

SITUAȚIA SISTEMULUI SĂNĂTĂȚII PUBLICE DIN ROMÂNIA ÎN COMPARAȚIE CU STATELE MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE

THE STATE OF THE PUBLIC HEALTH SYSTEM IN ROMANIA IN COMPARISON TO THE EU MEMBER STATES

Dorina Clichici*

Institutul de Economie Mondială – Academia Română, București, România

Rezumat

Scopul articolului este de a analiza succint situația actuală a sistemului de sănătate din România și de a identifica deficiențele și decalajele existente la acest capitol în comparație cu celelalte state membre ale Uniunii Europene (UE). Cercetarea are la bază analiza indicatorilor de sănătate cu impact asupra creșterii și dezvoltării economice, structurați în jurul a trei piloni: eficiența sistemului național de sănătate, nivelul de dezvoltare și reziliența sistemului și accesibilitatea sistemului de sănătate. Lucrarea evidențiază faptul că, în pofida tuturor pașilor de reformă realizați până în prezent, sistemul de sănătate publică actual din România este unul ineficient și slab finanțat, caracterizat prin exodul medicilor peste hotare, starea precară de sănătate a populației și accesul încă destul de scăzut al populației la serviciile medicale comparativ cu alte țări europene.

Cuvinte-cheie: sistem de sănătate, România, Uniunea Europeană (UE), eficiența sistemului de sănătate, cheltuieli pentru sănătate, accesibilitatea sistemului de sănătate

Clasificare JEL: H51, I14, I15, I18

Abstract

The purpose of this article is to briefly analyze the current situation in the health system in Romania and to identify its deficiencies and gaps in comparison to other EU Member States. The research is based on the analysis of health indicators with an impact on growth and development, which are structured around three pillars: efficiency of the national health system, level of development and resilience of the system, and accessibility of the health system. The paper highlights the fact that, despite all the reform steps made so far, the current public health system in Romania is inefficient and poorly financed, and is characterized by an exodus of doctors abroad, a poor health of the population and a low access of the population to health services compared to other European countries.

Key words: health system, Romania, European Union (EU), efficiency of the health system, health expenditure, accessibility of the health system

JEL Classification: H51, I14, I15, I18

* Autor de contact: dr. Dorina Clichici, e-mail: dorina.clichici2@gmail.com. Articolul reprezintă contribuția autorului la studiul „Foaia de parcurs pentru adoptarea monedei unice europene din perspectiva strategiilor statelor membre ale UE și adecvarea lor la condițiile actuale”, coordonat de Mugur Isărescu, Napoleon Pop, Simona Moagăr-Poladian, Institutul de Economie Mondială, București, 2017.

1. Abordarea relației de cauzalitate „sănătate publică – creștere economică” în literatura de specialitate

O stare de sănătate inferioară la nivel colectiv împiedică dezvoltarea economică și socială prin reducerea capitalului uman disponibil al unei societăți. Astfel, o viață lungă și sănătoasă a populației nu constituie doar un scop personal important, ci reflectă nivelul de bunăstare și succesul social al statului, fiind de asemenea o condiție necesară pentru productivitate și prosperitate economică.

De peste patru decenii, literatura de specialitate abordează empiric relația de cauzalitate dintre bunăstarea economică și sănătatea publică în încercarea de a demonstra că „națiunile mai bogate sunt națiuni mai sănătoase”, începând cu Preston (1975) și continuând cu Pritchett & Summers (1996), Newhouse (1977), Baltagi & Moscone (2010) etc. Este recunoscut faptul că sărăcia, în principal prin condiții insalubre, malnutriție și mortalitate infantilă, afectează negativ speranța de viață a populației, iar venitul național are un efect direct asupra dezvoltării sistemelor de sănătate.

Deși condițiile de sănătate sunt legate de nivelul PIB al unei țări, ele *nu* sunt dependente doar de nivelul acestui indicator macroeconomic (Social Progress Imperative, 2017). Cu toate că țările mai sărace, în general, dispun de condiții de sănătate inferioare celor din țările mai bogate (de exemplu, în ceea ce privește reducerea mortalității infantile), totuși diferențele semnificative existente între țări la capitolul sănătate pot fi atribuite și altor factori, inclusiv eficienței sistemelor naționale de sănătate, modului în care este organizată furnizarea de asistență medicală (dacă furnizorii sunt organizații private sau publice), calității serviciilor medicale, inegalităților privind accesul la asistența medicală, factorilor de mediu și preferințelor individuale și culturale (precum, obiceiurile alimentare). De exemplu, speranța de viață în țările din Europa de Sud este mai mare decât media UE-28, în pofida faptului că PIB pe locuitor în unele dintre ele este sub media UE-28. Aceasta este dovada că nivelul producției este doar unul dintre factorii determinanți ai rezultatelor în materie de sănătate.

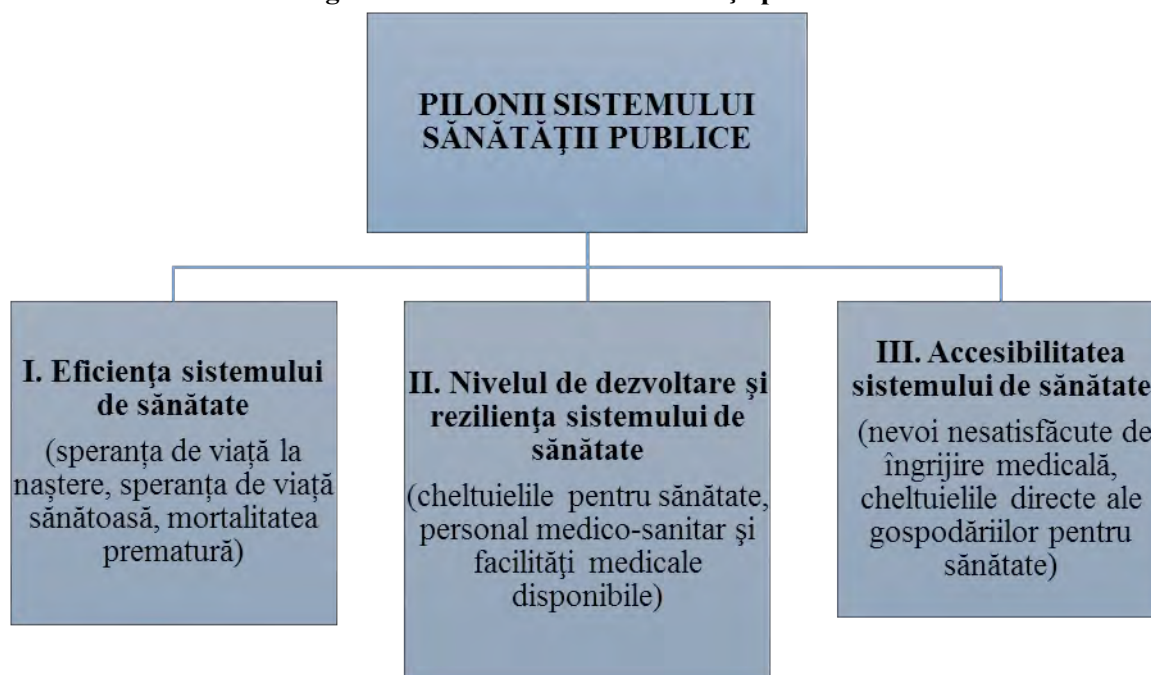
În ultimii ani, s-a extins considerabil abordarea relației cauzale inverse: populațiile sănătoase sporesc productivitatea muncii și venitul pe locuitor. În 2001, Comisia Organizației Mondiale a Sănătății pentru Macroeconomie și Sănătate indica trei căi prin care maladia împiedică bunăstarea economică și dezvoltarea: (1) maladia reduce numărul de ani de viață sănătoasă; (2) efectul negativ al maladiei asupra investițiilor parentale în copii; (3) efectele maladiei asupra profitabilității afacerilor și investițiilor în infrastructură, dincolo de efectele asupra productivității individuale a muncii (Sachs, 2001). În acest context, literatura economică a dezvoltat modele în care sănătatea este încorporată în modelele macroeconomice tradiționale de creștere, care susțin ipoteza că sănătatea este un factor determinant al creșterii economice (Bloom et al., 2004; Rivera & Currais, 2004; Bloom & Canning, 2008; Blázquez-Fernández et al., 2014 etc.). Studiile de specialitate dezvăluie două canale prin care sănătatea afectează creșterea economică: direct și indirect. Canalul direct este legat de ideea că o stare de sănătate mai bună generează o productivitate mai înaltă. În același timp, cel indirect indică faptul că o stare de sănătate mai bună reduce erodarea capitalului

uman, iar o speranță de viață mai mare generează mai multe investiții (atât în capitalul fizic, cât și în educație) și astfel sporește creșterea economică.

Cauzalitatea dintre starea sănătății populației și venitul național funcționează prin intermediul câtorva mecanisme, prezentate de Bloom & Canning (2000) astfel:

1. Primul este rolul sănătății în productivitatea muncii: angajații sănătoși pierd mai puțin timp pentru concedii de boală și sunt mai productivi.
2. Al doilea este efectul sănătății asupra educației. Starea sănătății copiilor poate avea un efect direct asupra dezvoltării cognitive și abilității acestora de a învăța, precum și asupra prezenței la școală. În plus, deoarece mortalitatea și morbiditatea adulților pot reduce veniturile potențiale generate de investițiile în educație, îmbunătățirea sănătății adulților poate spori stimulentele de a investi în educație.
3. Al treilea este efectul sănătății asupra economisirii. O durată mai lungă de viață stimulează economisirile pentru perioada de pensionare, generând niveluri sporite de avuție la nivel național, iar o forță de muncă sănătoasă poate crește stimulentele pentru investiții în afaceri.
4. Al patrulea este efectul sănătății populației asupra numărului și structurii pe vârste a populației.

Figura 1: Pilonii sistemului sănătății publice



Sursa: Reprezentare a autorului în baza studiilor de specialitate.

În calitate de input public, în cadrul modelului lui Solow extins de Rivera & Currais (2004), cheltuielile privind sănătatea constituie unul dintre factorii variației productivității la nivel național. Studiile empirice sugerează că o îmbunătățire cu un an a speranței de viață a populației contribuie la o creștere cu 4% a producției (Bloom et al., 2004). După cum rezultă din analizele macroeconomice ale factorilor creșterii PIB, menționate mai sus, starea de sănătate pare să explice o parte importantă a diferenței dintre ratele de creștere economică înregistrate de țările lumii.

Cei mai relevanți indicatori de sănătate cu impact asupra creșterii economice și productivității, selectați în baza literaturii de specialitate, pot fi structurați în jurul a trei piloni: indicatorii care măsoară eficiența sistemului național de sănătate, nivelul de dezvoltare și reziliența sa, și accesibilitatea sistemului de sănătate (Figura 1).

În cele ce urmează, ne propunem să analizăm pilonii sistemului sănătății publice din România în comparație cu celelalte țări membre ale UE, în scopul de a depista cele mai importante deficiențe ale acestui sistem.

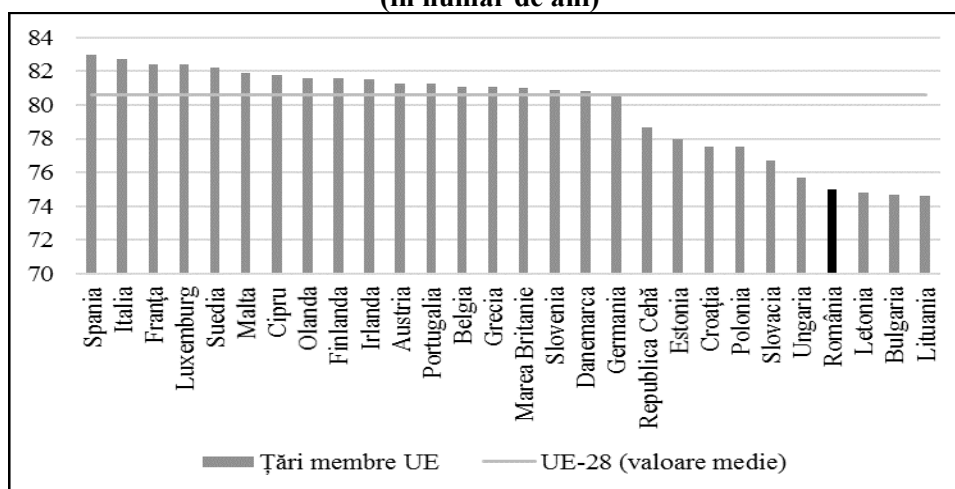
2. Situația pilonilor sistemului sănătății publice din România

I. Eficiența sistemului de sănătate

Eficiența sistemului de sănătate este redată de abilitatea sistemului de a produce rezultate pozitive cu privire la starea de sănătate a populației. Aceasta poate fi măsurată prin mai mulți indicatori, precum: speranța de viață la naștere, speranța de viață sănătoasă, mortalitatea prematură, morbiditatea cronică, mortalitatea prenatală și infantilă etc. Ne vom referi în continuare la cei mai relevanți *trei indicatori*, care măsoară cantitativ și calitativ durata vieții populației și evaluează astfel eficiența sistemului de sănătate: speranța de viață la naștere, speranța de viață sănătoasă (numită și speranța de viață fără dizabilități) și mortalitatea prematură.

O analiză a *speranței de viață la naștere* dezvăluie o creștere a acesteia în România în ultimii 20 de ani (de la 69,4 ani în 1995 la 75 de ani în 2015), în special datorită reducerii mortalității infantile. Cu toate că România a avansat la acest capitol, ea se află pe locul 25 dintre cele 28 de țări ale UE, devansând doar Bulgaria, Letonia și Lituania. Prin comparație cu media UE-28 (de 80,6 ani), în România acest indicator este mai mic cu 5,6 ani (Graficul 1).

**Graficul 1: Speranța de viață la naștere în țările UE, în 2015
(în număr de ani)**

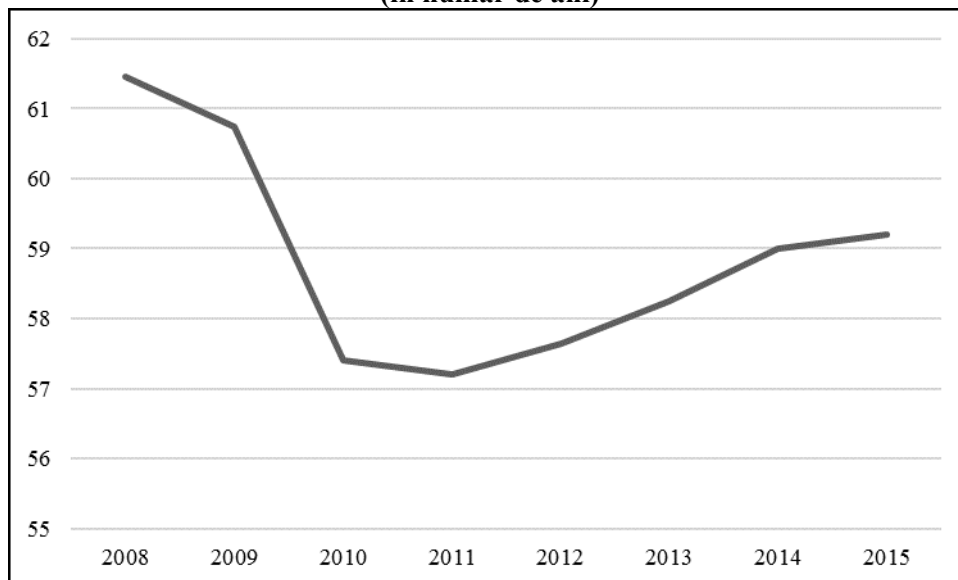


Sursa: Grafic elaborat de autor în baza datelor Eurostat (2017a).

În pofida creșterii speranței de viață în România, numărul de ani de viață câștigați în plus de populație nu sunt trăiți într-o stare bună de sănătate. *Speranța de viață sănătoasă* a înregistrat o evoluție negativă în ultimii ani, fapt care denotă o înrăutățire a stării de sănătate a românilor. Cu

toate că acest indicator a revenit pe o pantă ușor ascendentă începând din 2012, acesta nu a atins numărul de ani trăiți într-o stare bună de sănătate din 2008 (Graficul 2). Acești ani trăiți cu dizabilități de populație constituie o povară pentru sistemul național de sănătate, punând presiune pe creșterea economică prin erodarea capitalului uman.

**Graficul 2: Speranța de viață sănătoasă în România, în perioada 2008-2015
(în număr de ani)**



Sursa: Grafic elaborat de autor în baza datelor Eurostat (2017b).

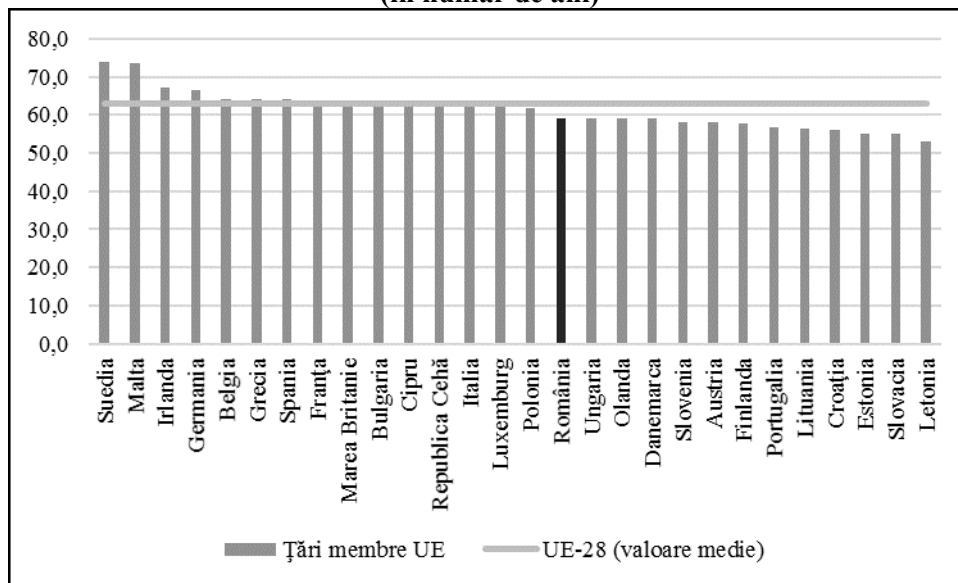
Speranța de viață fără dizabilități în România se află sub media UE (de 63 de ani), reprezentând 79% din speranța de viață totală a românilor. Datele statistice reflectă totuși o situație destul de bună a României la acest indicator, plasând-o pe locul 16 din UE. Cel mai mic nivel al speranței de viață sănătoasă este înregistrat în Letonia, iar cel mai înalt nivel în Suedia, reprezentând o diferență semnificativă de 21 de ani între aceste două țări (Graficul 3).

Cu toate că speranța de viață sănătoasă în România se află sub nivelul anului 2008, anii petrecuți în stare bună de sănătate de către populație o plasează destul de aproape de media UE.

Un alt indicator fundamental care dezvăluie ineficiența sistemului de sănătate din România și performanța slabă a politicilor publice de sănătate este *rata mortalității premature*.¹ Numărul de decese ce puteau fi evitate prin intervenții mai bune ale sistemului de sănătate/100.000 persoane a crescut în 2014 față de 2013, de la 359 la 364 decese în cazul României, situații mai dificile fiind înregistrate doar în Lituania, Letonia și Ungaria (Eurostat, 2017b).

¹ Conceptul de *mortalitate prematură* se bazează pe ideea că anumite decese (pentru anumite grupe de vârstă și în funcție de anumite boli) ar putea fi evitate, în sensul că nu ar fi avut loc la această etapă a vieții individului dacă ar fi existat un sistem public de sănătate mai eficient și intervenții medicale prompte.

**Graficul 3: Speranța de viață sănătoasă în țările UE, în 2015
(în număr de ani)**



Sursa: Grafic elaborat de autor în baza datelor Eurostat (2017b).

II. Nivelul de dezvoltare și reziliența sistemului de sănătate

Cei mai relevanți indicatori care măsoară nivelul de dezvoltare și reziliența sistemului de sănătate se referă la volumul și mecanismele de finanțare, resursele umane, fizice și tehnice disponibile în cadrul sistemului și la calitatea guvernării sistemului.

Comisia Europeană evidențiază nevoia de a investi în sisteme durabile de sănătate, investiții care pot spori coeziunea socială și stimula creșterea economică prin reducerea inegalităților în materie de sănătate, permițând oamenilor să rămână activi mai mult timp și să aibă o sănătate mai bună (European Commission, 2013). Astfel, se poate contribui la ruperea spiralei unei sănătăți proaste care deopotrivă generează și care rezultă din sărăcie și excludere. Cheltuielile pentru sănătate sunt o povară pentru sistemul de sănătate, dar costul real al problemelor de sănătate și al lipsei de investiții suficiente în domeniile importante ale sănătății depășește semnificativ aceste cheltuieli (CCE, 2007). De exemplu, patologiile noncomunicabile² au un impact esențial asupra economiei UE în termeni de productivitate, prin participarea mai scăzută a forței de muncă la piața muncii³. În acest context, devin importante strategiile și acțiunile publice orientate spre abordarea determinantilor socio-economici ai sănătății și a factorilor de risc care conduc la maladii noncomunicabile și decese premature, și realizarea unor cheltuieli eficiente pentru sănătate care asigură creșterea speranței de viață sănătoase și a productivității muncii (OECD/EU, 2016).

² Bolile noncomunicabile (sau cronice) reprezintă cauza nr. 1 dintre cauzele de deces raportate în Europa. În limbaj medical, sunt maladii asociate cu modul în care o persoană sau un grup de persoane trăiește; boli care pot fi potențial prevenite prin schimbarea dietei, a mediului și modului de viață, precum: ateroscleroza, bolile de inimă, infarctul, obezitatea, diabetul zaharat de tip 2, ca și boli asociate cu fumatul, consumul de alcool, abuzul de medicamente și droguri (vezi <http://lifestylemedicine.ro/factori-de-risc-in-msv/>).

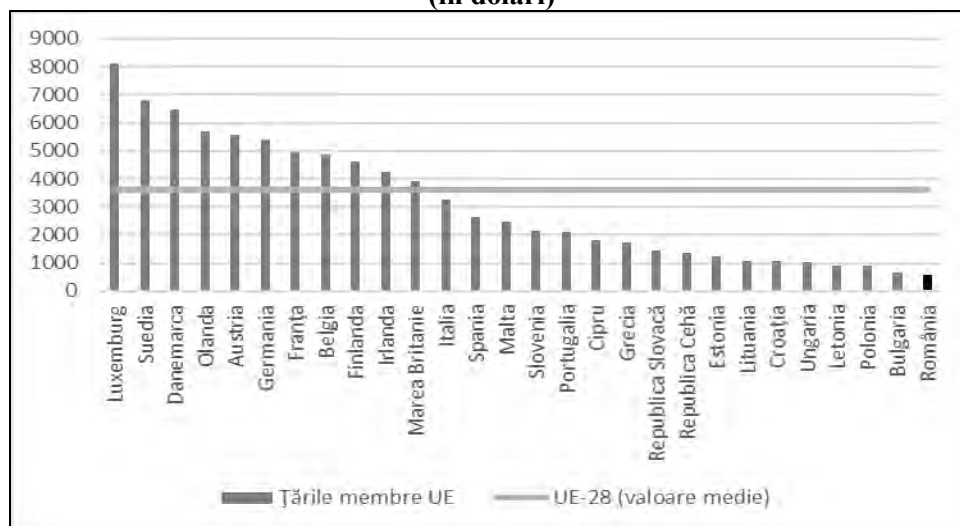
³ Maladiile noncomunicabile conduc anual la moartea prematură a peste 550.000 de persoane aflate la vârsta activă în UE, rezultând o pierdere de 115 de miliarde de euro pentru UE.

Totuși, relația dintre cheltuielile de sănătate și rezultatele în domeniul sănătății nu este una liniară. În realitate, cu cât sunt mai mari cheltuielile, cu atât mai mică este îmbunătățirea marginală a stării de sănătate ca urmare a creșterii acestor cheltuieli (Joumard, 2010). În plus, capacitatea țărilor de a transpune un nivel similar de resurse în rezultate în domeniul sănătății variază semnificativ. Comparațiile internaționale sugerează că aceeași valoare a cheltuielilor pentru sănătate pe locuitor este asociată cu rezultate de sănătate diferite. Astfel, nu atât volumul, cât *modul în care sunt cheltuite resursele financiare* pentru sănătate determină starea de sănătate a unei țări. Un exemplu elocvent este Luxemburg, care cheltuiește pe locuitor pentru sănătate de 14 ori mai mult decât România, însă la capitolul speranță de viață sănătoasă întrece România doar cu două poziții.

Odată cu declanșarea crizei financiare globale în anul 2008 și contracția cheltuielilor publice, sistemul de sănătate din România a fost incapabil să-și controleze cheltuielile și a acumulat datorii față de furnizori (în special pentru medicamente). Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) a ajuns de la execuții excedentare în 2006 și 2007 la deficite începând cu 2008 și 2009 (Ministerul Sănătății, 2014). Rezervele au fost insuficiente pentru a acoperi integral deficitul, astfel încât până la mijlocul anului 2010 nivelul arieratelor a crescut foarte mult.

Analiza *cheltuielilor pentru sănătate* în România dezvăluie o pondere a cheltuielilor publice cu sănătatea în cheltuielile guvernamentale totale destul de scăzută (12,8%) prin comparație cu media UE (16%). În pofida unei evoluții pozitive a cheltuielilor cu sănătatea pe locuitor în ultimii 20 de ani (de la 53 de dolari în 1995 la 556 dolari în 2014), România se află pe ultima poziție în clasamentul țărilor UE la acest indicator (Graficul 4).

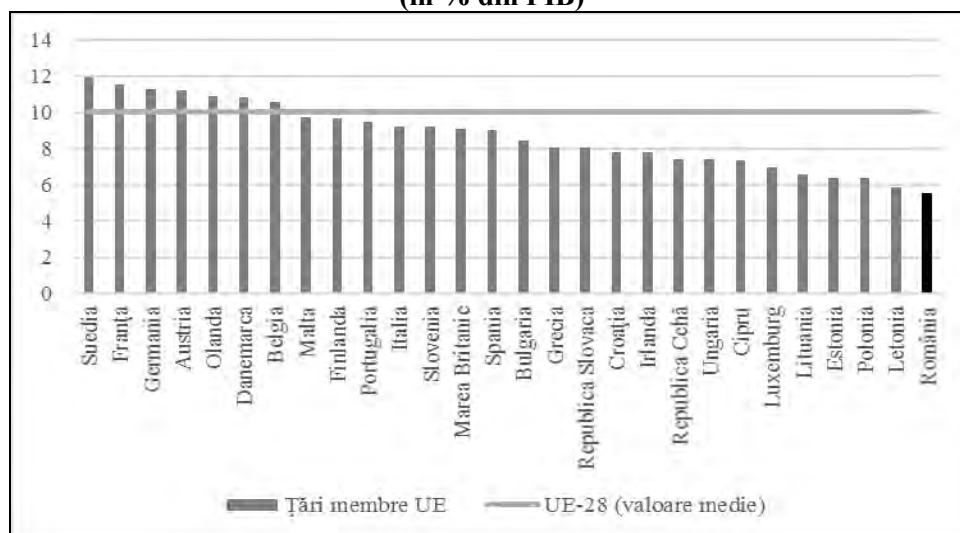
Graficul 4: Cheltuielile pentru sănătate pe locuitor în țările UE, în 2014 (în dolari)



Sursa: Grafic elaborat de autor în baza datelor Băncii Mondiale (World Bank, 2017).

Aceeași situație se atestă și în cazul ponderii cheltuielilor totale pentru sănătate în PIB, România clasându-se pe ultimul loc (Graficul 5). Decalajul față de media înregistrată la nivelul UE este cauzat, pe de o parte, de cheltuielile publice pentru sănătate relativ scăzute și, pe de altă parte, de ponderea redusă a cheltuielilor private pentru sănătate comparativ cu cea din alte țări europene, situație generată de stagnarea pieței private de asigurări și lipsa facilităților fiscale oferite asigurărilor private de sănătate.

**Graficul 5: Cheltuielile totale pentru sănătate în țările UE, în 2014
(în % din PIB)**



Sursa: Grafic elaborat de autor în baza datelor Băncii Mondiale (World Bank, 2017).

O analiză succintă a resurselor de asistență medicală din România reflectă existența unui număr destul de mare de paturi de spital și o insuficiență acută de medici, ca rezultat al exodului acestei categorii de salariați peste hotare. Cu toate că numărul de paturi de spital este în scădere, de la 7,6 paturi/1.000 de persoane în 1995 la 6,7 în 2015, România se află pe locul 6 dintre cele 28 de țări membre ale UE la acest indicator, ceea ce semnaleză un sistem spitalicesc hipertrofiat. În ceea ce privește indicatorul medici/1.000 de persoane, România rămâne mult în urmă față de alte țări din UE, plasându-se pe locul 27 (Eurostat, 2016a). Cu toate acestea, încă lipsește o strategie clară și cuprinzătoare cu privire la forța de muncă în domeniul sănătății, fiind luate până în prezent doar măsuri ad-hoc pentru a reduce rata migrației spre alte țări din UE. Noua *Strategie națională de sănătate 2014-2020* (Strategia) elaborată de Ministerul Sănătății identifică câteva măsuri care pot contribui la retenția resurselor umane în țară, și care privesc acordarea unor stimulente financiare și îmbunătățirea perspectivelor de evoluție profesională a personalului medical.⁴ Rezultatele implementării acestor măsuri depind însă de capacitatea administrativă a instituțiilor publice abilitate, inclusiv a autorităților locale.

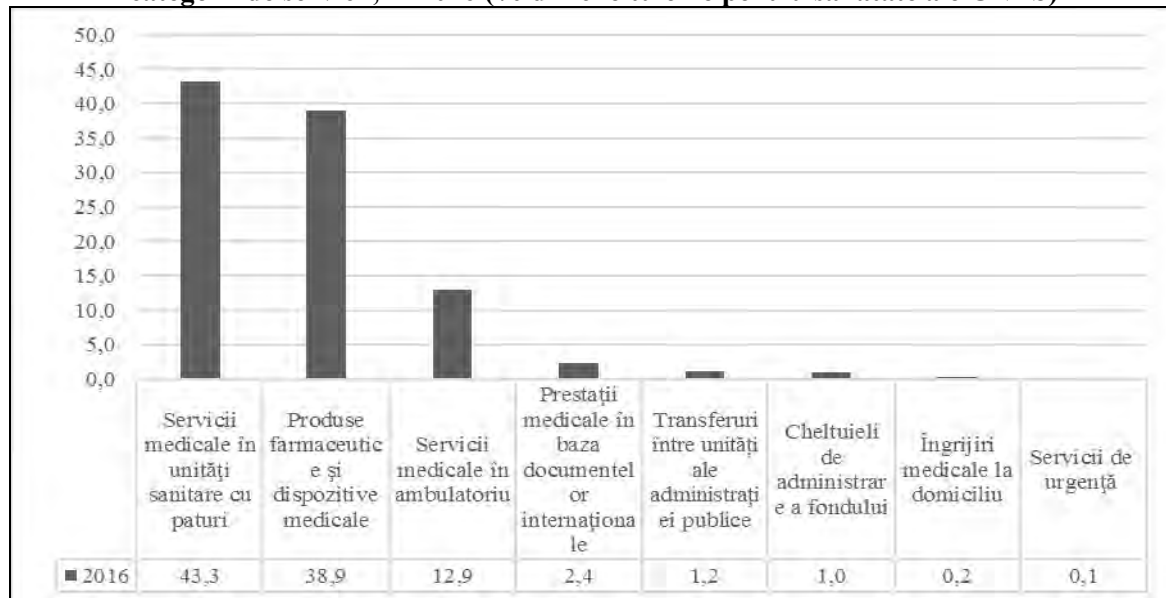
Serviciile de asistență medicală sunt dominate de asistența spitalicească, determinând creșterea generală a costurilor legate de sănătate.⁵ Această situație este cauzată în mare parte de insuficiența instituțiilor care prestează servicii medicale primare, situație generată de un volum

⁴ Identificarea și implementarea de strategii sustenabile de atragere și retenție a medicilor și asistenților medicali în sistemul de sănătate românesc, mai ales în specialitățile și zonele deficitare, precum: (i) organizarea rezidențiatului pe post susținut și facilități din partea comunităților locale; (ii) acordarea unor facilități la deschiderea cabinetelor medicale medicilor de familie și medicilor din ambulatoriu de specialitate, centrelor multifuncționale, inclusiv diminuarea redevențelor la un nivel acceptabil și coplata la utilități; (iii) asigurarea de condiții suplimentare motivante pentru deschiderea de cabinete medicale în zonele defavorizate (Ministerul Sănătății, 2014).

⁵ Serviciile spitalicești presupun un nivel crescut de costuri și trebuie să se presteze numai atunci când situațiile impun furnizarea unor servicii de un nivel sporit de complexitate și nu pentru investigații, care pot fi ușor efectuate în ambulatoriu, situații frecvent întâlnite în România în prezent.

reducerea cheltuielilor direcționate către asistența medicală primară prin comparație cu cea spitalicească (Graficul 6).

Graficul 6: Plățile efectuate din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pe categorii de servicii, în 2016 (% din cheltuielile pentru sănătate ale CNAS)



Sursa: Grafic elaborat de autor în baza datelor CNAS (2016).

Potrivit Strategiei, nivelurile suboptimale ale unor indicatori cheie ai eficacității programelor de sănătate publică pot fi atribuite eșecului asistenței primare în rolul său de vector al intervențiilor de sănătate publică și medicină preventivă (Ministerul Sănătății, 2014). Numărul anual al contactelor cu asistența medicală primară/persoană în România (de 4,8) este sub media UE, de 6,9 de contacte (WHO, 2017). În acest sens, unul din obiectivele stabilite în Strategie este asigurarea graduală a unei acoperiri mai mari a nevoilor de sănătate ale populației prin serviciile de asistență acordate de medicul de familie și de ambulatoriu de specialitate, concomitent cu regionalizarea/concentrarea serviciilor medicale spitalicești. În pofida acestui scop, plățile efectuate din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate pentru serviciile spitalicești au crescut în 2016 cu 17% față de 2015, pe când cele pentru serviciile medicale în ambulatoriu doar cu 6,6% (CNAS, 2016).

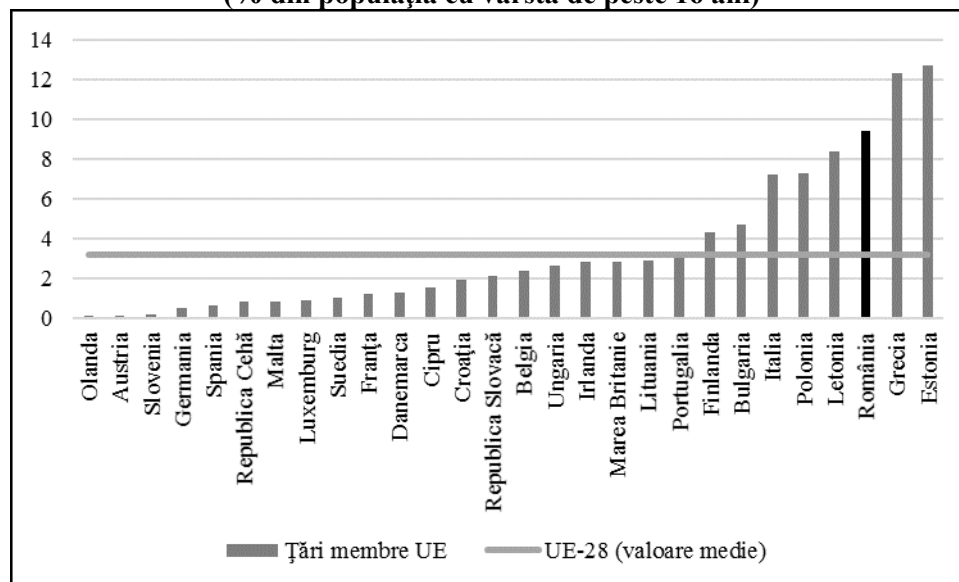
III. Accesibilitatea sistemului de sănătate

Accesibilitatea sistemului de sănătate pentru populație este un alt pilon important al sistemului sănătății publice. Potrivit Eurostat (2016b), disparitățile privind accesul la asistență medicală pot avea la bază câteva motive:

- financiare, inclusiv costurile directe suportate de populație (coplăți, costuri legate de tratamente și spitalizare) și cele indirecte (costul transportului, timp de așteptare);
- așezare geografică inadecvată a facilităților de asistență medicală;
- calitatea inegală a serviciilor de același tip;

- indisponibilitatea pacientului din alte motive, precum: lipsa de timp, frica de personalul medical etc.

Graficul 7: Ponderea persoanelor care raportează nevoi nesatisfăcute de îngrijire medicală din motive legate de sistemul de sănătate în țările UE, în 2015
(% din populația cu vârsta de peste 16 ani)



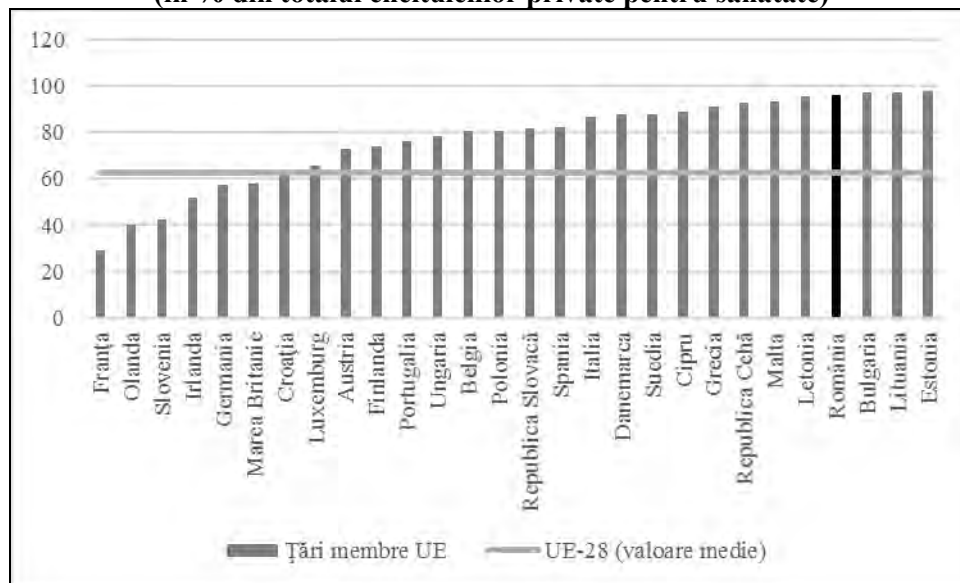
Sursa: Grafic elaborat de autor în baza datelor Eurostat (2016b).

Abilitatea populației din România de a achiziționa servicii medicale este una din cele mai scăzute din UE. Ponderea persoanelor cu vârsta de peste 16 ani din România care raportează *nevoi nesatisfăcute de îngrijire medicală* din motive legate de sistemul de sănătate⁶ a atins 9,4% în 2015, 8,3% din populație neavând acces la asistență medicală sau tratament din motive financiare. Cu toate că această pondere este în scădere în ultimii ani, România se află pe locul 26 din UE, situații mai nefavorabile fiind înregistrate doar în Estonia și Grecia (Graficul 7).

O analiză a structurii persoanelor care raportează nevoi nesatisfăcute de asistență medicală, în funcție de grupa de vârstă și de nivelul de educație în România, dezvăluie disparități privind accesul diferitor grupuri de persoane la aceste servicii. Ponderea înaltă a nevoilor nesatisfăcute de asistență medicală este în cea mai mare parte influențată de persoanele cu vârsta de peste 65 de ani, semnalând o vulnerabilitate sporită a acestei categorii de persoane. În plus, se poate observa o creștere a nevoilor nesatisfăcute pe măsura scăderii nivelului de educație, dezvăluind legătura strânsă dintre educație și sănătate în calitate de piloni ai capitalului uman (Eurostat, 2016b). De asemenea, există disparități privind accesul la servicii de sănătate și starea de sănătate sub aspectul raportului urban-rural, zonele rurale fiind caracterizate prin nevoi nesatisfăcute mai mari de asistență medicală. În acest context, sporirea accesibilității serviciilor de asistență medicală, care presupune existența unui sistem de sănătate care nu exclude părți ale populației de la aceste servicii, trebuie să devină o prioritate a politicilor de sănătate.

⁶ Motivele legate de sistemul de sănătate cu impact negativ asupra nevoilor de îngrijire medicală se referă la: costuri financiare prea înalte, distanța prea mare a facilităților de asistență medicală și perioada prea lungă a listelor de așteptare (Eurostat, 2016b).

**Graficul 8: Cheltuielile directe ale gospodăriilor pentru sănătate în țările UE, în 2014
(în % din totalul cheltuielilor private pentru sănătate)**



Sursa: Grafic elaborat de autor în baza datelor Băncii Mondiale (World Bank, 2017).

Gradul de accesibilitate a serviciilor medicale este semnalat indirect și de raportul dintre cheltuielile publice și cele private pentru îngrijirea sănătății. În prezent, cheltuielile publice pentru sănătate din România reprezintă 80,4% din totalul cheltuielilor pentru sănătate (World Bank, 2017). Majoritatea fondurilor publice provin din contribuțiile de asigurări de sănătate obligatorii, asigurarea medicală privată rămânând în continuare una marginală în componența cheltuielilor pentru sănătate. Îngrijitor este faptul că sursa cea mai importantă de finanțare privată a serviciilor medicale din România o constituie *cheltuielile directe ale gospodăriilor* pentru sănătate (96,3% din totalul cheltuielilor private pentru sănătate, reprezentând aproape a cincea parte din totalul cheltuielilor pentru sănătate) (Graficul 8). Finanțarea sistemului de sănătate din această categorie de resurse private sporește polarizarea socială, deja destul de avansată, a accesului populației din România la serviciile medicale. O soluție a acestei probleme ar fi stimularea formelor de finanțare privată în sănătate, și anume, dezvoltarea asigurărilor private și crearea de conturi individuale de sănătate deductibile din punct de vedere fiscal.

După adoptarea Legii nr. 145/1997, prin care s-a trecut la modelul de finanțare pe principiul asigurărilor sociale, ponderea cheltuielilor publice pentru sănătate în totalul cheltuielilor pentru sănătate a sporit ușor. Însă introducerea modelului de finanțare prin asigurări a avut loc într-un mediu economic vulnerabil, în curs de reformare, care conținea instituții în tranziție și cu o legitimitate socială slabă (Stanciu, 2013). Moștenirile fostului model de organizare și furnizare a serviciilor medicale sunt încă vizibile prin dezechilibrele financiare și subfinanțarea cronică a sistemului de sănătate, dependența de asistența spitalicească, subdezvoltarea și utilizarea insuficientă a altor tipuri de asistență medicală (primară și de ambulatoriu) și lipsa unor reglementări și strategii cuprinzătoare în multe domenii importante. Potrivit unui raport al *Observatorului European pentru Sisteme și Politici de Sănătate*, doar un sfert din populație contribuie efectiv la sistemul de asigurări sociale de sănătate, iar încercările de a crește numărul de persoane care să contribuie la acest sistem au fost până acum fără succes (Vlădescu et al., 2016).

În ultimii 20 de ani, sistemul de sănătate românesc s-a aflat într-un proces continuu de reformare, care nu s-a dovedit în totalitate benefic pentru acesta. Multiplicarea substanțială a cheltuielilor din sistemul de sănătate nu a generat o îmbunătățire a stării de sănătate a populației și a sporit polarizarea sub aspectul accesibilității la sistemul de sănătate. O provocare majoră rămâne asigurarea stabilității guvernării sistemului de sănătate. Procesul de reformă a generat 26 de miniștri ai sănătății și 17 președinți ai CNAS în ultimii 28 de ani. Nu există încă mecanisme eficiente de asigurare a calității asistenței medicale.⁷ Mai mult decât atât, deși sunt colectate date extinse privind funcționarea sistemului de sănătate și starea de sănătate a populației, existența a două sisteme informaționale⁸ sporesc gradul de fragmentare și duplicare a datelor și inconsistența utilizării datelor în procesul de planificare și luare a deciziilor (Vlădescu et al., 2016).

Având în vedere deficiențele sistemului de sănătate din România, reformele actuale și viitoare în domeniul sănătății sunt formulate în *Strategia națională de sănătate 2014-2020*, o primă strategie cu un buget alocat. Principalele domenii de acțiune se referă la îmbunătățirea sănătății publice, asigurarea unui acces echitabil al tuturor cetățenilor la serviciile de sănătate și asigurarea unui sistem de sănătate sustenabil și predictibil. Cu toate acestea, nu există planuri clare și detaliate pentru realizarea obiectivelor specifice incluse în Strategie, iar implementarea acesteia depinde de voința politică. Totuși, este de așteptat ca astfel de planuri să fie dezvoltate în viitor, din moment ce acestea constituie o condiție pentru accesarea fondurilor structurale ale UE.

În pofida obiectivelor stabilite în Strategie, performanța sistemului de sănătate din România – potrivit *Indicelui European al Sănătății*⁹ – s-a înrăutățit în ultimii ani și a ajuns să fie în prezent cea mai slabă dintre cele 35 de țări europene incluse în clasament (Björnberg, 2016).

3. Concluzii

În prezent, sistemul de sănătate din România se confruntă cu provocări dure și complexe, incluzând:

✓ îmbătrânirea populației⁹, care modifică modelele patologice și exercită presiuni asupra viabilității sistemului de sănătate, sporind cererea de servicii de asistență medicală și, implicit, volumul necesar al cheltuielilor de sănătate;

⁷ În acest sens, în 2015 a fost înființată Autoritatea Națională pentru Managementul Calității în domeniul sănătății, care se așteaptă să dezvolte măsuri de îmbunătățire a calității asistenței medicale.

⁸ Principalul sistem informațional în domeniul sănătății este gestionat de Ministerul Sănătății prin Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică. Al doilea sistem informațional este cel gestionat de CNAS – Sistemul Informatic Unic Integrat.

⁹ Indicele European al Sănătății (Euro Health Consumer Index – EHCI) este un evaluator independent al performanțelor sistemelor de sănătate din 35 de țări europene. Este publicat anual de Health Consumer Powerhouse, începând din anul 2005. EHCI analizează performanța asistenței medicale naționale prin intermediul a 48 de indicatori, în domenii precum: 1) drepturile pacienților și informarea acestora; 2) accesibilitatea la servicii de îngrijire medicală; 3) rezultatele tratamentelor; 4) amploarea și acoperirea serviciilor; 5) prevenirea și utilizarea medicamentelor. Țările sunt clasificate conform punctajului cumulat (scorul minim este de 333, cel maxim de 1.000).

⁹ Rata îmbătrânirii populației a crescut în România în ultimii 20 de ani. Pondere grupului persoanelor cu vârsta de peste 65 de ani în totalul populației s-a extins de la 14,7% în 2006 la 17,4% în 2016. Totodată, ponderea persoanelor cu vârsta cuprinsă între 15 și 65 de ani a scăzut, de la 68,4% la 67% (vezi http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing).

- ✓ inconsistența finanțării sistemului de sănătate și eficiența scăzută a cheltuielilor pentru sănătate;
- ✓ așteptările mai mari ale cetățenilor și inechitățile persistente în ceea ce privește accesul la serviciile medicale și condițiile de sănătate în rândul diferitor grupuri de populație.

Datele statistice indică un progres nesemnificativ al indicatorilor de sănătate din România în ultimii 20 de ani. Nivelul de dezvoltare a sistemului național de sănătate a progresat în ritmuri infime, menținându-se pe ultimele locuri în lista statelor europene. Chiar dacă se înregistrează o dinamică pozitivă a acestor indicatori, România alocă în prezent sănătății cel mai mic volum de cheltuieli pe locuitor din UE. Aceeași situație se observă și în privința ponderii în PIB a cheltuielilor publice de sănătate, care este cu 42% sub media europeană. Datele statistice semnaleză în continuare o accesibilitate redusă a populației din România la serviciile de îngrijire medicală comparativ cu alte țări ale UE. Pe lângă volumul insuficient al cheltuielilor publice de sănătate alocate, se atestă și ineficiența acestor alocări. Cu un număr de paturi de spital peste media UE, starea de sănătate a populației din România este sub nivelul anului 2008. România se află pe primul loc din UE la capitolul mortalității infantile, depășind aproape de 3 ori media UE, rata mortalității premature și rata brută a mortalității au crescut, iar rata natalității s-a diminuat față de 1995, punând presiuni pe creșterea demografică naturală. Chiar dacă speranța de viață calculată la naștere a sporit față de 1995, diminuarea speranței de viață sănătoasă arată o medie de 15,7 ani de boli și dizabilități. Această situație exercită presiuni asupra viabilității sistemului de sănătate existent, care se confruntă cu resurse financiare insuficiente.

Politicile de sănătate sunt pârghia prin care statul poate diminua probabilitatea ca indivizii să contracteze o boală, să solicite consultanță medicală și să genereze cazuri de mortalitate prematură. Însă o serie de alți factori pot genera probabilitatea contractării unei boli, precum: nivelul de educație, statutul social, convingerile privind sănătatea, nivelul de preocupare privind sănătatea, costurile de diagnostic și de tratament etc. De aceea, este necesară o abordare complexă a acestei probleme, pornind de la legătura cauzală dintre starea de sănătate, investițiile în domeniul sănătății și creșterea și dezvoltarea economică și până la integrarea preocupărilor privind sănătatea în ansamblul politicilor publice. Starea de sănătate a populației nu trebuie să fie abordată doar de politica de sănătate, întrucât și alte politici publice joacă un rol esențial în această privință (de exemplu, politica regională și de mediu, impozitarea tutunului, reglementarea produselor farmaceutice și a produselor alimentare, sănătatea animalelor, cercetarea și inovarea în domeniul sănătății, coordonarea sistemelor de securitate socială etc.).

Referințe bibliografice

- Baltagi, B. H., Moscone, F. (2010). Health Care Expenditure and Income in the OECD Reconsidered: Evidence from Panel Data, IZA DP No. 4851, Bonn.
- Björnberg, A. (2017), Euro Health Consumer Index Report 2016, Health Consumer Powerhouse Ltd., disponibil la: http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_press_release.pdf.
- Blázquez-Fernández, C., Cantarero-Prieto, D., Perez-Gonzalez, P., Llorca-Díaz, J. (2014). Does Health Enhance Economic Growth? An Empirical Evidence for The Spanish Regions, Encuentro De Economia Publica 30-31 Enero, Girona.
- Bloom D. E., Canning, D. (2008). Population Health and Economic Growth, The World Bank, Working Paper No. 24.

- Bloom, D. E., Canning, D. (2000). The health and wealth of nations, Science Vol. 287.
- Bloom, D. E., Canning, D., Sevilla, J. (2004). The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach, World Development Vol. 32, No. 1.
- CCE (2007). CARTE ALBĂ Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru UE 2008-2013.
- CNAS (2016). Raportul de activitate al CNAS în anul 2016, disponibil la: http://www.cnas.ro//theme/cnas/js/ckeditor/filemanager/userfiles/Rap_act/RAPORT_ACTIVITATE_2016_.pdf
- European Commission (2013). Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including Implementing the European Social Fund 2014-2020, Brussels.
- Eurostat (2016a). Healthcare personnel statistics – physicians, disponibil la: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians.
- Eurostat (2016b). Unmet health care needs statistics, disponibil la: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics.
- Eurostat (2017a). Mortality and life expectancy statistics, disponibil la: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics.
- Eurostat (2017b). Healthy life years statistics, disponibil la: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics.
- Eurostat (2017c). Amenable and preventable deaths statistics, disponibil la: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Amenable_and_preventable_deaths_statistics.
- Joumard, I., Andre, C., Nicq, C. (2010). Health care systems - efficiency and policy settings, OECD Working Paper No. 769, Paris.
- Ministerul Sănătății (2014). Strategia națională de sănătate 2014-2020, disponibil la: <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/10/Anexa-1-Strategia-Nationala-de-Sanatate-2014-2020.pdf>.
- Newhouse, J. P. (1977). Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey, Journal of Human Resources, 12, 115-25.
- OECD/EU (2016). Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.
- Preston, S. (1975). The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development, Population Studies Vol. 29, No. 2.
- Pritchett, L., Summers, L.H. (1993). Wealthier is Healthier, Background paper for World Development Report 1993, The World Bank.
- Rivera, B., Currais, L. (2004). Public Health Capital and Productivity in the Spanish Regions: A Dynamic Panel Data Model.
- Sachs, J. D. (2001). Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health, WHO, Geneva.
- Social Progress Imperative (2017), Social Progress Index Report.
- Stanciu, M. (2013). Sistemul public de servicii medicale din România în context european. Revista Calitatea Vieții, XXIV, nr. 1, 2013, pp. 47-80.
- Vlădescu, C., Scîntee, S., Olsavszky, V., Hernández-Quevedo, C., Sagan, A. (2016). Romania: Health system review, Health Systems in Transition, Vol. 18 No. 4, The European Observatory on Health Systems and Policies.
- WHO (2017). European Health Information Gateway, disponibil la: https://gateway.euro.who.int/en/visualizations/line-charts/hfa_543-outpatient-contacts-per-person-per-year/#table.
- World Bank (2017). World Development Indicators, disponibil la: <https://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.

Vă rugăm să citați acest articol astfel:

Clichici, D. (2017). Situația sistemului sănătății publice din România în comparație cu statele membre ale Uniunii Europene, *Revista de Economie Mondială*, 9(3), pp. 53-66
