

ANALIZĂ CRITICĂ PRIVIND PROBLEMELE DE MANAGEMENT ÎN ABSORBȚIA FONDURILOR EUROPENE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII ÎN ROMÂNIA

Sociolog Marian MATEI¹

¹Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate

Articolul analizează blocajele de management care afectează absorbția fondurilor europene în sistemul de sănătate din România, concentrându-se pe discrepanța dintre finanțările record și capacitatea operațională redusă de implementare.

Cuvinte cheie: Absorbția fondurilor europene, sistemul de sănătate, PNRR (Planul Național de Redresare și Reziliență), capacitate operațională, capacitate administrativă, birocrație defensivă, suprareglementare, achiziții publice centralizate, partizanat politic.

INTRODUCERE

Sistemul de sănătate din România se află într-un moment de răscruce istorică, definit printr-o asimetrie profundă între disponibilitatea resurselor financiare și capacitatea structurală de a le asimila. În cadrul exercițiilor financiare post-aderare, dar mai ales prin corelarea simultană celor două instrumente financiare - a Planului Național de Redresare și Reziliență [PNRR] și a fondurilor structurale și de investiții [ESI] - Programul Operațional Sănătate [POS] 2021-2027, alocările financiare destinate infrastructurii medicale, digitalizării și dotărilor tehnologice au atins valori fără precedent. Cu toate acestea, dinamica absorbției reale indică o rezistență cronică a sistemului public, determinată nu de limitări bugetare, ci de disfuncționalități structurale de management.

Această lucrare propune o analiză critică detaliată a blocajelor manageriale, administrative și politice care periclitează utilizarea fondurilor europene în sectorul sanitar românesc. Abordarea investighează fenomenul din perspectivă sistemică, pornind de la eșecul planificării strategice de la nivel central, trecând prin carențele de execuție de la nivelul beneficiarilor [spitalele publice] și terminând cu influența distorsionantă a partizanatului politic și a intereselor de grup. Totodată, lucrarea oferă o perspectivă comparativă în raport cu modelele de bune practici implementate în alte state din regiune, precum Polonia și Republica Cehă, identificând vectorii de schimbare necesari pentru o reformă a managementului absorbției fondurilor europene.

Cadrul conceptual al managementului fondurilor europene în sănătate.

Alocările financiare destinate sistemelor de sănătate prin intermediul politicii de coeziune și al mecanismelor temporare de redresare reprezintă cel mai complex test al capacității administrative pentru statele membre din Europa Centrală și de Est [Zaman și Cristea, 2011]. Spre deosebire de alte sectoare ale vieții social-economice, investițiile în infrastructura spitalicească și în digitalizarea medicală înglobează un grad ridicat de tehnicitate, un lanț de aprovizionare fragmentat și standarde clinice riguroase interconectate cu reguli și proceduri specifice de biosecuritate.

În acest context, managementul ciclului de proiect [Project Cycle Management – PCM] nu mai constituie un simplu set de proceduri birocratice de conformitate, ci devine o variabilă critică direct dependentă de stabilitatea și maturitatea instituțională a autorităților contractante.

Trecerea de la abordarea clasică bazată pe rambursarea costurilor [specifică Programelor Operaționale

Regionale sau Programului Sănătate 2021-2027 gestionat de MIPE] la arhitectura bazată strict pe performanță a Mecanismului de Redresare și Reziliență a modificat fundamental regulile guvernantei financiare. În cadrul PNRR, plățile sunt condiționate de îndeplinirea unor jaloane [milestones] și ținte [targets] cu termene ferme, care nu pot fi prelungite dincolo de anul 2026. Această rigiditate temporală penalizează statele caracterizate prin culturi instituționale reactive, unde proiectarea tehnică și execuția fizică suferă întârzieri cronice [Bărbulescu, 2015].

Managementul fondurilor structurale și de coeziune în sectorul sănătății nu reprezintă doar un exercițiu de conformitate contabilă, ci un proces complex de management public strategic. Acesta presupune existența unui lanț valoric continuu, articulat pe patru piloni fundamentali:

1. Programarea vizionară: alinierea priorităților de finanțare la nevoile epidemiologice, clinice și demografice reale;
2. Formularea tehnică: proiectarea unor ghiduri de finanțare clare, predictibile și lipsite de cerințe redundante;
3. Execuția operațională: capacitatea beneficiarilor de a gestiona achiziții complexe și contracte de lucrări;
4. Monitorizarea și auditul performanței: evaluarea impactului clinic real, dincolo de simpla conformitate formală a documentelor).

În România, acest lanț valoric este profund fragmentat. Teoria managementului public subliniază că eficiența instituțională depinde în mod direct de stabilitatea regulilor și de profesionalizarea corpului tehnic. Atunci când regulile sunt instabile și resursa umană este supusă fluctuațiilor de natură politică, apare fenomenul de paralizie administrativă, în care birocrația devine un mecanism de auto-protecție a funcționarului în fața riscului, blocând avansarea proiectelor și decontarea cheltuielilor.

La finele lunii august 2026, datele centralizate de Ministerul Sănătății din România indică atingerea unei rate nominale de absorbție a fondurilor europene din PNRR de 91% [Ministerul Sănătății, 2026]. Această valoare reprezintă un salt semnificativ față de nivelul de 66% înregistrat în semestrul precedent, fiind atribuită de autorități de blocării procedurilor administrative și accelerării contractării pentru cele aproximativ 1.200 de proiecte ce vizează modernizarea ambulatoriilor, dotarea unităților medicale și digitalizarea structurală a sistemului sanitar.

Totuși, o evaluare critică, impune disocierea dintre rata contractării formale [angajamente juridice] și rata execuției financiare efective [plăți și lucrări finalizate în teren]. Această dinamică pozitivă a cifrelor oficiale ascunde ajustări de portofoliu severe făcute pe parcursul ultimilor trei ani pentru evitarea dezangajărilor automate de fonduri. Pentru a menține jaloanele în parametri agreeți cu Comisia Europeană, autoritățile de la București au recurs în repetate rânduri la eliminarea din finanțare a proiectelor evaluate ca imature sau incapabile să finalizeze lucrările de construcție civilă în limitele calendarului PNRR.

Un caz documentat îl reprezintă rețeaua națională de cabinete de planificare familială și asistență medicală primară, unde din cauza întârzierilor masive în achizițiile publice de dotări și echipamente specifice, fondurile inițiale de aproximativ 10 milioane de euro au fost eliminate complet din structura PNRR. Aceste proiecte au fost ulterior transferate către celălalt instrument financiar, fondurile structurale și de investiții (ESI) - Programul Operațional Sănătate al UE, eliberând astfel presiunea de pe jaloanele PNRR, dar expunând sistemul unui risc sistemic de penalizare și fragmentare a finanțării.

De asemenea, restructurările succesive ale listei de unități spitalicești noi sau reabilitate integral prin componenta C12 – Sănătate din PNRR, reflectă direct eșecul planificării strategice inițiale. Modificările legislative operate prin ordonanțe de urgență pentru tăierea sau redirectionarea sumelor destinate spitalelor considerate „neprioritare” sau blocate în faze incipiente de licitație [Europa Liberă România, 2024], demonstrează că sistemul public din România tinde să prioritizeze conformitatea scriptică în detrimentul impactului structural pe termen lung în rețeaua medicală teritorială.

Management strategic și instabilitate instituțională la nivel central. Discontinuitatea politicilor publice și resetarea priorităților.

La nivelul administrației publice centrale, principala problemă managerială o reprezintă absența unei viziuni liniare, imune la ciclurile electorale. Ministerul Sănătății, în calitate de autoritate de resort sau beneficiar strategic, a suferit transformări și reorganizări instituționale repetate, care au fragmentat grav memoria instituțională.

Fiecare modificare la nivelul conducerii politice a Ministerului Sănătății a atras după sine o reevaluare a portofoliului de proiecte prioritare. Această practică a afectat în mod direct proiecte de importanță critică, cum ar fi Spitalele Regionale de Urgență [Iași, Cluj, Craiova]. Concepute inițial în cadrele financiare multianuale anterioare, documentațiile tehnice ale acestora au fost supuse unor revizui succesive, determinate de schimbarea viziunilor strategice ale diferitelor cabinete ministeriale [Eurohealth Observatory, 2026]. Drept consecință, perioade întregi de programare au fost pierdute în faza de proiectare, costurile estimate inițial devenind anacronice în raport cu evoluția pieței construcțiilor.

Managementul de proiect în România suferă de o fragmentare a competențelor între Ministerul Investițiilor și Proiectelor Europene [MIPE] și Ministerul Sănătății. Înființarea și operaționalizarea nepermis de lentă a structurilor dedicate, precum Agenția Națională pentru Dezvoltarea Infrastructurii în Sănătate [ANDIS], au demonstrat

dificultatea transferului de competențe tehnice de la aparatul birocratic ministerial către o structură specializată. În loc să acționeze ca un catalizator, ANDIS s-a confruntat în faza inițială cu blocaje de resurse umane și întârzieri în preluarea efectivă a proiectelor mari, perpetuând ambiguitatea decizională în relația cu beneficiarii și cu firmele de consultanță [G4Media, 2023].

Unitățile de Management de Proiect [UMP] sunt adesea populate de funcționari fără competențe specifice în achiziții publice complexe de echipamente medicale sau inginerie civilă spitalicească. Presiunea cumulată a regulilor europene și a legislației naționale generează un fenomen de „birocrație defensivă”, în care deciziile administrative sunt amânate sistematic de teama corecțiilor financiare impuse de organismele de audit sau a investigațiilor instituțiilor judiciare [Androniceanu, 2017]. Fluctuația resursei umane cu funcții de conducere, subminează suplimentar memoria instituțională și continuitatea proiectelor, provocând reluarea de la zero a unor analize tehnice complexe.

Discrepanța dintre absorbția scriptică și implementarea fizică generează consecințe grave la nivel macroeconomic și structural. În primul rând, eliminarea repetată a unor linii de finanțare imature din PNRR și transferul lor forțat către programe clasice de coeziune pune o presiune masivă pe bugetul de stat general, care trebuie să acopere cheltuielile neeligibile sau penalitățile rezultate din contracte reziliate. Într-un context marcat de un deficit bugetar persistent ce depășește limitele pactului de stabilitate european, incapacitatea de a atrage fonduri nerambursabile pentru modernizarea infrastructurii critice medicale vulnerabilizează poziția fiscală a țării [Gănescu, 2013].

În al doilea rând, se adâncește fenomenul de inechitate sistemică regională în accesul la servicii de sănătate de calitate. Marile centre universitare [București, Cluj-Napoca, Iași], care dispun de aparate administrative locale relativ mai robuste și de capacități superioare de atragere a experților externi, reușesc să ducă la bun sfârșit proiecte majore de infrastructură spitalicească. În schimb, județele periferice sau defavorizate din punct de vedere economic eșuează în implementarea investițiilor din PNRR din cauza incapacității cronice de management. Astfel, fondurile europene, concepute inițial ca instrumente de redresare/reziliență, de convergență și coeziune, riscă să acționeze paradoxal ca un vector de polarizare a calității actului medical pe teritoriul național.

Capacitatea administrativă precară la nivelul beneficiarilor (Spitalele Publice).

Dacă la nivel central problemele sunt de natură structurală, la nivelul beneficiarilor finali – spitalele județene, municipale sau institutelor clinice – blocajele capătă o dimensiune pur operațională. Managementul spitalicesc din România nu este configurat, din punct de vedere al resurselor și organigramelor, pentru a absorbi fonduri europene de mare anvergură.

Unitățile sanitare publice se confruntă cu o incapacitate cronică de a recruta și reține specialiști în achiziții publice complexe, ingineri constructori, juriști specializați în dreptul administrativ european și manageri de proiect experimentați. Salarizarea din sectorul public, deși îmbunătățită pentru personalul medical [medici și asistenți medicali], rămâne extrem de rigidă și neatractivă pentru

experții tehnici din zona de management de proiect. În consecință, comisiile de evaluare a licitațiilor de la nivelul spitalelor sunt adesea formate din medici, directori financiari sau personal administrativ generalist, care nu posedă expertiza necesară pentru a analiza oferte tehnice extrem de complexe pentru echipamente medicale sau lucrări de consolidare structurală.

Pentru a compensa lipsa de personal intern calificat, managementul spitalelor recurge la externalizarea serviciilor de scriere și implementare a proiectelor către firme private de consultanță. Deși această practică este legitimă în teorie, în realitate ea generează o serie de riscuri manageriale severe:

- Proiecte „tipizate”: Firmele de consultanță livrează adesea aplicații de finanțare copiate, slab adaptate la realitățile clinice, epidemiologice și de personal ale spitalului beneficiar;
- Indicatori nerealist de asumat: Din dorința de a asigura aprobarea proiectului, consultanții inserează în cererile de finanțare indicatori de rezultat extrem de ambițioși. Ulterior, în faza de implementare și sustenabilitate, spitalul constată că nu poate îndeplini acești indicatori (de exemplu, un anumit număr de pacienți tratați cu o tehnologie pentru care spitalul nu are medici atestați), ceea ce atrage riscul unor corecții financiare retroactive;
- Absența transferului de cunoștințe: Externalizarea totală împiedică dezvoltarea unei culturi interne de proiect management în cadrul spitalului, unitatea rămânând vulnerabilă și dependentă la următoarele apeluri de proiecte;
- În managementul proiectelor, identificarea proactivă a riscurilor [financiare, logistice, juridice] și stabilirea unor planuri de contingență sunt obligatorii. În spitalele publice din România, managementul riscului este aproape exclusiv reactiv. Problemele sunt adresate abia atunci când s-au transformat deja în crize deschise: constructori care intră în insolvență, echipamente livrate care nu pot fi montate deoarece spațiul nu este gata sau modificări legislative care invalidează eligibilitatea unor cheltuieli.

Lipsa de maturitate a proiectelor și blocajele din sistemul de achiziții publice.

Unul dintre cele mai severe diagnostice puse de organismele de audit, inclusiv de Curtea de Conturi Europeană, se referă la includerea în axele de finanțare a unor proiecte „nemature”, adică proiecte aflate doar la nivel de idee sau cu documentații tehnice deficitare [Curtea de Conturi Europeană, 2024].

Presiunea timpului, generată în special de termenele limită extrem de strânse ale PNRR, a determinat autoritățile și spitalele să aprobe studii de fezabilitate realizate în grabă. Aceste documente prezintă frecvent lipsuri majore:

- Subevaluarea bugetelor: Devizele generale ale proiectelor au fost calculate pe baza unor prețuri istorice ale materialelor de construcții și ale echipamentelor medicale, fără a anticipa inflația accentuată din ultimii ani. Când proiectele sunt scoase la licitație pentru execuție, nicio firmă de construcții nu depune oferte, considerând prețul de pornire ca fiind falimentar. Licitările se

anulează repetat, consumând luni prețioase din calendarul proiectului.

- Neconcordanțe tehnice: Erorile din faza de proiectare [omiterea unor rețele de utilități, subevaluarea rezistenței solului etc.] sunt descoperite abia în faza de execuție a lucrărilor, necesitând dispoziții de șantier, modificări de contract și costuri suplimentare care depășesc plafoanele de eligibilitate stabilite prin contractul de finanțare.

În sectorul sanitar, unde caietele de sarcini necesită o definire riguroasă a performanțelor tehnice ale echipamentelor, autoritățile contractante nu dețin expertiza necesară pentru a formula criteriile de atribuire bazate pe cel mai bun raport calitate-preț. Drept consecință, recurg la criteriul restrictiv al „prețului celui mai scăzut”, fapt ce atrage fie echipamente de calitate inferioară cu costuri ulterioare mari de mentenanță, fie contestații prelungite din partea competitorilor de pe piață. Consiliul Național de Soluționare a Contestațiilor [CNSC] și curțile de apel devin astfel actori colaterali care dictează calendarul de implementare al proiectelor de sănătate, mecanism ce subminează total logica planificării bazate pe performanță impusă de RRF [Profiroiu et al., 2020].

Sistemul național de achiziții publice este perceput de managerii de spitale ca un mediu de maximă insecuritate juridică. Caietele de sarcini redactate defectuos dau naștere unor valuri succesive de contestații depuse de ofertanți la Consiliul Național de Soluționare a Contestațiilor [CNSC] și, ulterior, la Curțile de Apel. Litigiile administrative pot prelungi faza de atribuire a unui contract de dotare sau de lucrări cu perioade cuprinse între 6 și 18 luni. Într-un context de finanțare europeană, aceste întârzieri sunt fatale, conducând adesea la fenomene de decommitment (dezangajare automată a fondurilor) sau la necesitatea salvării proiectelor prin eliminarea lor din axele europene stringente și mutarea lor pe bugete naționale, cu un efort masiv din partea bugetului de stat [News.ro, 2026].

Birocrația excesivă și disfuncționalitățile sistemului de management și control.

Arhitectura instituțională de control a fondurilor europene în România este caracterizată printr-o cultură administrativă profund defensivă, axată pe proces și formă, în detrimentul rezultatului și performanței clinice.

Autoritățile de Management din România tind să adauge cerințe, reguli, formulare și straturi de control suplimentare față de cele impuse în mod expres de regulamentele Comisiei Europene [Institutul European din România, 2012]. Acest fenomen de suprareglementare este justificat oficial prin dorința de a preveni fraudă și erorile de audit, însă efectul său real este sufocarea administrativă a beneficiarului. Pentru a deconta o singură cheltuială, un spital public trebuie să depună un volum uriaș de documente justificative, procese-verbale, fotocopii certificate și rapoarte de progres, parcurgând circuite birocratice redundante.

Fluxurile financiare din cadrul programelor cu finanțare europeană din sănătate prezintă blocaje majore de sincronizare. Verificarea cererilor de rambursare sau de plată depuse de spitale durează adesea luni de zile în cadrul structurilor AM. În acest interval,

spitalele nu dispun de lichidități [capital de lucru] pentru a plăti constructorii sau furnizorii de echipamente medicale de înaltă tehnologie. Constructorii, aflați în incapacitatea de a-și acoperi costurile operaționale și facturile la subcontractori, își încetinesc sau își sistează activitatea pe șantierele spitalelor [News.ro, 2026]. Această dinamică **perversă** transformă un proiect aparent finanțat într-un șantier abandonat, din considerente strict administrative de flux de numerar.

Influența partizanatului politic și a intereselor de grup.

Analiza critică a managementului absorției fondurilor europene nu poate fi completă fără evaluarea dimensiunii de economie politică a sistemului sanitar românesc. Partizanatul politic reprezintă o variabilă disruptivă majoră care interferează cu raționalitatea economică și medicală a alocării fondurilor.

Numirea managerilor de spitale publice pe criterii politice, și nu pe baza unor concursuri de management autentice, bazate pe indicatori de performanță riguroși, slăbește structural calitatea implementării proiectelor. Un manager a cărui stabilitate pe post depinde de sprijinul politic local sau central va tinde să prioritizeze deciziile cu impact electoral pe termen scurt, în detrimentul deciziilor strategice complexe pe termen lung necesare pentru absorbția fondurilor UE. De asemenea, lipsa de stabilitate pe funcție a managerilor numiți interimar afectează continuitatea în managementul proiectelor; un contract semnat de un manager poate fi reevaluat sau blocat de succesorul său din considerente de rivalitate politică internă.

Fondurile europene destinate sănătății sunt uneori privilegiate la nivel local ca resurse pentru consolidarea capitalului politic al liderilor județeni sau municipali. Această viziune distorsionează criteriile de alocare stabilite în Masterplanurile Regionale de Sănătate:

- **Fragmentarea resurselor:** În loc ca fondurile să fie concentrate pe consolidarea marilor spitale de urgență capabile să asigure asistență medicală de înaltă performanță pentru regiuni întregi, se fac presiuni politice pentru dispersarea fondurilor în modernizări de spitale mici, orașenești sau municipale, din rațiuni pur electorale [Calea Europeană, 2025]. Aceste unități primesc tehnologii medicale avansate și echipamente scumpe care rămân neutilizate din lipsă de personal medical calificat care să le opereze, reprezentând un eșec major de management al investițiilor;
- **Interese personale și de grup în atribuirea contractelor:** Licitările pentru consultanță, proiectare și execuție în infrastructura spitalicească sunt vulnerabile în fața rețelelor de influență locală. Firme de construcții fără capacitate tehnică reală sau experiență în specificul spitalicesc câștigă contracte mari datorită conexiunilor politice. Eșecul acestor firme în a executa lucrările la standardele europene obligatorii duce la rezilieri de contracte, litigii prelungite și, în final, la pierderea finanțării externe [News.ro, 2026].

Perspectivă comparativă: România vs. Polonia și Republica Cehă.

Pentru a înțelege caracterul specific al blocajelor din România, este utilă o analiză comparativă cu Polonia

și Republica Cehă, state membre care au parcurs tranziții similare, dar care au dezvoltat modele de management al fondurilor europene semnificativ mai performante în sectorul de sănătate.

Modelul Polonez: Centralizarea achizițiilor și profesionalizarea corpului tehnic. Polonia a identificat din timp riscul ca spitalele individuale, de nivel local sau regional, să fie copleșite de complexitatea achizițiilor publice medicale de mare amploare.

- **Mecanismul de centralizare:** Autoritățile poloneze au delegat managementul marilor achiziții de echipamente medicale grele și proiecte de infrastructură către unități centrale specializate de achiziții publice acționând la nivel național sau voievodal. Aceste structuri negociază acorduri-cadru masive cu marii producători mondiali de tehnologie medicală, obținând prețuri substanțial mai mici și asigurând o standardizare tehnică de înalt nivel. Spitalele locale sunt degrevate de riscul litigiilor de atribuire, ele doar lansând comenzi subsecvente în cadrul acestor acorduri globale securizate.
- **Politica de personal:** Echipele din cadrul Autorităților de Management și din unitățile centrale de achiziții sunt exceptate de la grilele rigide de salarizare din administrația generală, beneficiind de pachete compensatorii corelate direct cu performanța proiectelor și volumul de fonduri atrase. Acest lucru a permis Poloniei să atragă specialiști din sectorul privat, minimizând erorile tehnice din caietele de sarcini și rata contestațiilor administrative.

Modelul Ceh: Digitalizarea integrată și predictibilitatea normativă. Republica Cehă a fundamentat succesul absorției sale pe eliminarea birocrăției fizice și pe asigurarea unui cadru legislativ de o maximă stabilitate.

- **Digitalizarea completă a ciclului de proiect:** Spre deosebire de România, unde sistemele IT de management al fondurilor [cum este MySMIS] coexistă adesea cu cerința depunerii de documente în format fizic, Cehia utilizează platforme informatice complet integrate. Relația dintre spital, constructor, furnizor și Autoritatea de Management este nativ digitală. Facturile, ordinele de plată, rapoartele de progres și dispozițiile de șantier sunt încărcate, verificate și aprobate automat prin algoritmi de conformitate și semnături electronice calificate. Timpul mediu de decontare a unei facturi este menținut sub pragul de 30 de zile, eliminând riscul blocajelor de cash-flow pe șantiere (News.ro, 2026).
- **Predictibilitatea ghidurilor și regulilor:** În Cehia, regulile de eligibilitate stabilite la lansarea unui program rămân neschimbate pe toată durata de implementare a proiectelor. În România, modificările legislative frecvente emise prin Ordonanțe de Urgență ale Guvernului sau prin instrucțiuni executive ale AM-urilor în timpul derulării contractelor obligă spitalele să își revizuiască permanent documentațiile interne, generând nesiguranță și întârzieri operaționale mari.

Analiză comparativă

Indicator de Management	România	Polonia	Republica Cehă
Model Operațional de Achiziții	Descentralizat total; fiecare spital gestionează licitații majore individuale.	Centralizat prin agenții naționale și acorduri-cadru voievodale.	Descentralizat asistat, cu standardizare riguroasă a caietelor de sarcini.
Gradul de Digitalizare	Hibrid; platforme IT administrative cu cerințe de documente redundante.	Ridicat; sisteme informatice corelate cu indicatorii de performanță structurală.	Complet integrat; fluxuri de plată și control exclusiv digitale, automatizate.
Stabilitatea Cadrului de Reglementare	Scăzută; modificări recurente ale ghidurilor în timpul implementării proiectelor.	Ridicată; reguli predictibile negociate la începutul exercițiului financiar.	Maximă; stabilitate normativă garantată prin legislația managementului public.
Managementul Resurselor Umane	Politizat la nivel de spital; personal tehnic slab remunerat și instabil.	Profesionalizat; echipe tehnice remunerate la nivelul pieței private.	Profesionalizat; stabilitatea corpului funcționarilor publici garantată prin lege.

Direcții strategice și recomandări pentru reforma managementului absorbției.

Pentru ca România să depășească stadiul de neperformanță cronică în atragerea fondurilor europene destinate sectorului medical, este imperativă o schimbare de paradigmă în managementul public. Sunt necesare trei intervenții structurale imediate:

1. Extinderea modelului de achiziții publice centralizate. Spitalele publice din România trebuie degrevate de povara tehnică și juridică a gestionării individuale a marilor proiecte de infrastructură și dotare cu tehnologii medicale avansate. ANDIS trebuie să funcționeze ca o veritabilă agenție de livrare, care să preia rolul de autoritate contractantă unică pentru toate investițiile care depășesc un anumit prag financiar. Acest lucru ar permite standardizarea caietelor de sarcini, reducerea drastică a riscului de contestații și obținerea unor economii de scară semnificative în relația cu marii furnizori internaționali;
2. Digitalizarea completă și debirocratizarea fluxurilor financiare. Este urgentă eliminarea completă a verificărilor redundante pe suport de hârtie și simplificarea procedurilor de control prin aplicarea principiului asumării răspunderii și a auditului bazat pe eșantionare și analiză de risc. Sistemele informatice de monitorizare trebuie interconectate cu bazele de date ale Ministerului Finanțelor și ale ANAF pentru a asigura trasabilitatea plăților în timp real, reducând termenul de rambursare a cheltuielilor către beneficiari și contractori la un interval de maximum 30 de zile, după modelul implementat cu succes în Republica Cehă;
3. Depolitizarea și profesionalizarea managementului spitalicesc. Reforma administrativă reală necesită introducerea obligatorie a contractelor de management spitalicesc bazate exclusiv pe competențe tehnice atestate, cu interzicerea practicii numirilor interimare pe criterii de partizanat politic. Echipele de management de proiect din cadrul spitalelor trebuie stimulate financiar prin mecanisme flexibile de bonusare, finanțate direct din liniile de asistență tehnică ale programelor europene, condiționate de atingerea indicatorilor de etapă și de respectarea graficelor de execuție a proiectelor.

CONCLUZII

Analiza critică a stării de fapt evidențiază faptul că deficitul de performanță al României în absorbția fondurilor europene în domeniul sănătății nu este o problemă de ordin financiar, ci reprezintă un eșec sistemic de management instituțional și public. Alocările masive oferite prin PNRR și Programul Operațional Sănătate riscă să fie parțial irosite, transformându-se în corecții financiare sau în proiecte nefinalizate, din cauza incapacității cronice a aparatului administrativ de a se moderniza.

Fragmentarea strategică de la nivel central, slaba capacitate administrativă și lipsa experților de la nivelul spitalelor, alături de rigiditatea birocratică autohtonă și de interferențele distructive ale partizanatului politic local și central, mențin România într-o stare de subdezvoltare a infrastructurii sistemului de sănătate.

Comparația cu modelele dezvoltate de Polonia și Cehia demonstrează clar că succesul nu depinde de volumul fondurilor, ci de inteligența arhitecturii de management: centralizarea achizițiilor complexe, digitalizarea completă a proceselor și izolarea structurilor tehnice de presiunile politice cotidiene. Fără o asumare curajoasă a acestor reforme manageriale de structură, sistemul de sănătate din România va rămâne captiv într-un paradox dureros: acela de a suferi de o lipsă acută de infrastructură modernă în timp ce returnează sau blochează bugete europene de miliarde de euro.

Bibliografie.

1. Androniceanu, A., 2017. Civil Service Professionalization in Central and Eastern Europe: A Management Perspective. Administration and Public Management Review, (28), pp.24-37;
2. Bărbulescu, I.G., 2015. Politicile Uniunii Europene. București: Editura Tritonic;

Bibliografia continuă în pagina următoare

Continuarea bibliografiei din pagina precedentă

3. Calea Europeană, 2025. *Raport OCDE: România, țara cu cele mai mici investiții în sănătate din UE. Doar 22 de euro per capita pentru prevenție*. [online] Disponibil la: caleaeuropeana.ro [Accesat la 19 August 2026];
4. Curtea de Conturi Europeană, 2024. *Raportul special 13/2024: Absorbția fondurilor din Mecanismul de redresare și reziliență*. Luxemburg: Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene. Disponibil la: europa.eu [Accesat la 19 August 2026].
5. Eurohealth Observatory, 2026. *Romania: health system review 2026*. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe / European Observatory on Health Systems and Policies. Disponibil la: who.int [Accesat la 19 August 2026].
6. Europa Liberă România, 2024. Spitalele tăiate din PNRR: Cum s-au pierdut finanțările pentru proiectele medicale imature. [Online] Disponibil la: <https://romania.europalibera.org> [Accesat la 20 August 2026].
7. G4Media, 2023. *EXCLUSIV Raport dur al unei instituții de stat la Ministerul Fondurilor UE: Autoritatea de Audit ar putea suspenda un program cu bani UE*. [online] Disponibil la: g4media.ro [Accesat la 19 August 2026].
8. Gănescu, C., 2013. Implicații macroeconomice ale absorbției fondurilor structurale în statele noi membre ale UE. *Economie Teoretică și Aplicată*, XX(5), pp.45-58.
9. Institutul European din România (IER), 2012. *Analiza capacității de absorbție a fondurilor comunitare în România. Studii de Impact III*, București: IER. Disponibil la: ier.gov.ro [Accesat la 19 August 2026];
10. Medichub, 2026. *Creștere majoră a fondurilor europene de care beneficiază Ministerul Sănătății*. [online] Disponibil la: medichub.ro [Accesat la 19 August 2026];
11. Ministerul Sănătății, 2026. Ministerul Sănătății atinge o rată de absorbție de 91% a fondurilor europene din PNRR. Comunicat de presă oficial, 28 August 2026. [Online] Disponibil la: <https://www.ms.ro> [Accesat la 29 August 2026].
12. News.ro, 2026. *Grad de absorbție de 66% a fondurilor europene din domeniul sănătății, unele proiecte scoase din PNRR*. [online] Disponibil la: news.ro [Accesat la 19 August 2026].
13. Profiroiu, M.C., Radu, B. și Bodislav, D.A., 2020. Evaluarea capacității administrative în achizițiile publice din sistemul sanitar românesc. *Revista de Management și Inginerie Economică*, 19(3), pp.112-125.
14. Snoop.ro, 2026. România pierde încă 10 milioane de euro din PNRR pentru sănătatea femeilor și a copiilor. Articol de investigație publicat la 31 Iulie 2026. [Online] Disponibil la: <https://snoop.ro> [Accesat la 15 August 2026].
15. Zaman, C. și Cristea, A., 2011. *Teoria și practica absorbției fondurilor structurale în România*. București: Editura Expert.