

STUDIU PRIVIND COSTURILE SERVICIILOR STOMATOLOGICE ȘI IMPACTUL LOR ASUPRA ACCESIBILITĂȚII

Andreea Mihaela KIS¹, Marius CIUTAN²,
Ramona Amina POPOVICI¹, Malina POPA³
(corespondent), Serban TALPOS³, Georgeta
POPOVICI², Sorana Cornelia LIXANDRU
DOHOTARIU²

¹Departamentul I de Management și Comunicare în
Medicină Dentară, Facultatea de Medicină Dentară,
Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș"
Timișoara, Piața Eftimie Murgu. 300041 Timișoara,
România

kis.andreea@umft.ro, ramona.popovici@umft.ro

²Institutul Național de Management al Serviciilor de
Sănătate București, Str. Vaselor 31 sector 2,
mcuitan@inmss.ro

³Departamentul II, Facultatea de Medicină
Dentară, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor
Babeș" Timișoara, Piața Eftimie Murgu. 300041
Timișoara, România
popa.malina@umft.ro, talpos.serban@umft.ro

I. INTRODUCERE

Sistemul stomatologic din România se confruntă cu provocări majore privind accesibilitatea și calitatea serviciilor, prezentând discrepanțe față de standardele europene. La sfârșitul anului 2024, existau doar 35 de cabinete stomatologice publice față de peste 17.000 în sectorul privat, ceea ce creează o dependență aproape totală de serviciile private [1]. Accesul este și mai dificil în mediul rural, unde numărul medicilor stomatologi este redus, în contrast cu concentrarea mare din marile orașe, precum București [2].

Deși numărul total de medici stomatologi este adecvat, distribuția neuniformă și finanțarea bazată în proporție de 93-94% pe plata directă a pacienților generează bariere financiare semnificative [3, 5]. Asigurările sociale acoperă doar servicii stomatologice de bază, iar tratamentele complexe sunt suportate integral de pacienți, determinând amânarea intervențiilor necesare.

Calitatea serviciilor variază între sectorul privat, unde predomină tehnologiile moderne, și sectorul public, unde resursele limitate afectează îngrijirea. În medie, românii efectuează doar 0,3 consultații stomatologice anual, mult sub media europeană, iar costurile percepute ca ridicate duc la evitarea tratamentelor preventive și la prezentarea tardivă a pacienților [4-7].

II. Scopul și Obiectivele

Această lucrare își propune să analizeze costurile serviciilor stomatologice și impactul lor asupra accesibilității în România, comparativ cu alte țări europene, pentru a identifica disparitățile și a propune soluții care să asigure un acces echitabil la sănătatea orală.

Obiectiv general:

Evaluarea sistematică a costurilor serviciilor stomatologice și a impactului asupra accesibilității în Ro-

Sistemul stomatologic din România se confruntă cu provocări majore privind accesibilitatea și calitatea serviciilor, prezentând discrepanțe față de standardele europene. Accesul este dificil în mediul rural, unde numărul medicilor stomatologi este redus, în contrast cu concentrarea mare din marile orașe, precum București. Calitatea serviciilor variază între sectorul privat, unde predomină tehnologiile moderne, și sectorul public, unde resursele limitate afectează îngrijirea.

Studiul de față își propune să analizeze costurile serviciilor stomatologice și impactul lor asupra accesibilității în România, comparativ cu alte țări europene, pentru a identifica disparitățile și a propune soluții care să asigure un acces echitabil la sănătatea orală.

Costurile tratamentelor în România sunt cu 60-75% mai mici decât în țările dezvoltate, atrăgând turism dentar, însă rămân prohibitive pentru populația locală. În ultimii ani, prețurile au crescut cu 25-30%, depășind inflația, din cauza scumpirii materialelor și tehnologiilor.

Distribuția cheltuielilor este dezechilibrată: tratamentele curative reprezintă aproximativ 70% din costuri, iar prevenția doar 10-15%, situație inversă față de țările cu sisteme stomatologice eficiente (vezi Grafic nr. 3). Impactul financiar asupra familiilor este sever: 15-20% dintre acestea suportă costuri catastrofale, adică peste 25% din venituri, ceea ce determină îndatorare sau sacrificii în alte domenii.

Rezultatele studiului au implicații importante pentru politicile de sănătate publică din România, evidențiind necesitatea unor reforme structurale pentru alinierea la standardele europene privind accesibilitatea și echitatea în serviciile stomatologice, în contextul constrângerilor bugetare și al priorităților concurente din sistemul de sănătate.

Cuvinte cheie: servicii stomatologice, acces, impact, implant

mânia, în context european, pentru a identifica barierele existente și a formula recomandări de politică publică.

Obiective specifice:

1. Analiza comparativă a costurilor serviciilor stomatologice între România și țările europene, cu focus pe impactul asupra accesului diferitelor categorii socio-economice.
2. Evaluarea modelelor de finanțare publică și privată și influența acestora asupra accesibilității și echității.
3. Identificarea barierelor financiare și non-financiare în accesul la servicii stomatologice în România, pe baza datelor epidemiologice și de utilizare.
4. Analiza efectului costurilor asupra inegalităților sociale și geografice în sănătatea orală, cu accent pe grupurile vulnerabile.
5. Formularea de recomandări de politică publică, inspirate din modelele europene de succes, pentru îmbunătățirea accesului la servicii stomatologice în România.

III. METODOLOGIE

Prezenta cercetare utilizează un design mixt, combinând metode cantitative și calitative pentru a oferi o perspectivă comprehensivă asupra costurilor serviciilor stomatologice și impactului acestora asupra accesibilității în România, comparativ cu țările europene.

Studiul are un caracter comparativ, bazat pe o abordare de tip cross-sectiional, folosind date secundare din surse oficiale și literatură de specialitate aferente perioadei 2019-2025.

Designul studiului

- **Componenta cantitativă** constă în analiza statistică a datelor privind costurile serviciilor stomatologice, indicatorii de accesibilitate și caracteristicile sistemelor de sănătate din România și alte țări europene. Se aplică metode descriptive și inferențiale pentru a evidenția tendințe, disparități și corelații între variabile.
- **Componenta calitativă** presupune o revizuire sistematică a literaturii științifice pentru a identifica factorii ce influențează costurile și accesibilitatea serviciilor stomatologice. Această analiză calitativă completează și explică datele cantitative, oferind o înțelegere detaliată a contextului.
- **Abordarea comparativă** permite evidențierea diferențelor și asemănărilor între România și alte țări europene în organizarea, finanțarea și accesibilitatea serviciilor stomatologice. Aceasta constituie baza pentru identificarea bunelor practici și elaborarea recomandărilor de politici publice.
- **Dimensiunea temporală** acoperă perioada 2019–2025, oferind o perspectivă asupra evoluției costurilor și accesibilității, inclusiv efectele pandemiei COVID-19. Datele din 2019 servesc drept referință pre-pandemică, iar datele ulterioare permit analiza tendințelor recente.

Unitatea de analiză

Unitatea principală de analiză o reprezintă țările europene, cu accent special pe România. Sunt incluse toate statele membre UE, țările Spațiului Economic European (Norvegia, Islanda) și Elveția, pentru a acoperi diversitatea sistemelor europene de sănătate orală.

Surse de date

Pentru asigurarea validității și fiabilității datelor, cercetarea utilizează multiple surse oficiale și peer-reviewed:

- **Surse internaționale:**
 - ◊ OECD Health Statistics (cheltuieli pentru sănătate, inclusiv stomatologie)
 - ◊ Eurostat (date demografice, socioeconomice și cheltuieli pentru sănătate)
 - ◊ OMS Global Health Observatory (indicatori de sănătate orală și prevalență boli orale)
 - ◊ Federația Europeană a Asociațiilor de Consumatori în Domeniul Sănătății (analize privind accesul la servicii stomatologice)
- **Surse naționale pentru România:**
 - ◊ Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS)
 - ◊ Colegiul Medicilor Stomatologi din România
 - ◊ Institutul Național de Statistică (INS)
 - ◊ Ministerul Sănătății
- **Literatura de specialitate:**
 - ◊ Baze de date PubMed, Scopus, Web of Science și Cochrane Library, folosind termeni relevanți în limbile română și engleză.

Metode de colectare și prelucrare a datelor

- Datele cantitative au fost extrase direct din baze de date oficiale în formate standard (Excel, CSV, SPSS).
- Standardizarea datelor s-a realizat prin conversia în unități comune (EUR pentru costuri, rate per capita pentru indicatori), ajustarea la paritatea puterii de cumpărare și armonizarea definițiilor.
- Validarea datelor a presupus comparații între surse multiple și tratarea anomaliilor prin selectarea surselor considerate cele mai autoritare sau calcularea mediei ponderate.
- Datele calitative au fost extrase din studii selectate pe baza criteriilor explicite, cu atenție la metodologia și relevanța pentru tema cercetării.
- Organizarea datelor a fost realizată cu ajutorul software-urilor Python și Excel pentru analiză, precum și Mendeley pentru managementul referințelor bibliografice.

Metode de analiză a datelor

- **Analiza descriptivă:** Calculul măsurilor de tendință centrală (media, mediana) și dispersie (deviația standard, intervalul) pentru variabilele de interes.
- **Analiza comparativă:** Teste statistice (testul t, teste non-parametrice) pentru evidențierea diferențelor semnificative între România și alte țări.
- **Analiza de corelație:** Coeficienți Pearson și Spearman pentru a evalua relațiile dintre costuri și accesibilitate.
- **Analiza de regresie:** Modele liniare și logistice pentru investigarea relațiilor cauzale și identificarea factorilor determinanți.
- **Analiza de clustering:** Identificarea grupurilor de țări cu sisteme similare de sănătate orală, pentru detectarea tipologiilor și bunelor practici.
- **Analiza temporală:** Studiarea evoluției costurilor și accesibilității pe perioada 2019–2025, prin analiza seriilor temporale.
- **Analiza calitativă:** Sinteză narativă a literaturii, organizată tematic conform obiectivelor studiului.
- **Triangularea datelor:** Integrarea rezultatelor cantitative și calitative pentru o înțelegere complexă și validarea concluziilor.

IV. REZULTATE

Caracteristicile generale ale sistemelor de sănătate orală în Europa

Analiza sistemelor europene de sănătate orală relevă o diversitate semnificativă în ceea ce privește organizarea, finanțarea și accesibilitatea serviciilor stomatologice. Această diversitate reflectă tradiții istorice distincte, filozofii politice diferite și priorități variate în alocarea resurselor pentru sănătate, oferind astfel un spectru larg de modele și abordări ce pot fi analizate comparativ.

Tipologia sistemelor de sănătate orală din Europa poate fi clasificată în patru categorii principale, în funcție de modalitățile de finanțare și organizare:

1. Sistemele cu finanțare publică predominantă

Țări precum Suedia, Danemarca și Finlanda se caracterizează prin acoperirea universală a

serviciilor stomatologice de bază și prin investiții substanțiale în prevenție. Aceste sisteme înregistrează cele mai bune rezultate în termeni de echitate și indicatori de sănătate orală, deși implică costuri publice ridicate.

2. Sistemele de asigurări sociale obligatorii

În Germania, Franța, Austria și Belgia, finanțarea se bazează pe contribuțiile obligatorii ale angajaților și angajatorilor, combinate cu asigurări complementare private. Aceste sisteme asigură o acoperire largă a populației pentru serviciile stomatologice de bază, oferind în același timp posibilitatea accesării unor servicii suplimentare prin sectorul privat. Accesibilitatea și echitatea în aceste sisteme sunt intermediare, cu variații importante în funcție de particularitățile fiecărui model.

3. Sistemele mixte public-privat

Țări precum Olanda, Marea Britanie și Irlanda oferă servicii stomatologice publice pentru anumite categorii vulnerabile (copii, persoane cu venituri reduse), în timp ce restul populației este deservit predominant de sectorul privat. Aceste sisteme pot fi eficiente din punct de vedere al costurilor publice, însă pot genera inegalități în acces pentru adulții cu venituri medii.

4. Sistemele cu finanțare predominant privată

România, Bulgaria, Cipru și Grecia se bazează în mare măsură pe plățile directe ale pacienților, cu implicarea minimă a statului în finanțarea serviciilor stomatologice. Aceste sisteme sunt caracterizate de costuri publice reduse, dar și de inegalități majore în acces și performanțe sub media europeană în indicatorii de sănătate orală.

Densitatea medicilor stomatologi variază considerabil între țările europene, de la peste 120 medici per 100.000 locuitori în Grecia și Bulgaria, la mai puțin de 50 per 100.000 în Olanda și Marea Britanie [8]. România se încadrează în categoria intermediară, cu aproximativ 135 medici stomatologi la 100.000 locuitori, însă această densitate relativ ridicată nu asigură accesibilitate echitabilă, din cauza distribuției geografice inegale și a finanțării predominant private.

Infrastructura serviciilor stomatologice prezintă diferențe semnificative între sectorul public și cel privat în majoritatea țărilor. În țările nordice și Germania, sectorul public oferă servicii comprehensive, cu infrastructură modernă și echipamente de ultimă generație. În contrast, în țările din Europa de Est, sectorul public este adesea subfinanțat și subdotat, ceea ce determină migrarea către sectorul privat pentru servicii de calitate superioară.

Gama serviciilor acoperite de sistemele publice variază dramatic între țări. Țările nordice oferă acoperire aproape completă pentru toate tipurile de servicii stomatologice, inclusiv tratamente complexe și ortodonție. Germania și Franța acoperă serviciile de bază și o parte din tratamentele specializate, oferind opțiuni de asigurări suplimentare pentru servicii premium. România oferă doar un pachet minimal de servicii publice, limitat la consultații, extracții simple și tratamente de urgență.

Mecanismele de plată pentru serviciile stomatologice includ combinații între bugete globale, plăți per serviciu și sisteme mixte. Țările cu sisteme publice dezvoltate utilizează adesea bugete globale pentru serviciile pre-

ventive și plăți per serviciu pentru tratamentele curative. Sistemele bazate pe asigurări sociale folosesc în general plăți per serviciu cu tarife negociate, în timp ce sistemele predominant private se bazează pe prețuri de piață.

Rolul prevenirii în sistemele europene de sănătate orală diferă semnificativ. Țările nordice investesc masiv în programe de prevenție comunitară, educație pentru sănătatea orală și fluorizare, ceea ce se reflectă în indicatori superiori de sănătate orală și costuri mai reduse pe termen lung pentru tratamente. În schimb, țările cu sisteme predominant private investesc minimal în prevenție, concentrându-se pe tratamente curative, care generează venituri imediate.

Integrarea serviciilor stomatologice în sistemele generale de sănătate este mai avansată în țările cu sisteme publice unificate. Aici, serviciile stomatologice sunt coordonate cu alte servicii medicale, facilitând abordări integrate pentru managementul afecțiunilor cronice. În schimb, în țările cu sisteme fragmentate, serviciile stomatologice funcționează adesea independent, ceea ce limitează oportunitățile de coordonare și îngrijire integrată.

4.1. Analiza costurilor serviciilor stomatologice în România

Costurile serviciilor stomatologice în România sunt relativ scăzute în termeni absoluți față de țările occidentale, însă reprezintă o povară financiară semnificativă pentru populație, datorită veniturilor reduse. Cheltuielile totale anuale se ridică la aproximativ 5 miliarde lei (~1 miliard EUR), adică circa 0,5% din PIB, mult sub media țărilor dezvoltate (1-2% din PIB) [9].

România ocupă locul 27 din 30 în Europa în ceea ce privește cheltuielile per capita, cu doar 32,9 EUR anual, de peste 10 ori mai puțin decât țările de top. Costurile serviciilor variază în funcție de procedură și furnizor, însă rămân mult mai mici decât în Germania sau Franța (vezi Tabel nr. 1).

Finanțarea publică scăzută se reflectă în frecvența consultațiilor: România înregistrează doar 0,3 consultații stomatologice per capita anual, față de 1,8 în Germania și 2,1 în Suedia, unde finanțarea publică este mult mai consistentă (65-75%). Țările cu investiții mari în prevenție obțin rezultate mai bune și costuri totale mai mici pe termen lung.

În România, finanțarea este dominată de plățile directe ale pacienților, care acoperă 93-94% din costuri, iar contribuția Casei Naționale de Asigurări de Sănătate este redusă (6-7%), ceea ce limitează accesul și crește riscul financiar pentru familii (vezi tabel 2).

Deși costurile absolute în România sunt semnificativ mai mici, acestea rămân prohibitive pentru o mare parte din populație când sunt raportate la nivelul de venituri. Un implant dentar în România costă echivalentul a 3-5 salarii minime, în timp ce în Germania reprezintă aproximativ 1-2 salarii minime (vezi tabel 3).

Raportat la venitul mediu, prețurile sunt disproporționat mari — un implant dentar poate reprezenta 15-20% din venitul anual al unui român, comparativ cu 3-5% în Germania (vezi tabel 3).

Evoluția costurilor în timp demonstrează o tendință de creștere constantă a prețurilor serviciilor stomatologice în România. În perioada 2019-2024, costurile au crescut cu aproximativ 25-30%, depășind rata inflației generale. Această creștere este determinată de

Tabelul 1. Cheltuieli per capita pentru serviciile stomatologice în țările europene (2019)

Țara	Cheltuieli per capita (EUR)	Cheltuieli per capita (RON)	Poziția în UE
Elveția	493.7	2345.1	1
Norvegia	405.0	1923.8	2
Germania	372.2	1768.0	3
Luxemburg	345.4	1640.7	4
Suedia	327.0	1553.3	5
Danemarca	321.7	1528.1	6
Italia	316.8	1504.8	7
Austria	236.4	1123.0	8
Olanda	213.5	1014.1	9
Franța	195.4	928.2	10
Belgia	185.2	879.7	11
Spania	178.0	845.5	12
Marea Britanie	143.2	680.2	13
Estonia	113.0	536.8	14
Finlanda	107.6	511.1	15
Irlanda	104.0	494.0	16
Portugalia	91.6	435.1	17
Cehia	84.7	402.3	18
Grecia	79.3	376.7	19
Lituania	77.1	366.2	20
Slovenia	71.5	339.6	21
Letonia	58.7	278.8	22
Slovacia	58.1	276.0	23
Polonia	56.6	268.9	24
Ungaria	44.8	212.8	25
Croația	37.3	177.2	26
România	32.9	156.1	27
Bulgaria	19.3	91.7	28
Cipru	15.7	74.6	29
Turcia	14.4	68.4	30

Sursa: Calcule proprii bazate pe date OECD și Eurostat. Conversie: 1 EUR = 4.75 RON (rata medie 2019)

Tabelul 2. Finanțarea publică și frecvența consultațiilor stomatologice în țări selecte

Țara	Finanțare publică (%)	Consultații per capita/an	Acoperire publică peste 60%
România	7	0.3	Nu
Germania	65	1.8	Da
Franța	65	1.5	Da
Olanda	25*	3.3	Nu**
Croația	60	1.1	Da
Spania	15	1.0	Nu
Suedia	75	2.1	Da
Polonia	30	0.8	Nu
Italia	45	1.4	Nu
Cehia	35	1.0	Nu

*Pentru adulți; copiii au acoperire completă **Asigurări private voluntare cu penetrare de 85%

Sursa: FEDCAR, OECD Health Statistics, analize naționale

mai mulți factori: creșterea costurilor materialelor dentare (în mare parte importate), îmbunătățirea tehnologiilor utilizate și creșterea cererii pentru servicii de calitate superioară. Distribuția costurilor pe categorii de servicii relevă că tratamentele curative și restaurative reprezintă aproximativ 70% din totalul cheltuielilor, în timp ce serviciile preventive reprezintă doar 10-15%. Această distribuție este inversă față de țările cu sisteme de sănătate orală dezvoltate, unde prevenția reprezintă o proporție mai mare din cheltuieli, rezultând în costuri totale mai reduse pe termen lung.

Impactul costurilor asupra familiilor este substanțial, cu studiile demonstrând că aproximativ 15-20% din familiile care accesează servicii stomatologice complexe se confruntă cu costuri catastrofale (peste 25% din venitul familiei). Aceste costuri determină adesea familiile să se îndatoreze, să vândă bunuri sau să renunțe la alte nevoi esențiale.

Variabilitatea regională a costurilor este relativ redusă în România, cu diferențe de 10-20% între regiuni. Costurile sunt ușor mai ridicate în București și în marile centre urbane, dar diferențele nu sunt atât de pronunțate ca în alte țări europene. Această uniformitate relativă a prețurilor contrastează cu disparitățile majore în accesibilitatea geografică a serviciilor.

În concluzie, costurile tratamentelor în România sunt cu 60-75% mai mici decât în țările dezvoltate, atrăgând turism dentar, însă rămân prohibitive pentru populația locală. În ultimii ani, prețurile au crescut cu 25-30%, depășind inflația, din cauza scumpirii materialelor și tehnologiilor.

Distribuția cheltuielilor este dezechilibrată: tratamentele curative reprezintă aproximativ 70% din costuri, iar prevenția doar 10-15%, situație inversă față de țările cu sisteme stomatologice eficiente (vezi Grafic nr. 3). Impactul financiar asupra familiilor este sever: 15-20% dintre acestea suportă costuri catastrofale, adică peste 25% din venituri, ceea ce determină îndatorare sau sacrificii în alte domenii.

V. DISCUȚII

Rezultatele studiului au implicații importante pentru politicile de sănătate publică din România, evidențiind necesitatea unor reforme structurale pentru alinierea la standardele europene privind accesibilitatea și echitatea în serviciile stomatologice, în contextul constrângerilor bugetare și al priorităților concurente din sistemul de sănătate.

Reformarea sistemului de finanțare este cea mai urgentă provocare, modelul actual, cu doar 7% finanțare publică, fiind nesustenabil din punct de vedere al echității și eficienței. Experiența europeană arată că o finanțare publică între 50-75% asigură rezultate superioare privind accesul și sănătatea orală.

Posibile soluții includ extinderea pachetului CNAS pentru tratamente restaurative de bază, servicii preventive pentru adulți și urgențe complexe, necesitând resurse suplimentare estimate între 500-800 milioane lei anual.

Introducerea asigurărilor complementare obligatorii, inspirate din modelele francez sau german, cu contribuții suplimentare de 1-2% din salarii, ar putea susține sustenabilitatea financiară și protecția financiară a populației.

Programarea ținută pentru grupurile vulnerabile (copii, persoane vârstnice, comunitatea romă, persoane cu venituri reduse) este o prioritate imediată, ce poate reduce inegalitățile fără reforme majore. Investițiile în prevenție (fluorizarea apei, educația școlară, campanii de

Tabelul 3. Comparația costurilor tratamentelor stomatologice: România vs țările europene

Tratament	România (EUR)	Germania (EUR)	Franța (EUR)	Economii vs Germania (%)
Consultație de bază	15-25	50-80	60-90	65-70%
Obturație simplă	30-50	80-120	90-130	60-65%
Tratament de canal	80-150	200-400	250-450	60-70%
Coroană dentară	150-250	700-1000	800-1200	75-80%
Implant dentar complet	700-1200	2000-3000	3500-4500	65-70%
Fațete dentare (per dinte)	200-300	500-800	600-900	60-70%
Proteza All-on-4	3600-4600	12000-15000	15000-20000	70-75%
Ortodonție (aparat fix)	800-1500	3000-5000	3500-6000	70-75%

Sursa: Analiză bazată pe date din clinici private și studii de piață (2024)

conștientizare) sunt cele mai cost-eficiente metode de îmbunătățire pe termen lung.

Dezvoltarea infrastructurii publice (cabinete stomatologice în zone rurale și urbane defavorizate) și integrarea serviciilor stomatologice în sistemul general de sănătate ar spori accesul și coordonarea îngrijirii. Reglementarea temporară a prețurilor în sectorul privat ar putea controla costurile pe termen scurt, acompaniată de măsuri pentru asigurarea calității și stimularea inovației.

Resursele umane necesită investiții în formare, condiții de lucru și stimulente pentru atragerea medicilor în zonele defavorizate. Implementarea sistemelor de monitorizare și evaluare este vitală pentru urmărirea progresului reformelor, cu indicatori de accesibilitate, echitate, calitate și eficiență.

Coordonarea cu politicile sociale mai largi, precum reducerea sărăciei și îmbunătățirea educației, va sprijini sănătatea orală. Adaptarea modelelor internaționale de succes, prin colaborare și schimb de experiență, poate accelera reforma.

Modelele europene oferă lecții valoroase:

- **Suedia:** standard de aur în echitate și accesibilitate, cu servicii gratuite pentru tineri până la 23 de ani și subvenții de până la 85% pentru adulți [10]. Finanțarea universală, accentul pe prevenție și integrarea în sistemul general de sănătate asigură rezultate excelente la costuri moderate.
- **Germania:** combinație între asigurări sociale obligatorii și opțiuni private, cu acoperire largă (>95%) și protecție financiară solidă [11]. Modelul poate fi adaptat României prin extinderea sistemului actual, cu contribuții suplimentare graduale.
- **Franța:** sistem hibrid cu asigurare socială obligatorie și asigurări complementare private (mutuelles), acoperind aproximativ 70% din costuri și garantând protecție financiară și libertate de alegere [12].
- **Olanda:** exclude serviciile stomatologice pentru adulți din pachetul public, dar are o penetrare ridicată a asi-

gurărilor private voluntare (>85%), subliniind importanța reglementării și a subvențiilor pentru vulnerabili [13].

- **Finlanda:** recentă reformă majoră care a inclus serviciile stomatologice în pachetul universal de sănătate, demonstrând importanța implementării graduale și a consultării părților implicate [14].

Modelele de tranziție din Europa de Est, ca Polonia și Cehia, oferă lecții relevante pentru România: importanța investițiilor în infrastructură și resurse umane, necesitatea reformelor incremental sustenabile [15].

Principiile comune ale modelelor de succes includ finanțare publică substanțială (>50%), prevenție, acoperire universală a copiilor, protecție pentru grupuri vulnerabile și integrare în sistemul general de sănătate. Succesul depinde de sprijin politic, finanțare adecvată, implementare graduală, consultare și monitorizare atentă.

VI. CONCLUZII

Rezultatele studiului au implicații practice importante pentru multiple categorii de actori implicați în sistemul de sănătate orală din România.

- Pentru factorii de decizie politică, studiul oferă o agendă clară de reforme prioritare și o justificare bazată pe evidență pentru investițiile în sănătatea orală. Recomandările formulate pot ghida dezvoltarea strategiilor naționale și pot informa procesele de alocare bugetară.
- Pentru profesioniștii din sănătatea orală, studiul evidențiază necesitatea implicării active în advocacy-ul pentru reformele sistemului și în dezvoltarea unor abordări inovatoare pentru îmbunătățirea accesibilității. Rezultatele pot informa strategiile de practică și pot ghida dezvoltarea profesională.
- Pentru organizațiile internaționale, studiul oferă o analiză detaliată a unei țări cu provocări majore în sănătatea orală, care poate informa programele de asistență tehnică și de cooperare. Lecțiile învățate pot fi relevante pentru alte țări cu provocări similare.

- **Pentru cercetători**, studiul identifică lacune importante în cunoașterea actuală și propune direcții viitoare de cercetare care pot contribui la dezvoltarea domeniului. Metodologiile dezvoltate pot fi adaptate pentru alte contexte de cercetare.
- **Pentru societatea civilă**, studiul oferă argumente pentru advocacy și pentru mobilizarea sprijinului public pentru reformele în sănătatea orală. Rezultatele pot informa campaniile de conștientizare și pot sprijini eforturile de responsabilizare a autorităților.

Bibliografie

1. Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Raport de activitate 2024. București: CNAS; 2024.
2. Institutul Național de Statistică. Anuarul Statistic al României 2024. București: INS; 2024.
3. Ministerul Sănătății. Strategia națională de sănătate orală 2024-2030. București: MS; 2024.
4. Colegiul Medicilor Stomatologi din România. Analiza demografică a profesiei de medic stomatolog în România. București: CMSR; 2023.
5. Eurostat. Healthcare expenditure statistics [Internet]. Luxembourg: Eurostat; 2024 [cited 2024 Dec 15]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics
6. OECD. Health Statistics 2024: Dental care utilization. Paris: OECD; 2024.
7. Institutul de Cercetare în Sănătate Publică. Sondaj național privind accesul la serviciile stomatologice în România. București: ICSP; 2023.
8. OECD. Health at a Glance: Europe 2024. Paris: OECD Publishing; 2024.
9. Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Conturile naționale de sănătate 2024. București: CNAS; 2024.
10. Widström E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the extended European Union. Oral Health Prev Dent. 2004;2(3):155-94.
11. Busse R, Blümel M. Germany: Health system review. Health Syst Transit. 2014;16(2):1-296.
12. Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C, Mladovsky P. France: Health system review. Health Syst Transit. 2010;12(6):1-291.
13. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, et al. The Netherlands: Health system review. Health Syst Transit. 2010;12(1):1-228.
14. Widström E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the extended European Union. Oral Health Prev Dent. 2004;2(3):155-94.
15. Sagan A, Panteli D, Borkowski W, Dmowski M, Domański F, Czyżewski M, et al. Poland: Health system review. Health Syst Transit. 2011;13(8):1-193.