

ANALIZĂ COMPARATIVĂ ÎNTRE SISTEMELE DE SĂNĂTATE FRANCEZ ȘI ROMÂNESC – STUDIU DE CAZ UTILIZÂND DOUĂ SPITALE SIMILARE

Thomas DZIUROWITZ¹, Diana NASTASĂ^{2*},
Cristina LUPAN²

¹Școala de Înalte Studii în Sănătate Publică (EHESP),
Rennes

²Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate,
București

*Autor corespondent: Diana Nastasă,
dnastasa@inmss.ro

INTRODUCERE

Conform Raportului Mondial privind Sănătatea din 2000 al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), un sistem de sănătate este reprezentat de toate „resursele, actorii și instituțiile legate de finanțarea, reglementarea și furnizarea de acțiuni de sănătate, acțiunile de sănătate fiind orice set de activități a căror intenție principală este îmbunătățirea sau menținerea sănătății” [1,2]. Metodologia de evaluare a performanței sistemelor de sănătate, dezvoltată în 2022 de Observatorul European pentru Sisteme și Politici de Sănătate [2], prezintă principalele funcții ale unui sistem de sănătate (guvernanță, generare de resurse, finanțare și furnizare de servicii) și introduce subfuncțiile fiecăreia dintre cele patru funcții, precum și legăturile dintre acestea. Funcția de guvernanță este cea care elaborează legislația și reglementează toate celelalte funcții, oferindu-le pârghii de acțiune. Cele trei subfuncții ale finanțării sunt: strângerea de venituri, punerea în comun și achiziționarea [2]. Se pune întrebarea: ce ar trebui să finanțăm mai întâi? Aceasta a fost tema unei sesiuni plenare a Asociației Europene de Management în Sănătate (EHMA) din 2024. Sistemul de sănătate din România este centrat pe spitale, „cu investiții semnificativ insuficiente în prevenție și îngrijire pe termen lung”, iar o „provocare majoră este distribuția insuficientă și inegală a specialiștilor din domeniul medical, în special în zonele rurale” [3]. De asemenea, fondurile pentru cercetare au crescut vertiginos în ultimii ani, dar sunt foarte limitate, iar cercetarea trebuie să se concentreze pe nevoile reale ale populației. La acea vreme, Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) a declarat că „67% din serviciile de sănătate sunt acoperite de CNAS, 21% fiind finanțate prin plăți directe, iar restul de la bugetul de stat” [3]. Aceasta este o declarație în favoarea reducerii numărului de persoane scutite de la plata asigurărilor sociale de sănătate (ASS) și, de asemenea, în favoarea introducerii pe piață a asigurărilor complementare de sănătate (ACS). În România existau o mulțime de categorii scutite de la plata asigurărilor sociale de sănătate, dar categoriile au fost recent reduse printr-o Ordonanță de Guvern [4]. România este considerată, conform unei analize a OMS, una dintre țările cu cheltuieli directe („out-of-pocket spending”) pentru sănătate catastrofale [5]. Având în vedere

Acest studiu de caz compară două spitale, CHIRC din Franța și SMO din România, analizând nivelul de încadrare cu medici, activitatea spitalicească și indicatorii de eficiență. CHIRC are 543 de paturi, organizate în trei mari departamente (medicină și chirurgie obstetrică, geriatrie, respectiv sănătate mintală și dependențe), în timp ce SMO dispune de 573 de paturi, structurate în departamente clinice, paraclinice, ambulatorii și spitalizare de zi. Deși capacitatea în paturi este similară, cele două spitale prezintă diferențe semnificative în structura de personal și utilizarea resurselor.

CHIRC a raportat 55.05 medici echivalent normă întregă (FTE), comparativ cu 128 FTE la SMO. Acest lucru corespunde la 10.14 medici la 100 de paturi în CHIRC și 22.33 la SMO. Totuși, raportat la activitatea desfășurată, CHIRC înregistrează 2.80 medici la 1.000 de internări, față de 7.18 la SMO. Structura personalului este reflectată și în volumul fluturășilor de salariu, cu o medie mai mare la CHIRC (1,014 lunar) comparativ cu SMO (756), în concordanță cu distribuția FTE.

Activitatea spitalicească diferă între cele două unități: CHIRC a înregistrat 19,677 internări continue, 3,612 internări de zi și 85,947 consultații ambulatorii, în timp ce SMO a raportat 17,842 internări continue, 24,114 internări de zi și 108,579 consultații. Durata medie de spitalizare a fost mai mare la CHIRC (7.49 zile) față de SMO (5.47 zile). Rata de ocupare a paturilor a fost 74.33% la CHIRC și 46.72% la SMO. Activitatea imagistică a fost de asemenea mai ridicată la CHIRC (36,399 proceduri) comparativ cu SMO (21,810).

În ansamblu, rezultatele evidențiază diferențe importante în modelele de organizare și utilizare a resurselor, cu implicații asupra eficienței și planificării sistemelor de sănătate.

Cuvinte cheie: Sistem de sănătate, finanțare, managementul ciclului de venituri, DRG, T2A

toate cele de mai sus, ar trebui făcute mai multe schimbări în sistemul de sănătate românesc și, pentru a lua decizii bune și informate, ar trebui să comparăm sistemul nostru cu unul similar care funcționează mai bine.

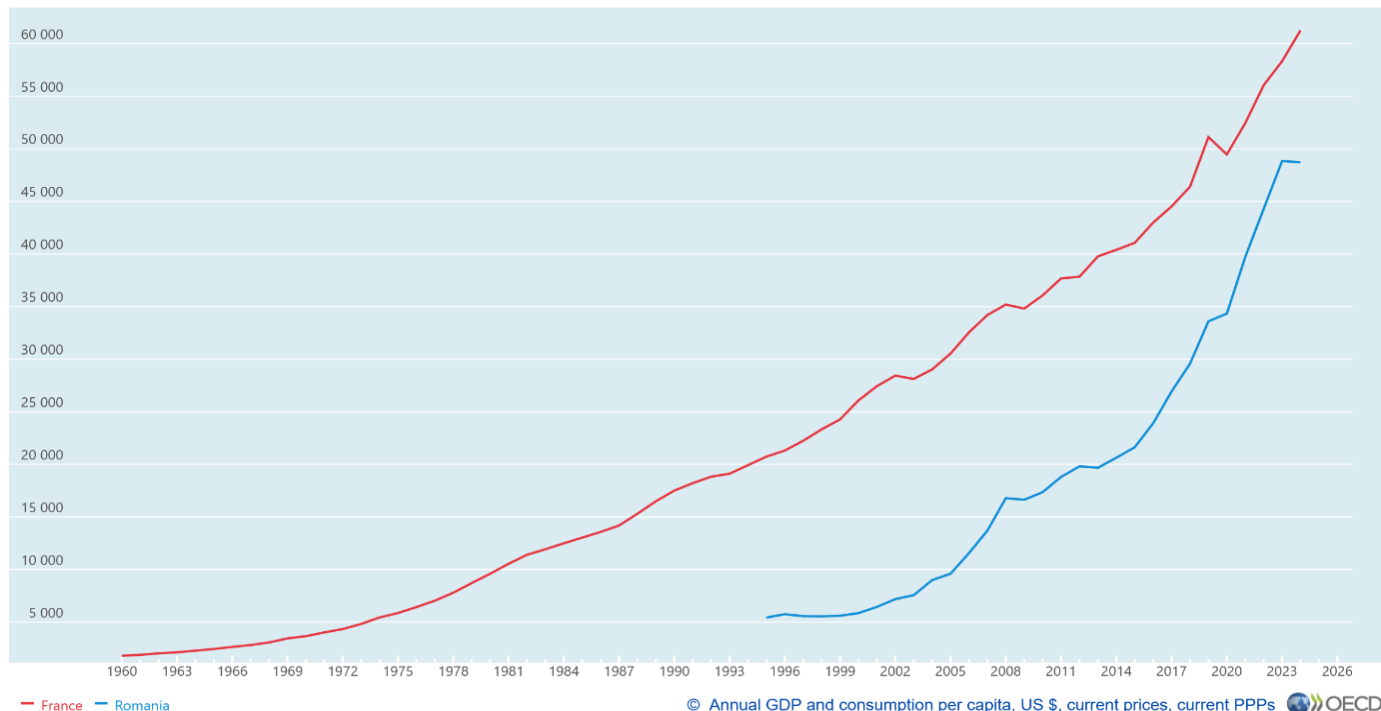
România și Franța au similități în ceea ce privește structura lor politică de bază: ambele sunt republici semi-prezidențiale cu instituții democratice și parlamente bicamerale [6,7]. Cu toate acestea, există și diferențe importante în ceea ce privește modul în care instituțiile lor funcționează în practică, precum și în tradițiile și istoria lor politică. Franța are un sistem democratic de mai mult timp stabilit și o cultură politică mai consolidată [6]. În mod similar, ambele țări prezintă puncte de convergență și divergență și în sistemele lor de sănătate – ambele sunt centrate pe public, dar diferă în ceea ce privește modelele de finanțare, eficiență, accesibilitate și calitatea serviciilor. Sistemul de sănătate francez este recunoscut pe scară largă pentru că are o rată scăzută a plăților directe [8]. Acest lucru se datorează faptului că asigurarea obligatorie de sănătate este compusă din ASS și ACS și în prezent „acoperă aproape 100% din populația rezidentă în cadrul diferitelor scheme” [6]. Întrucât ACS-ul privat este obligatoriu în Franța, acest lucru are ca rezultat, în general, plăți din buzunar foarte mici. Principalele reforme din ultimul deceniu din Franța urmăresc „să consolideze îngrijirea primară prin încurajarea practicilor de grup multidisciplinare, în timp ce eforturile de sănătate publică din ultimul deceniu s-au concentrat pe stimularea strategiilor

de prevenire și abordarea factorilor de risc ale stilului de viață”[6]. Deși contribuția populației funcționează bine și o mulțime de servicii sunt acoperite de asigurări, partajarea costurilor este necesară pentru toate serviciile esențiale [6]. Comparând modul în care cele două țări își cheltuiesc fondurile pentru sănătate, ar trebui să începem de la a compara produsul lor intern brut (PIB) și procentul pe care fiecare îl cheltuiește fiecare pentru sănătate [9].

Nu numai că România are un PIB mai mic, dar și procentul din PIB cheltuit pentru sănătate este mai mic. Ultimele date disponibile pentru ambele țări arată că, în timp ce Franța cheltuise 11.5% din PIB pentru sănătate, România cheltuise doar 5.8% din PIB. Aceste procente din PIB au fost cheltuite pentru sănătate prin intermediul mai multor linii bugetare. Iată cum au fost alocați banii în ambele țări în ultimul an disponibil, 2023 [10]:

Annual GDP and consumption per capita, US \$, current prices, current PPPs

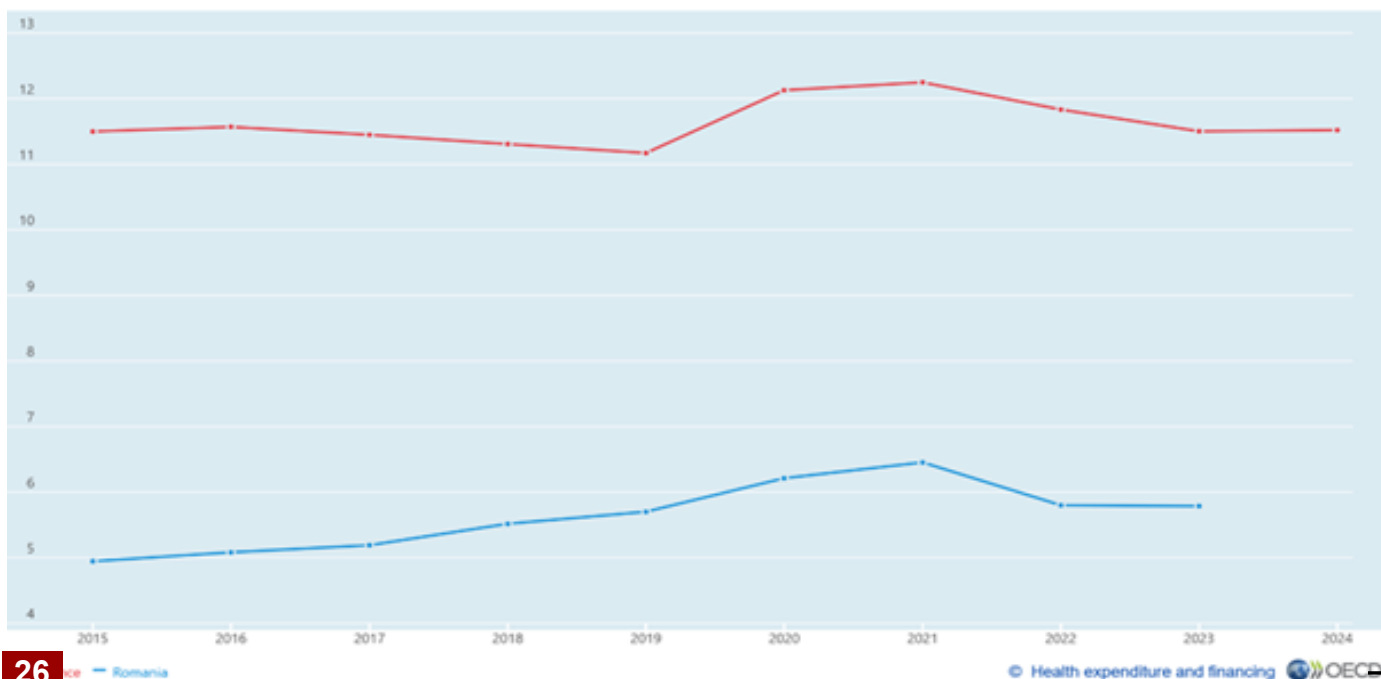
Institutional sector: Total economy • Counterpart institutional sector: Total economy • Transaction: Gross domestic product, per capita

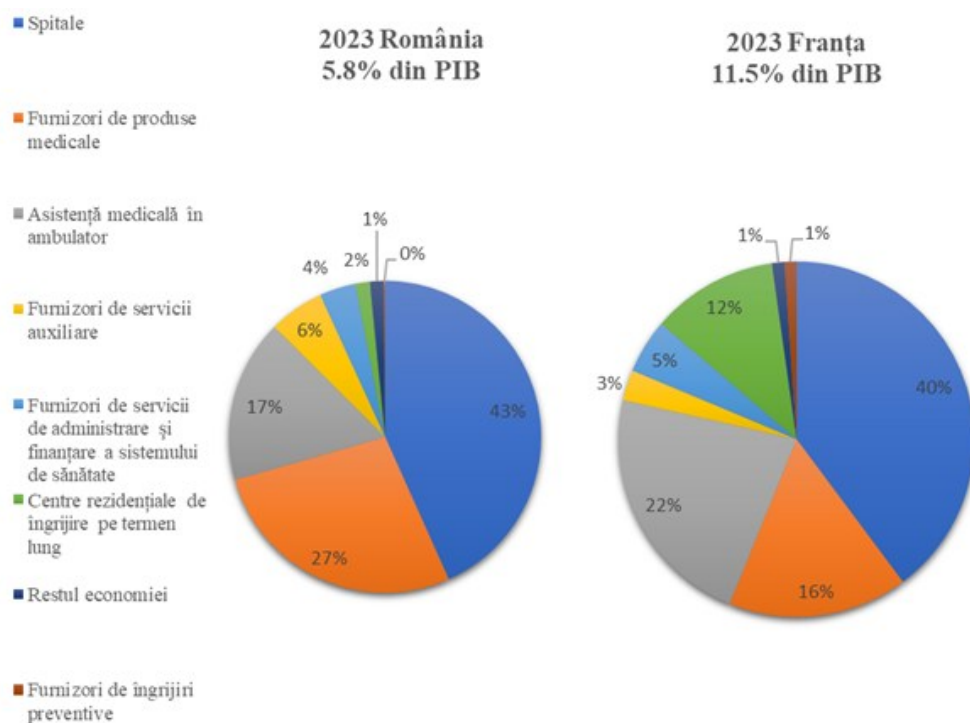


Health expenditure and financing

Frequency of observation: Annual • Measure: Expenditure

Combined unit of measure: Percentage of GDP





Ambele țări au cheltuit cea mai mare parte din bugetul de sănătate pentru servicii spitalicești. Prin urmare, merită menționat care sunt principalele linii din bugetul de sănătate din care spitalele își trag veniturile.

Există mai multe modalități de facturare a serviciilor medicale spitalicești. Procesul este de obicei cunoscut sub numele de managementul ciclului de venituri (MCV) [11].

Principalele surse de venit pentru spitalele din România și Franța sunt următoarele: cazurile acute care sunt rambursate fie ca tarif per caz DRG, fie ca tarif mediu per caz rezolvat în România și conform unui model de plată-per-serviciu (T2A), cazurile cronice sunt rambursate folosind o tarifare pe zi de spitalizare, iar cazurile de zi și consultațiile ambulatorii sunt rambursate folosind tarife specifice în funcție de diagnostice și/sau proceduri.

În România, în secțiile de spitalizare acută, există un tarif per caz rezolvat care poate fi acordat în sistemul DRG (diagnostic related groups) sau ca tarif mediu per caz rezolvat, pentru anumite specialități [12]. Sistemul DRG, introdus în România în 2005, este o schemă de clasificare a pacienților care grupează pacienți similari atât pe baza diagnosticului, cât și a complicațiilor, pentru a determina o plată standardizată a spitalizării. Acesta încurajează spitalele să controleze costurile și să fie mai eficiente prin plata unei sume forfetare pentru întreaga perioadă de spitalizare a unui pacient, mai degrabă decât pentru fiecare serviciu individual. Fiecare DRG are o valoare relativă care reflectă resursele medii necesare pentru a trata un pacient din grupul respectiv și sunt utilizate pentru a determina valorile de plată ale spitalelor prin înmulțirea valorii relative a DRG cu tariful de bază al spitalului [13]. În Franța, pentru departamentele de spitalizare acute, 70% din veniturile spitalului provin din activitatea de tarifare. Acesta a fost implementat în 2004. Anterior, toate bugetele spitalelor erau întocmite cu un buget global, din 1984 [14].

Acest model încuraja creșterea productivității, dar limita spațiul de manevră al anumitor instituții și crea situații de căutare a rentelor pentru spitalele a căror situație financiară era pozitivă [14]. De fapt, s-a decis trecerea de la finanțarea globală a spitalelor la un model de plată pe servicii (T2A), utilizând clasificarea pacienților în Grupuri Omogene de Pacienți („groupes homogènes des maladies” - GHM), un sistem francez DRG (aceleași principii, dar grupuri specifice derivate din practica medicală franceză). Tarifele pentru fiecare GHM sunt stabilite anual de Ministerul Sănătății (MS) [15]. Fiecare GHM corespunde unui Grup Omogen de Ședere (GHS). În 2022, sistemul francez de clasificare includea aproape 3 700 de tarife [16]. Trebuie menționat

că această modificare a avut loc cam în aceeași perioadă cu tranziția la sistemul DRG în România.

În România, secțiile de spitalizare pentru boli cronice au o rată medie a zilelor de spitalizare bazată pe indicatori specifici. Această rată variază în funcție de secția clinică și poate diferi între spitale. De obicei, CNAS acoperă toate zilele de spitalizare, conform reglementărilor guvernamentale [17]. În Franța, spitalizările sunt rambursate prin sistemul T2A, care atribuie o rată națională bazată pe diagnostic, proceduri și complexitatea îngrijirii [16].

În România, există, de asemenea, posibilitatea ca spitalele să deconteze serviciile pe baza unei tarife per caz rezolvat/tarife per serviciu medical pentru serviciile medicale de tip spitalicesc furnizate în cadrul unei spitalizări de zi, prevăzute în actele normative în vigoare [12]. În Franța, activitățile spitalicești de zi primesc finanțare pe baza unui sistem de stabilire a prețurilor pe activități, care ia în considerare natura și durata îngrijirilor acordate, precum și granturi legate de rolul lor în coordonarea și asigurarea continuității îngrijirii. Acest model, susținut de Legea privind finanțarea securității sociale (LFSS) pentru 2024 și 2025, implică finanțare majoritară publică din asigurările de sănătate, cu prețuri reglementate de stat și o creștere moderată a tarifelor spitalicești în 2025 (+0.5% în medie). În ambele țări, spitalele pot accesa venituri și prin alte surse secundare. Una dintre aceste surse este reprezentată de Programele Naționale. Spitalele pot accesa fonduri aferente Programelor Naționale (PN) cu scopuri curative. În România, aceste fonduri sunt alocate pentru a acoperi costurile medicamentelor, materialelor sanitare specifice, dispozitivelor medicale și serviciilor de tratament și/sau diagnostic. Pentru a accesa aceste fonduri, spitalele trebuie să încheie contracte separate cu casele județene de asigurări de sănătate. Toate cerințele pentru aceste contracte sunt reglementate la nivel național prin norme tehnice

aprobate de Ministerul Sănătății [12]. Începând cu anul 2022, Ministerul Sănătății din România a implementat și finanțat 13 PN cu impact major asupra sănătății publice (pentru care au fost alocate 173.2 milioane de euro în 2024) [18]. CNAS derulează și finanțează 16 programe naționale de sănătate curativă în România. De exemplu, se acordă anumite rambursări pentru terapia de substituție renală, inclusiv „materiale medicale specifice, transport nemedicalizat de medicamente și livrare la domiciliu, transport lunar de medicamente și materiale medicale specifice dializei peritoneale la domiciliu” [12]. Procedura este similară cu cea a celorlalte PN-uri: venituri bazate pe contracte separate semnate cu casele locale de asigurări de sănătate [12].

În Franța, Legea privind finanțarea securității sociale prevede granturi pentru misiuni specifice, dintre care unele vizează condiții specifice cu inițiative regionale personalizate. Anumite patologii specifice sunt eligibile pentru finanțare dedicată în cadrul misiunilor de interes general și sprijin contractual (MIGAC – Mission d'intérêt général et d'aides à la contractualisation) [19]. În special, misiunile de predare, cercetare, referință și inovare sunt finanțate din MERRI (Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation), sunt incluse în MIGAC, și sunt atribuite în special spitalelor universitare și centrelor de cercetare clinică [19]. Aceste misiuni implică activități dificil de contabilizat pe bază T2A, cum ar fi coordonarea îngrijirii pentru anumite boli cronice, gestionarea urgențelor specifice sau centrele de referință pentru boli rare sau complexe. În Franța, fondul de dotare MIGAC finanțează activități specifice care nu pot fi finanțate prin activități regulate. Acesta reprezintă 9,4 miliarde de euro în 2023 și cuprinde două categorii: Misiuni de interes general care pot fi finanțate într-un mod diferit și Misiuni de supraveghere și monitorizare epidemiologică. Misiunile de Interes General care pot fi finanțate într-un mod diferit sunt în special: SAMU (mission de service d'aide médicale d'urgence) și SMUR (Structures mobiles d'urgences et de reanimation), care au primit 833 de milioane de euro în 2019, și Îngrijirea pacienților aflați în situații precare, care a primit 192 de milioane de euro [17].

De asemenea, spitalele din România sunt rambursate pentru investigațiile paraclinice efectuate în regim ambulatoriu. Există reguli speciale pentru accesarea acestor fonduri [12]. În Franța, îngrijirea paraclinică este inclusă în pachetul global, care este integrat în tarifele T2A. Cu toate acestea, anumite tratamente paraclinice intensive (cum ar fi radioterapia, de exemplu) pot fi acoperite separat [20].

Pentru serviciile de îngrijire la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu care îndeplinesc condițiile stabilite prin contractul-cadru (între spitale și casele de asigurări județene) și prin anumite norme. Aceste servicii sunt finanțate din fondul alocat pentru serviciile de îngrijire la domiciliu [12]. În Franța, finanțarea îngrijirilor la domiciliu (îngrijiri medicale, de sprijin și multidisciplinare) a fost reformată în 2023: aceasta combină o componentă de bază și o componentă variabilă legată de nivelul de autonomie al pacienților. Grila AGGIR reprezintă nivelul de dependență pentru persoanele în vârstă. A fost instituită prin decretul din 21 august 2008. Această scală este calculată folosind o metodă specifică care corespunde capacităților persoanei în vârstă. GIR 1 reprezintă persoanele care

stau într-un scaun sau la pat tot timpul. GIR 5 corespunde unei persoane în vârstă complet independente.

Pentru îngrijirile paliative în Franța, prețul este specific, cu GHS-uri dedicate, care diferențiază între tipurile de îngrijire (unitate specializată, spitalizare de zi, spitalizare convențională). La domiciliu, îngrijirile paliative sunt coordonate de medicul curant, care se bazează pe rețele specializate, echipe mobile sau servicii de spitalizare la domiciliu. Strategia națională pentru îngrijiri paliative își propune să consolideze acoperirea teritorială a unităților dedicate, să îmbunătățească coordonarea oraș-spital și să dezvolte planuri de sprijin personalizate pentru pacienții aflați la sfârșitul vieții [19]. În România, serviciile de îngrijiri paliative furnizate în spitale sunt oferite în departamente sau unități specializate dedicate pacienților cu boli care le limitează speranța de viață. Aceste servicii se concentrează pe îmbunătățirea calității vieții prin gestionarea durerii și a altor simptome supărătoare, abordând în același timp nevoile emoționale, psihologice și spirituale. Îngrijirile paliative spitalicești sunt furnizate de echipe multidisciplinare, care pot include medici, asistente medicale, psihologi și asistenți sociali, în conformitate cu reglementările și standardele naționale de îngrijire [21].

METODOLOGIE

Acesta este un studiu transversal descriptiv.

Având în vedere toate informațiile despre modul în care sunt finanțate spitalele din Franța și România, s-a decis compararea a două spitale similare din cele două țări.

A fost ales aleatoriu un spital din Franța: Centrul Spitalicesc Intercomunal Redon-Carentoir (CHIRC). Au fost analizate particularitățile normative ale spitalului pentru a găsi un spital similar în România: numărul de paturi, specialitățile disponibile și existența serviciilor ambulatorii. Ulterior, un spital similar a fost găsit în România: Spitalul Municipal Onești (SMO).

După ce am avut la dispoziție datele de la cele două spitale, am comparat activitatea din cele două spitale fie folosind date brute, fie calculând următoarele: nr. de paturi, nr. de internări pe an, durata medie a spitalizării la nivelul întregului spital, rata de ocupare a paturilor la nivelul întregului spital, nr. de medici raportat la nr. de pacienți și nr. de asistente medicale raportat la nr. de pacienți.

Deoarece în România normarea de personal se face în raport cu numărul de paturi, am calculat și indicatorul: nr. de medici raportat la nr. de paturi. Unele date au fost reprezentate și grafic pentru o mai bună interpretare a rezultatelor, utilizând aplicația Excel din pachetul Microsoft Office.

Am analizat sursele de venit ale celor 2 spitale, din sursele menționate anterior în partea introductivă, și modul în care veniturile au fost utilizate pentru acoperirea diverselor cheltuieli pe parcursul unui an. Am utilizat ultimele date publice disponibile pe site-urile web ale spitalelor.

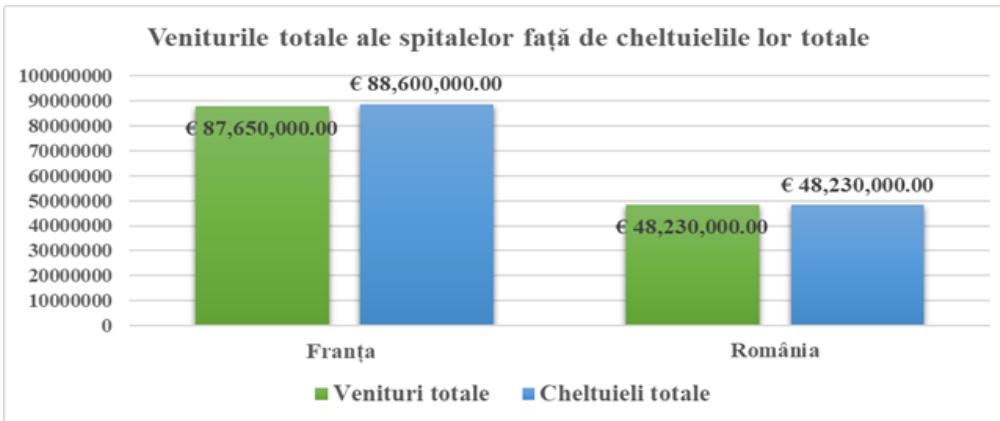
REZULTATE

Am extras ultimele cifre complet raportate.

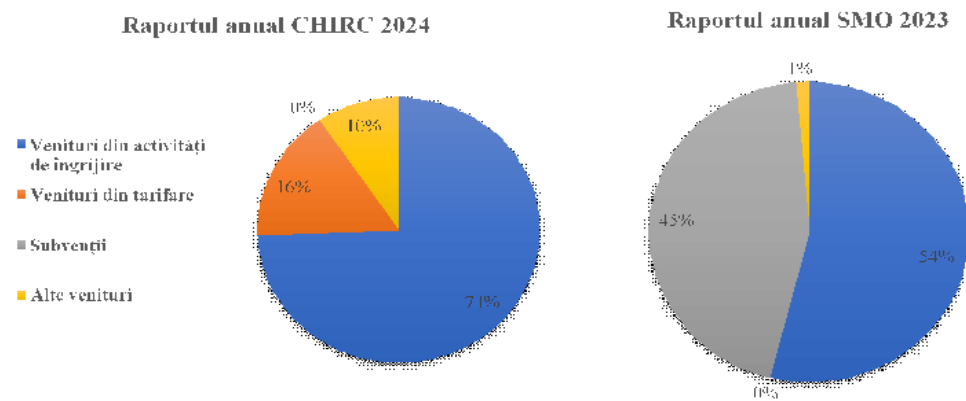
Raportul pentru CHIRC este din 2024, iar raportul pentru SMO este din 2023.

Am comparat bugetul și situația financiară. (Graficul 1)

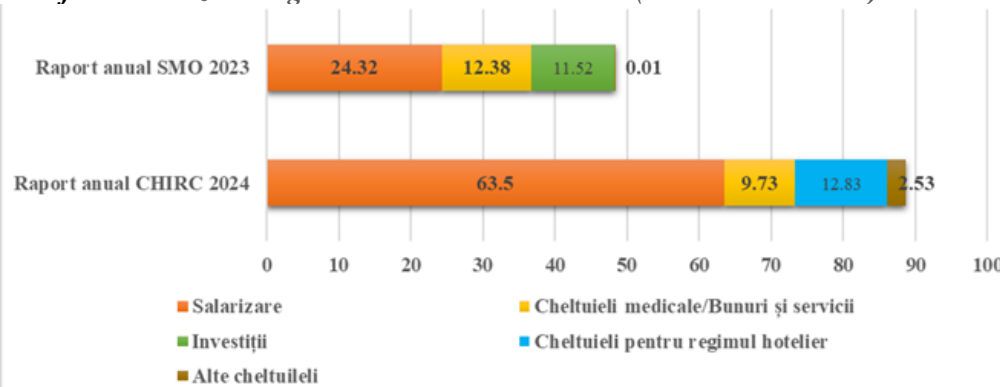
Graficul 1. Veniturile totale ale spitalelor față de cheltuielile lor totale



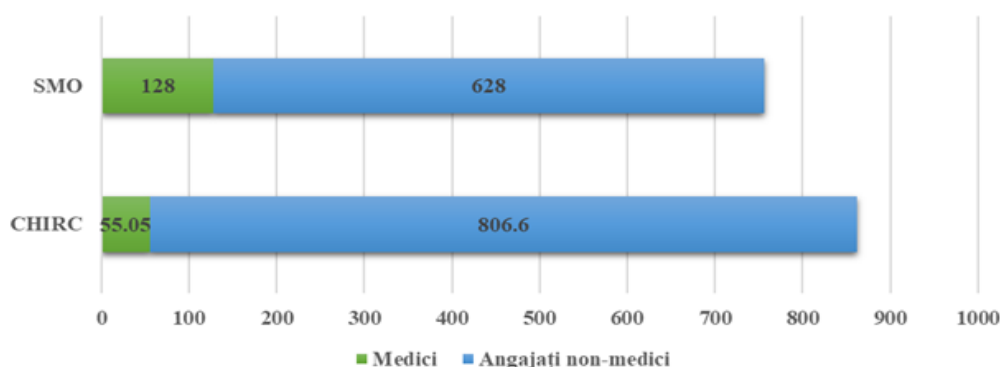
Graficul 2. Prezentare generală a veniturilor totale ale spitalelor



Graficul 3. Prezentare generală a cheltuielilor totale (în milioane de euro)



Graficul 4. Numărul total de angajați echivalent normă întreagă



În Franța, CHIRC a raportat că a obținut venituri din activități de îngrijire de 65.2 milioane de euro, venituri din tarifar de 14.1 milioane de euro și alte venituri de 8.35 milioane de euro. În România, SMO a raportat că a obținut venituri din activități de îngrijire de 26.05 milioane de euro, venituri din subvenții de 21.52 milioane de euro și alte venituri de 0.65 milioane de euro. (Graficul 2)

În Franța, CHIRC a raportat că a cheltuit 63.5 milioane de euro pentru salarizare, 9.73 milioane de euro pentru cheltuieli medicale - bunuri și servicii, 12.83 milioane de euro pentru costuri de ospitalitate și 2.53 milioane de euro pentru costuri excepționale. În România, SMO a raportat că a cheltuit 24.32 milioane de euro pentru salarizare, 12.38 milioane de euro pentru cheltuieli de bunuri și servicii, 11.52 milioane de euro pentru investiții și 0.01 euro pentru alte cheltuieli. (Graficul 3.)

Ambele spitale au avut fonduri alocate pentru formare profesională și alte activități conexe. CHIRC a alocat 1.02 milioane EUR, în timp ce SMO a alocat 0.12/0.16 milioane de euro.

Am extras date privind resursele umane din spitale. Este de remarcat faptul că, în spitalul francez, există posibilitatea angajării de personal cu normă parțială de muncă, ceea ce duce la un număr mai mare de angajați (estimați prin fluturașii de salariu emiși) decât numărul echivalent de posturi cu normă întreagă (FTE) declarate. (Graficul 4)

Această diferență reflectă structurile de personal respective, CHIRC raportând o medie de 1.014 fluturași de salariu lunar, comparativ cu 756 în SMO, în concordanță cu numărul de posturi echivalent normă întreagă (FTE).

În ceea ce privește structura spitalului, CHIRC avea 543 de paturi. Are 3 departamente mari: departamentul de medicină și chirurgie obstetrică, departamentul de geriatrie și departamentul de sănătate mintală și dependențe.

SMO din România are 573 de paturi și mai multe departamente pe care le-am grupat în: departamente clinice, departamente paraclinice, consultații ambulatorii și departament de spitalizare de zi.

Activitatea spitalicească a celor două a fost reprezentată în tabelul de mai jos. (Tabelul 1)

Tabelul 1. Activitatea spitalului

Spital		CHIRC	SMO
Internări în spital	spitalizări continue	19,677	17,842
	spitalizări de zi	3,612	24,114
Ambulatoriu	consultații	85,947	108,579
	proceduri	17,624	16,927
Durata medie de spitalizare		7.49	5.47

Un total de 36 399 de proceduri imagistice au fost efectuate la CHIRC în 2024, comparativ cu 21 810 la SMO în 2023, ambele excluzând ecografiile.

Pentru a evalua utilizarea paturilor de spital, am calculat rata de ocupare a paturilor (ROP) pentru fiecare unitate medicală, pe baza numărului total de zile de spitalizare, a numărului de paturi disponibile și a duratei perioadei de raportare. ROP pentru CHIRC a fost de 74.33% în 2024, iar pentru SMO a fost de 46.72% în 2023.

În ceea ce privește personalul, CHIRC a angajat 55.05 medici echivalent normă întreagă (FTE) pentru 543 de paturi și 19 667 de internări, rezultând 10.14 medici la 100 de paturi și 2.80 la 1.000 de pacienți. În schimb, SMO avea 128 de medici ETP pentru 573 de paturi și 17 842 de internări, ceea ce corespunde la 22.33 medici la 100 de paturi și 7.18 la 1.000 de pacienți.

Datorită diferențelor dintre definițiile celorlalte posturi a fost dificil de evaluat nr. asistenților medicali raportat la nr. de paturi sau la nr. de pacienți.

Discuții

Pentru a susține interpretarea constatărilor noastre, am consultat literatura de specialitate relevantă, precum și mai mulți experți în acest domeniu.

Constatarile din literatura de specialitate indică adoptarea pe scară largă a sistemelor de plată DRG sau similare DRG la nivel global, deoarece acestea oferă o metodă relativ obiectivă și consistentă pentru compensarea anumitor forme de îngrijire spitalicească [22].

Conform opiniilor experților cu care am discutat, toți au împărtășit opinia că sistemul de sănătate din România este semnificativ subfinanțat. Problema principală nu provine neapărat din sistemul în sine, ci mai degrabă din lipsa de fonduri pentru spitale. Constrângerile sunt în primul rând financiare. Deși ideea creșterii contribuțiilor pentru sănătate a fost larg susținută, au fost exprimate îngrijorări cu privire la echitate și la potențialul impact negativ asupra segmentelor vulnerabile ale populației.

Dincolo de acest teren comun, experții individuali au ridicat puncte distincte care merită subliniate.

Din evaluările privind finanțarea asistenței medicale, strategia predominantă pentru gestionarea finanțării

spitalelor implică reducerea capacității de spitalizare continuă - în principal prin scăderea numărului de paturi de spital - și consolidarea tranziției către asistența medicală ambulatorie, urmând tendințele observate în sisteme precum cel din Franța (în Franța, 22% din bugetul de sănătate este alocat asistenței medicale ambulatorii, iar tendința

este de a alocă și mai mult față de doar 17% în România) [10]. Această reorganizare are scopul de a îmbunătăți eficiența și de a limita costurile. În acest context, fondul național de asigurări de sănătate rămâne principala sursă de finanțare a spitalelor, bugetul de stat intervenind pentru a compensa orice deficite.

Printre principalii factori de cost identificați de experți, creșterile salariale reprezintă o povară financiară semnificativă și continuă pentru spitale.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) colaborează strâns cu Ministerul Sănătății, în special în contextul Planului Național de Redresare și Reziliență (PNRR). Această colaborare este guvernată de acorduri reînnoite la doi ani care definesc domeniile în care OMS oferă asistență tehnică, în special în domeniile în care capacitatea instituțională este încă în curs de dezvoltare. Sprijinul OMS se concentrează pe patru piloni cheie: îmbunătățirea calității îngrijirii, consolidarea resurselor umane în domeniul sănătății [23], îmbunătățirea managementului serviciilor de sănătate și promovarea sănătății digitale. În cadrul PNRR, OMS este implicată și în inițiative legate de finanțarea sistemului de sănătate și măsurarea performanței. Mai recent, organizația a prezentat un set de recomandări de politici care vizează îmbunătățirea distribuției personalului medical, cu un accent deosebit pe atragerea tinerilor practicieni din spitale în zonele rurale. Aceste propuneri includ măsuri de consolidare a educației medicale și a dezvoltării profesionale continue, de furnizare de stimulente financiare și nefinanciare, de sprijinire a managementului spitalicesc printr-un acces îmbunătățit la finanțare europeană și de stabilire a unui cadru juridic cuprinzător care să permită implementarea acestor strategii [24]. Conform acestor linii directoare, autoritățile locale ar putea implica stimulente financiare pentru a motiva tinerii profesioniști să practice în zone urbane sau rurale mici, astfel încât să reducă povara financiară asupra spitalelor din cauza creșterilor salariale [24]. Franța se confruntă, de asemenea, cu aceste provocări.

CONCLUZII

În România, personalul spitalicesc este normat în funcție de numărul de paturi, ceea ce înseamnă că numărul de posturi este direct legat de capacitatea paturilor, mai degrabă decât de numărul real de pacienți sau de cererea de servicii. Similar situației din Franța, România continuă să se confrunte cu o lipsă de medici specialiști în centrele urbane mici și în zonele rurale, ceea ce evidențiază o lacună persistentă în distribuția echitabilă a profesioniștilor din domeniul sănătății.

Bibliografie

1. Musgrove P, Creese A, Preker A, Baeza C, Anell A, Prentice T, et al. Health Systems: Improving Performance. The World Health Report. 2000; ISBN: 92 4 156198 X; [citat 2025 Aug 12]. Disponibil la: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b13a5108-3bdb-4640-8c0a-23ca46592848/content>
2. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. World Health Organization, editor. Vol. 57. Geneva; 2022; [citat 2025 Aug 12]. Disponibil la: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK590192/>
3. EHMA. Shaping and managing innovative health ecosystems – Conference report. 2024; [citat 2025 Aug 14]. Disponibil la: <https://ehma.org/conference/european-health-management-conference-2024-shaping-and-managing-innovative-health-ecosystems/>
4. Parlamentul României. Codul fiscal: Legea nr. 227/2015 din 8 septembrie 2015. Monitorul Oficial al României, Partea I. 2015 Sep 10;(688); [citat 2025 Aug 14]. Disponibil la: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocument/171282>
5. Tracking inequalities in financial hardship due to out-of-pocket health spending by age structure of a household: technical brief on measurement. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; [citat 2025 Aug 14]. Disponibil la: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097834>
6. Or Z, Gandré C, Seppänen AV, Hernández-Quevedo C, Webb E, Michel M, Chevreur K. France: Health system review. Health Systems in Transition, 2023; 25(3): i–241; [citat 2025 Aug 14] Disponibil la: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/france-health-system-review-2023>
7. European Union. Romania – EU country [Internet]. Brussels: European Union; [citat 2025 Aug 20]. Disponibil la: https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/eu-countries/romania_en
8. World Health Organization Regional Office for Europe. Out-of-pocket payments for health care are low in France, but gaps persist for people with low incomes, new WHO report reveals [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 Apr 22; [citat 2025 Aug 20]. Disponibil la: <https://www.who.int/europe/news/item/22-04-2024-out-of-pocket-payments-for-health-care-are-low-in-france-but-gaps-persist-for-people-with-low-incomes-new-who-report-reveals>
9. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Data Explorer: Health expenditure and financing – Current expenditure on health as percentage of GDP, France and Romania [Internet]. Paris: OECD; [citat 2025 Aug 21]. Disponibil la: [https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=4&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_SHA%40DF_SHA&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=FRA%2BROU.A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ.T..T.T.T..&pd=2015%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false&vw=t&lb=nm](https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=4&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_SHA%40DF_SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=FRA%2BROU.A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ.T..T.T.T..&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false&vw=t&lb=nm)
10. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Data Explorer. Current expenditure on health by healthcare function (HP1–HP7), percentage of GDP [Internet]. Paris: OECD; [citat 2025 Aug 22]. Disponibil la [https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&pg=0&fs\[0\]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&fc=Topic&bp=true&snb=5&vw=tb&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_SHA%40DF_SHA&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ.T..HP7%2BHP6%2BHP5%2BHP4%2BHP3%2BHP1...&pd=2015%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&pg=0&fs[0]=Topic%2C1%7CHealth%23HEA%23%7CHealth%20expenditure%20and%20financing%23HEA_EXP%23&fc=Topic&bp=true&snb=5&vw=tb&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_SHA%40DF_SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ.T..HP7%2BHP6%2BHP5%2BHP4%2BHP3%2BHP1...&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false)
11. Chandawarkar R, Nadkarni P, Barmash E, Thomas S, Capek A, Casey K, Carradero F. Revenue Cycle Management: The Art and the Science. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2024 Jul 2;12(7):e5756. doi: 10.1097/GOX.0000000000005756. PMID: 38957721; PMCID: PMC11219169. [citat 2025 Aug 22]. Disponibil la: https://journals.lww.com/prsgo/fulltext/2024/07000/revenue_cycle_management_the_art_and_the_science.9.aspx
12. Guvernul României. Hotărârea Guvernului nr. 521/2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. Monitorul Oficial al României, Partea I. 2023 May 26;(466); [citat 2025 Aug 22]. Disponibil la: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocument/270773>
13. INMSS. What is the DRG system. [cited 2025 Aug 23]. Available at: <https://drg.ro/index.php?p=drg>
14. Vie publique. Financement des soins à l'hôpital : la tarification à l'activité (T2A). [Internet]. 2022; [citat 2025 Oct 29]. Disponibil la: <https://www.vie-publique.fr/fiches/37927-financement-des-soins-lhopital-la-tarification-lactivite-t2a>
15. Theragora. Le médicament et la T2A [Internet]. Année 2008; [citat 2025 Oct 29]. Disponibil la: <https://www.theragora.fr/acteurs-de-ma-sante/economie-de-la-sante/le-medicament-et-la-t2a.html>
16. Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Financement des établissements de santé [Internet]. Mise à jour 09 août 2024; [citat 2025 Oct 29]. Disponibil la: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>
17. L'évolution des modes de financement des établissements de santé – Une nouvelle échelle de valeur. Olivier Veran. Ministère des affaires sociales et de la santé. Avril 2017; [citat 2025 Sep 12]. Disponibil la: https://www.finances-hospitalieres.fr/article_rapport-de-la-mission-sur-l-evolution-du-mode-de-financement-des-etablissements-de-sante-animee-par-olivier-veran_518636679F5C9D.html
18. Ministerul Sănătății. Minister. Organizare. Programe Naționale. [cited 2025 Sep 22]. Available at: <https://ms.ro/ro/minister/organizare/programe-na%C8%9Bionale-de-s%C4%83n%C4%83tate/>
19. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) [Internet]. [cited 2025 Oct 29]. Available from: [https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac](https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac/article/les-missions-d-interet-general-et-d-aides-a-la-contractualisation-migac)
20. (2025). *Reform of home-care service financing (SSLAD and SPASAD)*. Paris: CNSA, February 2025.
21. Guvernul României. (2024). Hotărâre nr. 1320 din 23 octombrie 2024 privind aprobarea Strategiei naționale de vaccinare în România pentru perioada 2023–2030. Monitorul Oficial nr. 1072 din 25 octombrie 2024; [cited 2025 Oct 29]. Available at: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocument/285992>
22. Busse R, Geissler A, Aaviksoo A, Cots F, Häkkinen U, Kobel C, et al. Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals? BMJ. 2013 Jun 7;346:f3197. doi:10.1136/bmj.f3197. PMID: 23747967. [cited 2025 Oct 29]. Available at: <https://www.bmj.com/content/346/bmj.f3197.long>
23. World Health Organization Regional Office for Europe. Romania's health management overhaul: over 9000 professionals trained with WHO support [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2026 Feb 23 [citat 2026 Feb 28]. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/23-02-2026-romania-s-health-management-overhaul-over-9000-professionals-trained-with-who-support>
24. Blidaru TC, Forray AI, Zapata T, Scotter C, Andersen Y, Al-alawy K, et al. Romania's 2025 guide for health workforce attraction and retention: Bridging global strategies and local realities. Health Pol. 2025; 164:105511. doi:10.1016/j.healthpol.2025.105511 [cited 2025 Nov 4]. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105511>
25. Nițescu AG, Grindean A, Lupean A. The Romanian healthcare system: a comprehensive analysis of current status and reform initiatives (2024–2025). Pangeea. 2025;25(2). doi:10.29302/Pangeea25.53. [cited 2025 Feb 14]. Available at: <https://doi.org/10.29302/Pangeea25.53>