemele de sănătate europene la care facem de obicei referință, dar reușește să obțină rezultate de sănătate mai bune ca acum 30 de ani: de exemplu, speranța de viață a crescut, (3) Acest lucru se realizează prin **contribuția semnificativa (30%) din buzunar a pacientului**, care este a doua sursă de finanțare a sistemului de sănătate din România, și mult mai mare decât media europeană de 20%.

Asigurarea echității și universalității îngrijirilor se face prin asigurările publice de sănătate (APS), prin metodele de finanțare (colectare de fonduri), deciziile de includere în lista de asigurați (cu contribuție sau fără) și a mecanismelor de plată (contractul cadru).

Ponderea serviciilor prestate de furnizorii privați din serviciile contractate de FNUASS ne arată o **contribuție de peste 50% a sectorului privat** în serviciile de medicină primară, ambulatorii, laboratoare, imagistica, dializa, radioterapie și de **5% maxim 9% în spitalizările continue** de acută și cronice (1). Bugetul spitalului public este constituit 50% din subvenții și 50% din servicii decontate (1), în timp ce bugetul spitalului privat este constituit din 20-30% servicii cu CAS restul reprezentând contribuții ale pacientului din buzunar sau abonamente și asigurări private. Având în vedere amprenta furnizorilor privați în sistem, considerăm ca aceștia ar trebui **să facă parte din planificarea de servicii** la nivel de sistem de sănătate.

Dezvoltarea infrastructurii se face și de către stat și de către privat, prin finanțări diferite, și cu obiective diferite. Dar ciclurile de dezvoltare, atât a infrastructurii cât și a personalului durează 5-6 ani iar pacienții cu probleme au nevoie de servicii „*acu*” iar ceilalți trebuie să vadă că vor exista soluții. Așa că, **predictibilitatea este cuvântul cheie**.

Ministerul Sănătății ar trebui **să ridice barierele existente** în recunoașterea diplomelor și pregătirilor efectuate în țările EU și **să ușureze mecanismele de reîntoarcere** a specialiștilor.

Acest document de poziție susține păstrarea unui **model de dezvoltare incrementală** a legislației și reglementărilor din sănătate, care să permită **adaptarea și dezvoltarea** asiguratorilor și furnizorilor publici și privați (P&P) rapid, și într-un **cadru predictibil**.

INTRODUCERE

Sistemul de sănătate din România a suferit transformări continue în ultimii 20 de ani, reflectând un amestec de contribuții crescânde ale sectorului privat în contextul unui sistem public în continua reformare și adaptare. Evoluția demografică, economică și medicală ne îndreptățește să anticipăm o perioadă de schimbări în sectorul medical, schimbări pe care le dorim coordonate în contextul mix-ului public și privat.

Patronatul Furnizorilor de Servicii Medicale Private – PALMED, reprezintă de 18 ani partenerul de discuții reprezentativ pentru sectorul medical privat în relație cu autoritățile. Încă de la înființare PALMED a militat pentru dreptul pacienților la servicii medicale de calitate, la un preț accesibil precum și pentru susținerea investițiilor în sectorul de sănătate și dezvoltarea medicinei din România.

Acest document de poziție susține păstrarea unui model de dezvoltare incrementală a legislației și reglementărilor din sănătate, care să permită adaptarea și dezvoltarea asiguratorilor și furnizorilor publici și privați (P&P) într-un cadru predictibil.

Vom aborda implicațiile aspectelor legate de acces, calitate și echitate pentru pacienți, impactul asupra economiei și nu în ultimul rând dezvoltarea strategică a resurselor materiale, umane și tehnice pentru sănătate la un nivel comparabil European.

CADRUL CONCEPTUAL

Evaluarea modelelor de mix P&P în Europa ține cont de valorile comune recunoscute de Consiliul Europei la nivel de sistem de sănătate: universalitate, acces la îngrijiri de calitate, echitate și solidaritate. (4) Istoria recentă a evidențiat că și alte componente critice suplimentare, cum ar fi reziliența (post covid), sustenabilitatea, eficiența dar și satisfacția pacientului, au fost incluse în matricele de evaluare de sistem. (5,6).

Realitatea este că în toate țările din Europa există modele mixte P&P de furnizori și plătitori, modele care au evoluat specific în fiecare țară din Europa de vest în peste o sută de ani, sau mai recent din 1945 și până în prezent (80 de ani). Modelele sunt în continuu ajustate spre a atinge dezideratele mai sus menționate.

Echitatea și eficiența sunt principalele teme de discuție în abordarea mix-ului public și privat în sănătate. Echitatea înseamnă rezolvarea tuturor problemelor de sănătate pentru toată lumea indiferent de cât plătesc sau ar putea să plătească, iar eficiența înseamnă obținerea unor rezultate maxime per unitate monetară. (2)

Rezultatele sunt evidente: servicii de sănătate de calitate, accesibile și performante.

Cadrul conceptual de analiză de sistem releva că sistemul public are mai multe șanse să asigure echitatea iar sistemul privat mai multe șanse să asigure eficiența (2). De aici nevoia de funcționare mixtă a celor două sisteme, cu dorința declarată de a duce la maxim cele două componente: echitate și eficiență.

În România, din 1999, data înființării Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, și până astăzi au trecut aproape 30 de ani în care s-a ajuns la un model de interacțiune plătitori P&P /furnizori P&P ca cel descris mai jos în Tabelul 1.

Furnizor de servicii	Asigurator / Terț plătitor(MS, UAT, etc)			Plăți directe ale pacientului.
	Public	Privat/ non profit	Privat/ for profit	
Public	x		?	x
Privat / non profit	x		x	x
Privat/ for profit	x		x	x

Legenda: X-interacțiune mare, x- Interacțiune medie x-interacțiune mica, ?-nu cunoaștem modele.

Tabelul 1.

FINANȚAREA

Finanțarea serviciilor de sănătate se ocupă de colectarea și alocarea de resurse pentru infrastructura de sănătate (plata personalului medical, achiziționarea echipamentelor și medicamentelor, construcție și întreținerea clădirilor).

Plata serviciilor se referă la modalitatea prin care tarifele specifice ale serviciilor realizate sunt acoperite. Plata serviciilor poate varia în funcție de tipul de serviciu (de exemplu, consultații, tratamente, spitalizare). În România se face în baza Contractului Cadru cu Normele aferente.

Instituția care finanțează facilitatea medicală (spital, cabinet, laborator, etc) este cea care o deține; fie publică (Minister, APL -Autoritate Publică Locală, etc) sau privată (SRL, SA, CMI).

Cel care plătește serviciile, se numește „*terț plătitor*” și acesta achită serviciile la tarifele și în condițiile stabilite în baza unui contract; FNUASS, Asiguratorii privați. Ministerul Sănătății este și Finanțator și Plătitor de servicii pentru că deține spitale, dar face și plăți pentru servicii.

Deci, FNUASS și Ministerul Sănătății nu finanțează domeniul privat, ci plătesc serviciile folosite de pacienții asigurați în entitățile private.

În România cheltuielile pentru sănătate au crescut odată cu PIB-ul și deși a scăzut contribuția pentru sănătate la FNUASS de la 14% în 2000 la 10% în 2025, FNUASS a crescut de peste 15 ori în ultimii 25 de ani. Dar în ultimii 20 de ani, finanțarea spitalelor și a medicamentelor au deținut primul loc (75-80%) fără să se fi produs vreo schimbare de trend în perioada 1999-2019. (6)

S-a ajuns la o sumă de 1.390 EURO PPP per persoană pe an, dar suntem încă la o treime din modelele europene cu care vrem să ne comparăm. Efortul financiar alocat sănătății, judecat ca % din PIB, este în România 5% iar în țările vestice peste 10%. Acest indicator crește însă numai odată cu PIB, și evoluează invers proporțional cu plățile din buzunar ale pacienților. Figura 1 (7)

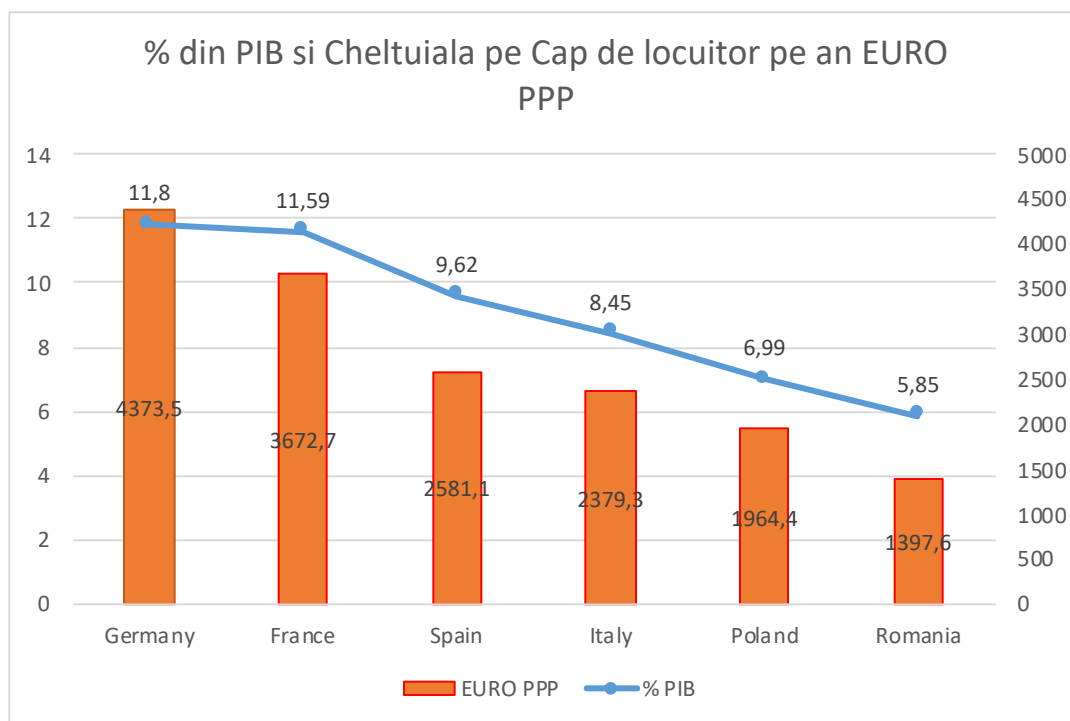


Figura 1.

Sursele de finanțare ale sistemului de sănătate din România, ca % din total finanțare în 2023 sunt următoarele, conform studiului „*Transparența banilor din sistemul medical românesc*”, lansat de Academia de Studii Economice (ASE):

1. CASS (contribuția la asigurările sociale de sănătate) – 42,66%
2. Cheltuieli directe suportate de pacienți (Out of pocket-OOP) – 30,05%.
3. Bugetul de stat – 20,48%
4. Taxa claw-back – 4,54%
5. Abonamente de sănătate (clinici private) – 0,98%
6. Bugetele locale ale Unităților Administrativ Teritoriale – 0,65%
7. Asigurări private – 0,46%
8. Alte scheme – 0,19%.

Plata din buzunar a pacientului este mare în România comparativ cu media Europeană: 30% din bugetul total național față de 20% media EU. Pacientul plătește cea mai mare parte pentru medicamente 41%, pentru asistența medicală 22%, pentru stomatologie 15%. Spitalizările, medicina generală, tehnica medicală sunt cu procente de 5% și sub.

Deci plata privată a pacientului este a doua sursă de finanțare a sistemului de sănătate.

Problema majoră a finanțării asigurărilor sociale de sănătate este că numărul contribuabililor a ajuns la 35% din cei asigurați, iar subvențiile de echilibrare din partea Guvernului au ajuns să reprezinte 13.9% din FNUASS (1). Din rândul celor 6 mil de persoane care plătesc asigurări de sănătate (angajații și cei cu venituri impozabile) sunt 2,2 mil de persoane care plătesc și abonamente de sănătate (ABS) sau asigurările voluntare de sănătate (AVS) (8), deci o dublă contribuție: publică obligatorie și privată voluntară. Statul asigură deductibilitate fiscală de 400 euro/an pentru ambele-ABS și AVS.

FNUASS acoperă nevoia de servicii ale persoanelor asigurate (conform definiției de asigurat) în limita bugetului aprobat, contractând cu furnizorii existenți pe piață în România, și plătește și servicii efectuate în străinătate.

Asigurarea echității și universalității îngrijirilor se face prin asigurările publice de sănătate (APS), prin metodele de finanțare (colectare de fonduri), deciziile de includere în lista de asigurați (cu contribuție sau fără) și a mecanismele de plată (contractul cadru). Astfel se asigură pacienților accesul la furnizorul potrivit. Mecanismele de finanțare actuale creează premisa ca toți cetățenii să aibă acces la asistență medicală de calitate, indiferent de situația financiară prin integrarea îngrijirii private în sistemul public de asigurări de sănătate în condiții reglementate. Singura problemă este cea a capacității de plată a sistemului public, care lasă o povară mare pe pacient. Acest aspect se poate realiza odată cu creșterea PIB-ului și a procentului din PIB și prin stimularea ABS și AVS.

FURNIZAREA

Furnizorii de servicii din România erau la începutul perioadei post-comuniste 100% publici. În cei peste 30 de ani care au trecut s-au investit sute de milioane euro de către furnizorii privați, dezvoltându-se în special serviciile de ambulator, laborator, investigații și spitale.

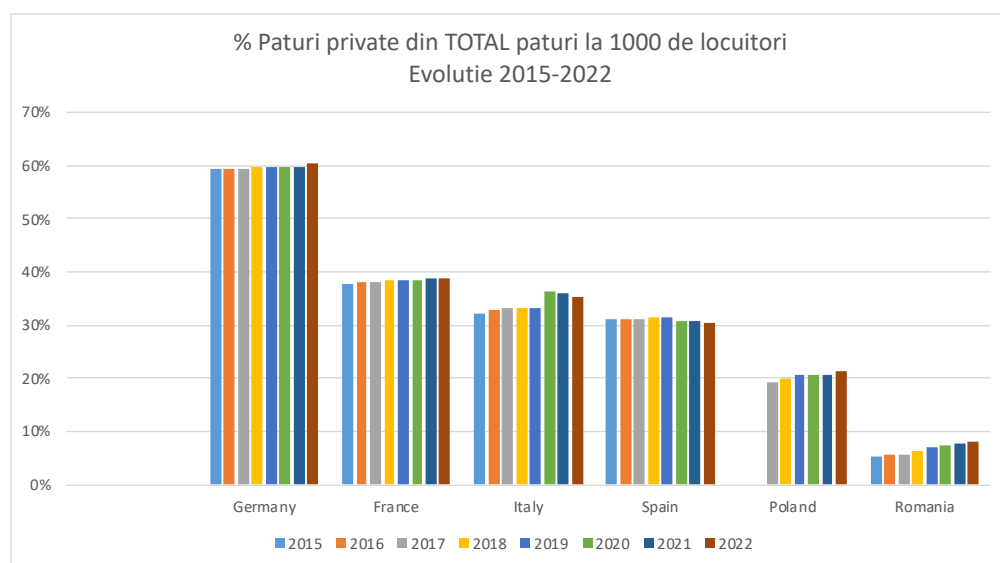


Figura 2. Procentul de paturi private la 1000 locuitori și evoluția 2015-2022. Sursa OECD

Sistemul medical românesc este orientat cu precădere spre tratare și nu spre prevenție, cea mai mare sumă fiind alocată către serviciile cu internare din spitalele publice unde implicarea statului este necesară și semnificativă - 95% din unitățile spitalicești. Segmentul privat deține însă o pondere mai ridicată în paraclinic și ambulatoriu dar cu actori reprezentativi pe toate nivelele de asistență. Accentul în rândul furnizorilor privați este pus pe prevenție unde prin intermediul asigurărilor private sau a abonamentelor medicale se ajunge la o degrevare a cheltuielilor curative din FNUASS. Cu toate acestea, în România, doar 40% dintre persoane accesează serviciile medicale pentru controale frecvente/regulate, în timp ce majoritatea merge la medic doar în momentul în care este necesar.

Cheltuielile de prevenție se situează în general sub nivelul UE din punct de vedere al proporției alocate din totalul cheltuielilor pentru sănătate. România are un număr teoretic de paturi la 1.000 locuitori mult peste media europeană, dar capacitatea de deservire a acestor paturi cu servicii medicale adecvate ca forță de munca și dotări tehnice ar fi un indicator mai relevant de urmărit.

La nivelul Uniunii Europene, România se află pe ultimele locuri în ceea ce privește numărul de consultații stomatologice medii anuale (0,3 per capita). În ceea ce privește numărul mediu de locuitori care revine unui cabinet stomatologic, se observă o deficiență majoră în zona rurală, unde 3.885 locuitori sunt aferenți unui cabinet stomatologic, comparativ cu 711 în mediul urban. Subfinanțarea domeniului asistentei medicale stomatologice coroborată cu subestimarea incidenței afecțiunilor ce decurg din lipsa prevenției la nivelul cavitații bucale conduc la o creștere a patologiilor cu implicații copleșitoare pentru pacient.

În Franța de exemplu, sunt 48% spitale private care fac 60% din operațiile electivă. În Germania sunt 60% spitale private, iar procentul chirurgiei electivă efectuate în privat este de 36%, iar în Italia în 40% spitale private se efectuează 40% din chirurgia electivă.

În România numărul de paturi de spital contractabile cu FNUASS la nivel de țară și județele aferente este stabilit prin HG 401/2023. Începând cu data de 1 iulie, numărul total de paturi aprobat la nivel național este de 117.284. În 2024 din total numărului de paturi contractabil, spitalele private pentru acuți reprezintă 4%, și 9% cele de cronici. Tabelul 2.

În Europa statul are un rol major în asigurarea asistentei spitalicești la nivel național. Spitalul public are rolul de a asigura componenta de sănătate publică, de prezență permanentă pentru urgente chiar și în zonele defavorizate, asigurarea situațiilor medicale catastrofale, și a cazurilor complexe prin spitalele de complexitate înaltă regionale și universitare. Și în România principiile sunt similare, de aceea spitalul public este puternic subvenționat de stat și nu este în pericol de faliment datorită funcționării ineficiente, deși eficiența rămâne ca obiectiv și în managementul spitalului public. (15)

	Nr paturi	Paturi Paliativ	Paturi Acuți	Paturi Cronici	Contractat SC	% contractat
Public	125.444	1.046	88.698	23.315	111.013	88,5%
Privat	11.377	1.995	3.743	2.217	5.960	52,4%
Total	136.821	3.041	92.441	24.532	116.973	
% Privat/Total	8,3%	65,6%	4,0%	9,0%	5,1%	

Tabelul 2. Numărul de paturi existente și contractate public și privat. Preluat și adaptat din *Transparența banilor din sistemul medical românesc*, lansat de Academia de Studii Economice (ASE):

Prin gestionarea contractelor cu furnizorii, asigurarea publică gestionează accesibilitatea pacienților la servicii spitalicești pe principiul banii urmează pacientul. Prețul plătit pentru serviciul public este identic la furnizor, public sau privat și se face prin DRG. În Franța acest lucru a fost îndelung dezbătut și cu greu s-a ajuns la „tarification à l'activité” cu tarife identice în anul 2005 (2).

Din păcate însă, Tariful pe Caz Ponderat este sub valoare costurilor reale din spitale. Dar, situația este ținută în echilibru prin subvenții pentru salarii în spitalele publice. Astfel încât bugetul spitalului public este de 50% din subvenții și 50% din servicii decontate(1). În spitalele private care au contract cu FNUASS,

serviciile decontate de casa sunt 25-30% din buget restul fiind contribuția ale pacientului (OOP, sau ABS sau AVS).

Daca cei 5% din buget plătiți către privat s-ar duce către spitalele de stat, atunci tariful mediu pe caz ponderat de 1.500 lei ar crește doar până la 1.575, o creștere care nu ar rezolva nimic din problema subfinanțării spitalelor publice, problemă adresată deja prin subvenții. Ar fi însă un impact semnificativ pentru cei aproximativ 1.000.000 de pacienți contribuții la asigurări sociale de sănătate ale căror probleme de sănătate sunt rezolvate în spitalele private și ar putea pune în discuție principiul solidarității în plata contribuțiilor asigurărilor sociale de sănătate. În contextul numărului mic de contribuitori, acest lucru trebuie evitat.

Ponderea serviciilor prestate de furnizorii privați astăzi din serviciile contractate de FNUASS ne arată o contribuție semnificativă de peste 50% a sectorului privat în furnizare de servicii asiguraților FNUASS cu excepția spitalizărilor continue de acută și cronice, sub 15% și a programelor derulate prin spitale.

- 4,5% din spitalizările continue acute
- 15% din spitalizările continue cronice
- 32% din spitalizările de zi
- 33% din tratamentele chimioterapice efectuate în unitățile sanitare cu paturi;
- 80,5% din serviciile de radioterapie;
- 89% din serviciile de hemodializă;
- 90% din investigațiile PET-CT;
- 15% din serviciile ortopedice din PNS;
- 15% din serviciile de chirurgie cardiovasculară din PNS.
- 78,50% din ambulatoriul de specialitate
- 96% din stomatologie
- 82,89% laborator și Imagistică
- 74,88% servicii medicale de recuperare în ambulatoriu.

Pentru asigurarea echității, în domeniile considerate critice de către FNUASS se plătesc tarife mai bune per serviciu, iar serviciile pot fi furnizate în privat fără coplăți sau contribuții. De exemplu: analize medicale, dializa, radioterapia. Aceasta abordare, conform legii prețului și a ofertei duce la o creștere a ofertei. Odată cu creșterea ofertei apare competiția furnizorilor. Piața este reglementată de stat prin mecanismele de intrare pe piață: avizare, autorizare, acreditare, contractare, dar fără a oferi un rol activ sistemului privat în planificarea de servicii de sănătate.

Deci statul controlează furnizarea de servicii, atât publică cât și privată prin mai multe mecanisme: financiar, contractual și de avizare/intrare pe piață. Și alege ce servicii să dezvolte și cu ce viteză, echilibrând sectorul public și privat.

DEZVOLTAREA DE SERVICII

Dezvoltarea serviciilor medicale se face de către proprietari.

Aceștia sunt publici: Ministerul Sănătății, APL, alte ministere, Academia Română, Universitățile de Medicină și Farmacie. Finanțarea pentru dezvoltarea infrastructurii publice se face de la buget central,

local si fonduri europene si privați: fonduri de capital, SRL uri, SA uri. Finanțarea dezvoltării furnizorilor privați se face prin fonduri de investiții, credite bancare, resursele acționarilor sau fonduri europene.

Pentru pacienți contează timpul, mai ales in situațiile amenințătoare de viață in care amânarea tratamentului duce la moarte prevenibila sau evitabila. Deci dezvoltarea trebuie făcută „azi”. In ultimii ani, provocările au fost legate de cadrul de reglementare (legislație, avizări), abilitatea de execuție a proiectelor (management) si de oameni (aducerea de personal) si mai puțin de lipsa de fonduri.

Exemplele de buna practica Romanești si Europene ne arata ca, construcția unui spital de mărime medie durează cam 4 ani de la idee la primul pacient (1,5 planificare /avizare + 2,5 construcție/echipare). Iar recrutarea nu este despre a-i convinge pe medici si asistenți sa vina, ci despre a construi un spital (furnizor medical) unde medicii si asistenții medicali sa își dorească sa practice.

Dezvoltarea infrastructurii se face si de stat si de privat, prin finanțări diferite, si cu obiective diferite: asigurarea sănătății publice, a distribuției geografice echitabile, a păcii si stabilității sociale, a urgentelor majore, a medicinei catastrofice sau pentru realizarea unui profit din serviciile medicale pentru furnizorii for profit, sau îndeplinirea misiunii strategice pentru furnizorii non profit.

Alegerea tipurilor de servicii care pot fi dezvoltate de unul sau de altul este la dispoziția statului care trebuie sa echilibreze nevoile populației si bugetele de care dispune si sa realizeze o planificare de servicii de sănătate realista, predictibila si transparenta.

Având in vedere amprenta furnizorilor privați in sistem, consideram ca aceștia ar trebui sa facă parte din planificarea de servicii.

IMPACTUL MACROECONOMIC AL FURNIZORILOR PRIVAȚI DE SERVICII MEDICALE

Furnizorii privați de servicii medicale antrenează un impact direct, indirect și indus la nivelul economiei. Impactul direct arata ca dacă cererea finală pentru un produs/serviciu crește, cifra de afaceri aferentă produsului/serviciului va crește, impactul indirect arata ca dacă producția unui anumit serviciu crește (datorită impactului direct), atunci producția de-a lungul lanțului de aprovizionare va crește, ceea ce la rândul său va genera creșterea cifrei de afaceri în alte sectoare ale economiei iar impactul indus se refera la ocuparea forței de muncă, aceasta crescând ca urmare a impactului direct și indirect și, prin urmare, nivelul venitului gospodăriilor crește în economia generală. Creșterea veniturilor generată astfel, va induce parțial cheltuieli suplimentare cu bunurile și serviciile finale care vor determina o creștere a producției.

Astfel, pentru fiecare EUR de cifră de afaceri proprie, aceștia antrenează 4,7 EUR cifră de afaceri la nivelul întregii economii, pentru companiile aflate în aval sau amonte pe lanțul valoric. Similar, fiecare EUR de valoare adăugată brută creată de aceștia, generează suplimentar 1,8 EUR valoare adăugată în economie, iar pentru fiecare milion de EUR venit suplimentar, 54 locuri de muncă noi sunt create în România. (8)

Amprenta economică a furnizorilor privați de servicii medicale se extinde dincolo de efectele direct observabile pe baza cifrelor raportate de către companii. Furnizorii privați de servicii medicale impulsionează activitatea economică pe întregul lanț valoric, reprezentând parteneri de afaceri de încredere pentru industriile din amonte/aval, din perspectiva contribuției la PIB, considerând efectele pe întregul lanț, acești furnizori au generat aprox. 3% din PIB-ul României în 2022.

În evaluarea amprenteii de ansamblu (directă, indirectă și indusă) pe care furnizorii privați de servicii de sănătate o au în economia României, cifrele confirmă următoarele aspecte:

- se creează aproximativ 8,3 mlrd. EUR în termeni de valoare adăugată, ceea ce reprezintă circa 3% din PIB-ul României în 2022;
- furnizorii privați de servicii medicale contribuie la generarea a 21,9 mlrd. EUR cifră de afaceri pe lanțul valoric sau 4,1% din cifra de afaceri agregată la nivelul economiei.
- fiecare loc de muncă creat de furnizorii privați de servicii medicale determină crearea a unui loc de muncă suplimentar în întreaga economie a României;
- profitul cumulat al companiilor a fost de 1.189 milioane EUR și 876 milioane EUR impozite și taxe care sunt generate pentru bugetul de stat (1,3% din veniturile fiscale colectate în 2022 în România).

La finalul anului 2022, furnizorii privați de servicii medicale aveau aprox. 89 mii angajați, reprezentând 33% din totalul numărului de angajați din sectorul medical (public și privat), la un salariu mediu brut de peste 1400 EUR/luna în timp ce 1% din valoarea impozitelor colectate la nivel național reprezintă aportul furnizorilor private de servicii medicale, generat din valoarea taxelor și contribuțiilor, însumând echivalentul a 669 milioane EUR.

În 2022, segmentul privat de servicii medicale a investit 576 milioane EUR în infrastructura medicală ceea ce reprezintă aproximativ 10% din valoarea totală estimată a pieței serviciilor medicale private care a depășit pragul de 6 miliarde EUR în 2023. (8)

ECHILIBRUL SI CADRUL LEGISLATIV SI DE REGLEMENTARE

În ultimii 20 ani s-au realizat incremental progrese remarcabile în evoluția sistemului și a reglementărilor ajustându-se permanent Legea 95/2006, odată cu dezvoltarea sistemului de sănătate. Dar au existat și acțiunile intempestive de reglementare, cum au fost inițiativele din 2013 „*Vom sista finanțarea din bani publici a spitalelor private*”, sau modificarea recentă dar imediat abrogată a OUG nr. 124/1998, prin care medicii care au SRL (societate cu răspundere limitată) nu mai puteau colabora cu alte clinici.

Acest tip de inițiative, deși pretinse a fi „salvatoare” pentru sistemul public, nu fac decât să destabilizeze sistemul de sănătate și să producă consecințe colaterale semnificative.

De exemplu, creșterea plăților pentru serviciile medicale internaționale au ajuns în 2015 la un nivel de 2,5% din total buget pentru sănătate. Din România au plecat 7.430 de medici numai în ultimii șapte ani, din 2016 până în 2023, arată datele Colegiului Medicilor. (14). Deci, în condițiile în care România pregătește și „exporta” medici(3,14), am ajuns să importăm servicii medicale din străinătate. Creșterea salariilor medicilor în 2017 și investițiile realizate au mai corectat acest trend.

Sistemul privat reușește să dezvolte infrastructura care să fie atractivă pentru medici ca să se reîntoarcă în România, dar Ministerul Sănătății ar trebui să ridice barierele existente de recunoaștere a diplomelor și pregătirilor efectuate în țările EU și să ușureze mecanismele de recunoaștere; atât cele reglementatoare dar și cele pur administrative. În momentul de față, acest proces de recunoaștere durează între 8 luni și 2 ani.

Mix-ul public-privat în domeniul sănătății din România prezintă atât oportunități, cât și provocări. Valorificând punctele forte ale ambelor sectoare, abordând în același timp inechitățile și preocupările de

reglementare, România poate crea mai rapid un sistem de sănătate mai eficient, mai accesibil și mai durabil.

Orientările stabile și clare de reglementare în ambele sectoare, asigură o predicție pentru investitori, dar și pentru personalul sanitar, care vor ști pentru ce să se pregătească și la ce să se aștepte ca angajare și locuri de muncă în viitor.

BIBLIOGRAFIE

1. The public and private Sector mix in healthcare delivery, A Comparative study, Howard A Palley, Oxford University Press 2023.
2. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Romania: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
3. Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (2006/C 146/01).
4. OECD@2024 Health Policy Studies Rethinking Health System Performance Assessment A RENEWED FRAMEWORK)
5. „Transparența banilor din sistemul medical românesc”, Coordonator Nicolae Garofil. Academia de Studii Economice (ASE) 2025.
6. Radu C-P, Pana BC, Pele DT and Costea RV (2021) Evolution of Public Health Expenditure Financed by the Romanian Social Health Insurance Scheme From 1999 to 2019. Front. Public Health 9:795
7. New perspectives on global health spending for universal health coverage, © World Health Organization 2018
8. Impactul economic al sectorului privat de sănătate din România. 21 Mai 2024 | Raport final. Ernst & Young Service SRL ("EY")
9. Hotărârea nr. 401/2023 privind aprobarea Planului național de paturi pentru perioada 2023-2025
10. ORDIN nr. 2.033 din 20 iunie 2023 privind aprobarea detalierii pe județe și pentru municipiul București a numărului total de paturi din unitățile sanitare publice și private pentru care casele de asigurări de sănătate pot încheia contracte de furnizare de servicii medicale spitalicești, pentru anul 2023, începând cu data de 1 iulie
11. CNAS Raport de Activitate Ianuarie -decembrie 2023
12. ORDIN nr. 3.626 din 29 noiembrie 2022 privind criteriile de performanță în baza cărora contractul de management poate continua sau poate înceta înainte de termen
13. <https://www.digi24.ro/magazin/stil-de-viata/viata-sanatoasa/eugen-nicolaescu-vom-sista-finantarea-din-bani-publici-a-spitalelor-private-30361>
14. <https://adevarul.ro/stiri-interne/sanatate/romania-in-topul-tarilor-care-exporta-medici-in-2394031.html>
15. EU Health Sector Study & Final Report, March 2019