

## **Rolul parteneriatul public-privat în creșterea calității serviciilor de asigurare a sănătății**

**Dan CONSTANTINESCU**

Universitatea Ecologică din București

dr.dconstantinescu@yahoo.com

**Rezumat.** *În contextul în care politicile sociale tind să devină un instrument de optimizare pentru adaptarea sistemului de protecție socială la forțele pieței, iar unii analiști vorbesc despre reinventarea modelului social european, parteneriatul între sectorul public și cel privat în domeniul social presupune, în afara unei strânse colaborări, o combinare a avantajelor specifice sectorului privat, mai competitiv și eficient, cu cele din sectorul public, mai responsabil față de societate privind cheltuirea banului public. Existența asigurărilor private de sănătate nu poate fi legată, cauzal, de un eșec al politicilor sociale, motiv pentru care ele nu își propun, de regulă, să înlocuiască asigurările publice, ci – mai curând – să ofere o alternativă complementară a acestora. Într-un asemenea context, scopul parteneriatului public-privat vizează atât creșterea satisfacției asiguratului și sporirea gradului de acces la servicii al acestuia, cât și creșterea profitabilității investițiilor realizate de către asigurat și asigurător. Avem de-a face astfel cu un sistem competitiv mixt, care combină particularitățile sectoarelor public și privat. Interesant este faptul că, deși accepțiunile diferite pentru noțiunea de calitate pot genera unele probleme în ceea ce privește implementarea managementului calității în cele două sectoare de asigurare a sănătății, specialiștii în materie apreciază că stabilirea unei relații bune între achizitorii publici și furnizorii privați de îngrijire a sănătății poate reduce costurile programelor de sănătate publică. O condiție esențială pentru operaționalizarea eficientă a modelului partenerial o reprezintă definirea corectă a pachetului de bază al serviciilor medicale care sunt finanțate din bugetul public. Ceea ce nu exclude posibilitatea administrării de către asiguratorii privați a sumelor obținute din contribuțiile angajaților și angajatorilor la fondul pentru sănătate, așa cum își propune un recent proiect de lege care a fost inițiat în România.*

**Cuvinte-cheie:** modelul social european; asigurări de sănătate; servicii de sănătate; parteneriat; pachetul serviciilor de bază; calitate.

**Coduri JEL:** G22, H51, I13.

**Coduri REL:** 11C, 13C.

## **1. Modelul social european – premisă de abordare a parteneriatului public-privat**

Termenul de „model social european” (MSE) a fost folosit inițial de Jacques Delors la mijlocul anilor '90 (Jepsen, Pasqual, 2005), pentru a defini o alternativă la forma americană a capitalismului pur de piață. Ideea fundamentală a MSE este că progresul economic și social trebuie să meargă „mână în mână”; cu alte cuvinte, creșterea economică ar trebui combinată cu coeziunea socială. Deși a trecut mai mult de un deceniu de la acest moment, termenul continuă să fie dezbătut atât în mediul academic, cât și în cel politic, păstrând încă o semnificație imprecisă.

Printre cele mai clare definiții oficiale ale termenului se numără cea menționată în Concluziile Președinției Consiliului European de la Nisa din decembrie 2000, unde descrierea Agendei Sociale Europene stipulează: „modelul social european – caracterizat în particular de un sistem care oferă un nivel ridicat al protecției sociale, de importanța dialogului social și de serviciile de interes general care acoperă activitățile vitale pentru coeziunea socială – se bazează, în ciuda diversității sistemelor sociale ale statelor membre, pe un fundament comun de valori” (Păuna et al., 2006).

În literatura de specialitate (Hay et al., 1999), MSE e menționat în medii diverse, putând fi identificat sub prezentări distincte, care însă nu se exclud reciproc.

Astfel vom întâlni MSE prezentat ca fiind un model care încorporează caracteristici comune certe (instituții, valori) care sunt inerente statutului membrilor UE și care sunt percepute ca un mod de reglementare a societății și economiei concurențiale.

Un alt set de definiții prezintă MSE ca fiind inclus într-o varietate de modele naționale diferite, unele dintre acestea reprezentând exemple bune pentru celelalte.

Cei mai mulți dintre autori și decidenți politici identifică MSE însă cu un proiect politic european, care are ca scop modernizarea și adaptarea societății la condițiile economice aflate în permanentă schimbare. Esența acestor schimbări e ilustrată de specialiști prin sintagma „societate bazată pe cunoaștere/informație”. Din acest punct de vedere, MSE este un fenomen care se desfășoară la nivel transnațional.

MSE este prezentat, de asemenea, ca un instrument de coeziune printre țările membre UE, care însă nu exclude apariția unor noi modele sociale europene.

O altă abordare (Jepsen, Pasqual, 2005) a MSE avansează ideea unei politici sociale productive, aplicată diverselor modele sociale din Europa, care

să promoveze flexibilitatea, parteneriatul, atragerea forței de muncă în activitate etc. Un astfel de concept implică orientarea politicii sociale mai degrabă spre încurajarea capacității individului de a supraviețui în cadrul unei economii devenite tot mai dinamică, decât spre a folosi această capacitate a individului drept motiv de acțiune pentru corectarea forțelor pieței.

În loc să fie un corector al pieței, politica socială devine în cadrul acestui nou discurs european un instrument de optimizare pentru adaptarea sistemului de protecție socială la forțele pieței. Această nouă abordare a MSE pornește tot de la ideea unui proiect politic european care are ca scop construirea unei Identități Europene, nu atât prin intermediul instituțiilor și al valorilor comune, ci mai precis prin înseși soluțiile comune de politică socială.

În condițiile în care constrângerile economice devin tot mai evidente, se impune o adaptare – favorabilă activității și inovării – la un nou model capitalist. Ideea principală este că solidaritatea a fost atât de mult instituționalizată încât diminuează dorința oamenilor de adaptare a comportamentului lor la cerințele economice. În acest sens se impune trecerea de la suportul pasiv către cel activ, pentru implicarea oamenilor în procesul de modernizare a societății. Rolul instituțiilor în acest context este de a furniza instrumente (capacitatea de a atrage forța de muncă pe piața muncii, flexibilitatea), care să permită indivizilor să găsească modalități de adaptare la schimbarea condițiilor economice și sociale (Păuna et al., 2006).

Tot mai mulți specialiști opinează pentru înlocuirea regulilor exacte cu diverse instrumente postregulatorii, tocmai pentru a putea face față varietății, dinamicii și complexității societății postmoderne.

Un exemplu în acest sens – care se bucură de popularitate – este un nou tip de abordare a problemelor societății europene, cu ajutorul Metodei Deschise de Coordonare. Aceasta constituie modelul de reglementare de tip „soft” pentru coordonarea politicilor de pe piața muncii, a pensiilor și de sănătate de către instituțiile UE care face uz mai degrabă de un cadru flexibil decât de „un sistem rigid obligatoriu”, ca o manifestare a europenizării relațiilor industriale.

Printre cele mai noi abordări ale termenului de MSE se enumără și aceea potrivit căreia discursul european se bazează pe un Model de Societate Europeană sau, altfel exprimat, pe un model socioeconomic, atât timp cât modelele și reformele sunt legate nu numai de aspectele sociale, ci și de reglementare, stimulente și sistem de inovație. Autorii (Aiginger, Guger, 1999) unei astfel de abordări înțeleg prin model socioeconomic responsabilitatea societății pentru bunăstarea individului. Cele trei caracteristici – responsabilitate, reglementare și redistribuire – reflectă faptul că modelul european este mai mult decât un model social în sens strict.

La scara economiei, Europa încearcă să combine dinamica creșterii economiei de piață cu coordonarea dialogului social dintre partenerii colectivi. La scara statului, țările europene nu reprezintă doar democrații libere, ci și state ale redistribuirii, adică state ale bunăstării, în care se încearcă să fie ajutate persoanele dezavantajate – care și-au pierdut capacitatea de a munci din diferite motive: boală, șomaj etc. La scara societății, pe lângă oferirea oportunităților individuale de atingere a împlinirii (fericirii), societățile europene promovează solidaritatea dintre indivizi care întărește, de altfel, coeziunea socială. Esența obiectivelor europene (care denotă, în opinia multor specialiști, însăși superioritatea societății europene) a fost surprinsă magistral de Anthony Giddens, care a afirmat că „modelul social european combină dinamica economică cu justiția socială” (Alber, 2004).

În condițiile globalizării, nu se poate însă vorbi de virtuți absolute ale modelului social european. Astfel, există o serie de specialiști care chiar contestă sau pun la îndoială realitatea modelului social european. În pofida acestora însă, modelul social european există sub diverse forme, și își caută noi modalități de expresie.

Este la fel de adevărat că, în prezent, în Europa Occidentală există foarte multe voci care pun la îndoială posibilitățile menținerii unor sisteme de protecție socială naționale și chiar a unor aparate de guvernare atât de costisitoare în Europa.

Mulți politicieni și analiști sociali vorbesc chiar despre reinventarea modelului social european, „prin flexibilizarea acestuia, dar fără ca acesta să piardă elementele de solidaritate socială”.

## **2. Coordonate teoretice și metodologice privind parteneriatul public-privat**

Cu o tradiție de peste 20 de ani în lume, parteneriatul între sectorul public și sectorul privat în domeniul social începe să fie aplicat și în România abia după 1989, fiind permis atât de schimbările intervenite în procesul guvernării, cât și de reforma în administrația publică. Parteneriatul autentic presupune, cel puțin în teorie, colaborarea strânsă și combinarea avantajelor specifice dintre sectorul privat (mai competitiv și eficient) și sectorul public (cu responsabilități față de societate privind cheltuirea banului public). Dezvoltarea acestui tip de relație între sectorul public și cel privat se datorează consecințelor a trei factori, și anume:

- presiunea fiscală la care sunt supuse guvernele,
- interesul manifestat de către organizațiile private în domeniul serviciilor sociale,

- dezvoltarea ideii de complementaritate între cele două sectoare, în organizarea și furnizarea de astfel de servicii.

Din punct de vedere teoretic, parteneriatul între sectorul public și cel privat este susținut de „public choice theory”, iar funcționarea lui este condiționată de compatibilitatea scopurilor între parteneri, de coordonarea deciziilor și de hotărârea de a pune împreună resurse pentru realizarea scopului comun împărtășit.

Parteneriatul public-privat (PPP) poate fi pus în aplicare prin intermediul formelor de contractare socială, proces care presupune scoaterea la licitație a ofertei de servicii sociale de către contractorii externi privați. Ceea ce este foarte important în acest proces este faptul că responsabilitatea statului nu dispare, iar eficiența serviciilor sociale crește.

Există însă și opinii mult mai rezervate privind virtuțile PPP. Astfel, chiar dacă se pornește de la premisa că orice firmă este interesată să-și maximizeze profitul și va acționa în acest scop prin a furniza servicii sau bunuri de o mai bună calitate decât una care nu urmărește obținerea unui profit maxim, acest principiu nu este aplicabil întodeauna în cazul PPP și asta din mai multe motive.

Principala problemă a PPP este faptul că prin acest tip de contract nu se transferă proprietatea asupra activului. O altă problemă a conceptului este lipsa competitivității. De facto, ceea ce se întâmplă în cele mai multe cazuri este transferul monopolului de la stat la o entitate privată. Firmele sunt motivate să dezvolte calitatea bunurilor/serviciilor sale numai în cazul în care există alte firme care ar putea să-i preia activitatea dacă oferă un produs/serviciu mai bun. Ultima problemă a PPP este una politică. Orice activ de stat se află în gestiunea unor funcționari de stat. Atât timp cât în cadrul PPP proprietatea este deținută de stat, contractele de privatizare în acest regim vor fi instabile pe termen lung din cauza riscurilor politice.

PPP ridică anumite probleme și din perspectiva concurenței (Vass, 2007), mai cu seamă în ceea ce privește selectarea, de către autoritatea publică, a partenerului privat.

Așadar PPP nu reprezintă o soluție optimă, dar revenirea la sistemul vechi, în care furnizarea de servicii sociale revine în mod exclusiv statului, este la fel de păguboasă.

Nici în cadrul Uniunii Europene problematica PPP nu este pe deplin clarificată. Din acest motiv, Comisia Europeană a organizat o serie de consultări publice, finalizate prin Cartea verde a PPP, care propune instrumente de natură să asigure că PPP sunt deschise competiției într-un mediu legislativ transparent, și anume:

- instrumente legislative (procedurile de selectare a partenerului privat, cadrul legislativ pentru concesiuni de lucrări și servicii, cadrul contractual și amendarea lui pe parcursul duratei parteneriatului);
- clarificarea conceptelor și abordărilor, printr-o comunicare interpretativă;
- acțiuni de îmbunătățire a coordonării între practicile la nivel național sau schimbul de bune practici între statele membre.

Potrivit definiției Comisiei Europene, PPP este o formă de cooperare între autoritățile publice și mediul de afaceri de natură să asigure că proiectele de infrastructură pot fi realizate sau că serviciile utile publicului pot fi oferite. Aceste forme de parteneriat pot fi realizate în diferite domenii ale sectorului public, cum ar fi: transporturile, îngrijirea sănătății, educație, securitate publică, managementul deșeurilor, distribuția apei ș.a.

Tipurile de PPP reglementate la nivel european au pornit de la abordări specifice la nivel național și ele privesc:

- PPP contractual, realizat exclusiv pe baza unor relații contractuale;
- PPP instituțional, care presupune participarea comună a partenerului public și a celui privat într-o entitate juridică cu capital mixt.

Principiile care trebuie respectate în toate formele de parteneriat public-privat din UE vizează: transparența, tratamentul egal, proporționalitatea și recunoașterea reciprocă.

Pentru PPP create pentru contracte care se califică a fi contracte publice se aplică directivele care coordonează procedurile ofertă a contractelor publice. Concesionarea de lucrări este acoperită doar de câteva articole rătăcite prin legislația secundară, întrucât Directivele privind contractele publice nu acoperă deloc acest domeniu.

În orice caz, prevederile contractuale trebuie să fie conforme cu regulile comunitare relevante, în particular cu principiile egalității de tratament și transparenței. Art. 26 al Directivei 2004/18/EC dă posibilitatea autorităților contractante să stabilească condiții specifice cu privire la îndeplinirea contractului, dar aceste condiții trebuie să fie compatibile cu dreptul comunitar și să fie indicate în faza de publicitate prealabilă a licitației. Aceste condiții pot conține, mai ales, considerații de natură socială sau de mediu.

Comisia Europeană pune accent pe distribuirea optimă a riscurilor între partenerul public și cel privat, fapt considerat crucial pentru succesul proiectului de PPP.

De asemenea, sunt importante mecanismele de evaluare periodică a performanței titularului contractului de PPP. În acest context, principiul transparenței cere ca factorii de evaluare și distribuire a riscului, precum și cei

de evaluare a performanței, să fie comunicați prin documentele descriptive ale proiectului, în faza de publicitate prealabilă a licitației.

În ceea ce privește durata derulării activității de lucrări sau servicii, aceasta trebuie fixată ținând cont de necesitatea garantării stabilității economice și financiare a proiectului. Durata relației de parteneriat trebuie fixată în așa fel încât să nu limiteze libera concurență mai mult decât este necesar pentru garantarea recuperării investiției și a unui profit rezonabil. O perioadă excesivă poate încălca principiile ce guvernează piața internă sau prevederile Tratatului CE privind concurența.

Datorită faptului că activitățile ce constituie obiectul unui PPP se derulează pe o perioadă relativ lungă de timp, relațiile din cadrul PPP trebuie să poată evolua conform schimbărilor din mediul macroeconomic sau tehnologic, precum și cu cerințele interesului general. În măsura în care sunt compatibile cu principiile egalității de tratament și transparenței, clauzele de ajustare automată a condițiilor contractuale sunt admisibile.

În general, modificările aduse condițiilor de realizare a proiectului, în timpul derulării acestuia, care nu sunt incluse în documentele contractuale aduc atingere principiului egalității de tratament a operatorilor economici. De asemenea, dreptul comunitar interzice schimbările operate în timpul redactării contractului, după selecția finală a partenerului privat. De aceea, aceste modificări sunt acceptabile doar dacă devin necesare ca urmare a unor circumstanțe neprevăzute sau sunt justificate pe considerente de politici publice, securitate publică sau sănătate publică.

În cazul PPP de natură instituțională, cooperarea directă dintre partenerul public și cel privat, în cadrul entității cu personalitate juridică, permite celui dintâi, datorită prezenței sale în cadrul acționariatului și al forurilor de luare a deciziilor, să-și păstreze un nivel relativ ridicat al controlului asupra realizării proiectului și să-l adapteze pe parcursul derulării sale, în funcție de circumstanțe. Mai mult, din cooperarea cu partenerul său privat, partenerul public poate câștiga experiență managerială și tehnică în ceea ce privește furnizarea serviciului respectiv.

Un PPP de natură instituțională poate fi pus în practică fie prin crearea unei entități controlate în comun de către partenerul public și cel privat, fie prin preluarea controlului, de către partenerul privat, asupra unei întreprinderi publice existente.

Comisia Europeană precizează faptul că regulile privind contractele de achiziții publice și concesiuni nu se aplică, ca atare, tranzacțiilor prin care este creată o entitate mixtă, public-privată. Însă, în cazul în care această tranzacție este însoțită de încredințarea unor sarcini către entitatea respectivă, încredințare ce ar putea fi calificată drept contract de achiziții publice sau concesiune, este

necesar ca aceasta să fie realizată în conformitate cu principiile și regulile înscrise în Tratatul CE și în directivele aplicabile.

În asemenea condiții, selecția partenerului privat, chemat să îndeplinească sus-menționatele sarcini ca parte a entității mixte, nu poate fi bazată numai pe calitatea contribuției sale de capital sau pe experiența sa, ci este nevoie să se ia în considerare și avantajele economice ale ofertei sale, din perspectiva serviciilor ce urmează să fie prestate.

Crearea acestor entități mixte public-private trebuie, potrivit Comisiei Europene și jurisprudenței Curții Europene de Justiție, să respecte principiul nediscriminării pe considerente de naționalitate, în general, și libera circulație a capitalului, în particular. Astfel, autoritățile publice nu pot condiționa participarea lor ca acționar în asemenea entități de existența unor privilegii excesive în favoarea lor, care nu derivă dintr-o aplicare normală a dreptului societăților comerciale.

În cazul în care înființarea PPP de natură instituțională este realizată prin schimbarea structurii acționariatului unei entități publice, trebuie specificat faptul că trecerea unei întreprinderi din sectorul public în sectorul privat constituie o decizie de natură economică și politică, asupra căreia statele membre au competență exclusivă.

De asemenea, trebuie specificat faptul că dreptul comunitar al achizițiilor publice nu este aplicabil, ca atare, tranzacțiilor ce implică simple infuzii de capital ale unui investitor într-o întreprindere, fie ea publică sau privată. Aceste tranzacții sunt guvernate de prevederile Tratatului CE cu privire la libertatea de circulație a capitalului, potrivit cărora măsurile adoptate la nivel național nu trebuie să constituie bariere în calea investițiilor provenind din alte state membre.

Pe de altă parte, însă, prevederile Tratatului cu privire la libertatea de stabilire trebuie aplicate atunci când o autoritate publică decide să cedeze unei terțe părți, prin intermediul unei tranzacții de capital, o influență determinată asupra unei entități publice ce furnizează servicii de natură economică, care, de regulă, cad în responsabilitatea statului.

### **3. Asigurările de sănătate – de la piață la stat și înapoi**

Îngrijirea sănătății nu este doar o problemă de ordin personal, vizând reducerea disconfortului, prevenirea pierderii capacității de muncă sau evitarea deceselor premature. Societatea este, la rândul ei, interesată în prezervarea stării de sănătate, ca suport al prelungirii duratei vieții active și al sporirii randamentului economic și social, motiv pentru care creșterea duratei de viață a cetățenilor, alături de sporirea productivității muncii constituie repere ale oricărei strategii naționale în materie.



Serviciile de îngrijire a sănătății și asigurările de sănătate beneficiază de un interes sporit, nu numai pentru că acoperă o categorie distinctă de riscuri, ci și datorită faptului că sectorul în cauză consumă o cantitate apreciabilă de resurse. O realitate demografică marcată de procesul îmbătrânirii populației, pe fondul dezvoltării tehnologice în materie, face ca cererea de servicii de sănătate să prezinte o dinamică accentuată.

Sistemul îngrijirilor de sănătate formează un tip deosebit de piață, ale cărei caracteristici specifice o diferențiază de celelalte piețe (Dragomirișteanu et al., 2003).

Piața serviciilor de sănătate este departe de a fi una perfectă. Există o serie de considerente care duc la impasul considerabil al acestei piețe, necesitând astfel intervenția guvernamentală. Acestea pot fi structurate pe trei dimensiuni, și anume: eșecurile pieței, externalitățile pozitive, costul îngrijirilor medicale.

Eșecul pieței poate fi analizat atât din perspectiva cererii, cât și din perspectiva ofertei serviciilor de îngrijire a sănătății. Cererea de servicii se caracterizează, de cele mai multe ori, prin ignoranța consumatorului. Această carență informațională poate fi compensată, spre exemplu, de obligativitatea descrierii medicamentelor prescrise. Mai mult, incertitudinea privind momentul îngrijirii medicale și asupra costului acesteia sunt diminuate prin sistemele de asigurări sociale, care permit accesul la servicii și care protejează clientul din punct de vedere financiar.

În structura ofertei apar, de asemenea, o serie de distorsiuni care pot duce la eșecul pieței, în mod deosebit în ceea ce privește competența personalului, echipamentul medical utilizat și monopolul din rețeaua serviciilor de sănătate.

Externalitățile pozitive se referă la efectele potențiale ale serviciilor de sănătate asupra altor persoane decât cele cărora le sunt destinate, intervenția guvernamentală fiind de natură să extindă efectele pozitive pe care le-ar avea asistența individualizată. Plecând de la evaluarea individuală a costurilor și beneficiilor din serviciile de sănătate și de la efectele acestor servicii asupra colectivității, guvernul finanțează – spre exemplu – servicii de promovare a asistenței medicale preventive la nivelul întregii societăți.

Costul îngrijirii medicale reprezintă un alt motiv care susține necesitatea intervenției guvernamentale pe piața serviciilor medicale. Dacă opțiunea firească este aceea de minimizare a costurilor individuale sau, în orice caz, de încadrare într-un quantum dependent de veniturile ce pot fi alocate acestui scop, funcționalitatea sistemului medical este dependentă de asigurarea unui anumit nivel al veniturilor alocate acestui segment de activitate.

Cu alte cuvinte, nu costul total al îngrijirilor, ci procentul din PIB care este alocat sistemului de sănătate este reperul esențial privind viabilitatea sistemului.

Creșterea nivelului salariilor personalului din sistemul medical, apariția unor echipamente, proceduri sau medicamente mult mai performante, dar și mai costisitoare, ridică alte probleme privind finanțarea sistemului de sănătate bazată exclusiv pe mecanismele pieței. Ca să nu mai vorbim de influența generată prin menținerea unui cvasimonopol de stat în rețeaua unităților sanitare.

Toate aceste elemente au condus la apariția mecanismului bazat pe intervenția terțului-plătitor, care devine cumpărătorul serviciilor medicale. Se aplică principiile solidarității și – după caz – al mutualității, contribuțiile individuale fiind achitate periodic terțului, independent de utilizarea sau nu a serviciilor medicale, iar plata serviciilor se realizează de către terț, din fondurile colectate.

Finanțarea prin asigurare obligatorie de tip public este – de regulă – impusă prin lege, care stabilește quantumul și periodicitatea contribuțiilor, categoriile de contribuabili și plaja de beneficiari ai serviciilor medicale.

Aplicarea principiului solidarității sociale conduce la o acoperire cvasicompletă a populației dar, în același timp, induce unele distorsiuni în raportul contribuție-beneficii, prin faptul că dimensionarea contribuțiilor este raportată – de regulă – la nivelul veniturilor individuale, și nu la riscul personal al participanților.

Avantejele sistemelor de asigurări sociale de sănătate privesc, în principal, următoarele aspecte:

- creșterea descentralizării sistemului;
- direcționarea exclusivă a fondurilor acumulate către cheltuielile din sectorul sanitar;
- posibilitatea caselor de asigurare de a impune standarde de calitate ale actelor medicale;
- definirea, sub aspect cantitativ și calitativ, a pachetelor de servicii ce urmează a fi furnizate contribuabililor;
- diversitatea furnizorilor de servicii medicale;
- configurarea unor structuri manageriale mai apropiate sectorului privat;
- transparența fluxurilor financiare dedicate sistemului sanitar.

Limitele și dezavantajele asigurărilor publice conduc la reconsiderarea rolului asigurărilor private în materie și constau în:

- raportul inechitabil dintre asigurați și contribuabili, finanțarea serviciilor medicale pentru elevi, studenți, șomeri și unele categorii de pensionari fiind suportată de către populația ocupată;
- percepția contribuțiilor ca un spor de fiscalitate (*taxă pe muncă*) încurajează „munca la negru”;
- gradul redus de cuprindere în sistem a liber-profesioniștilor.

Existența asigurărilor private de sănătate nu poate fi legată, cauzal, de un eșec al politicilor sociale, motiv pentru care ele nu își propun, de regulă, să înlocuiască asigurările publice, ci – mai curând – să ofere o alternativă complementară a acestora.

De altfel, acoperirea îngrijirilor medicale primare constituie o excepție, valabilă doar în țările în care acestea nu sunt oferite de sistemul public sau ca substitut (Colombo, Tapay, 2004). În unele sisteme de sănătate, asigurările private sporesc oportunitățile de acces ale pacienților la serviciile oferite de spitale, dar în cele mai numeroase cazuri ele oferă o sursă potențială adițională de acoperire a costurilor îngrijirii medicale.

Deși se bazează tot pe un sistem contributiv, asigurarea voluntară se apropie, mai curând, de sistemul de plată directă a serviciilor de către pacienți, prin transparența sa ridicată, printr-o justificare mai bună a modalităților de cheltuire a fondurilor, dublate de o responsabilitate crescută în privința exercitării actului medical.

O simplă trecere în revistă a principalelor categorii de asigurări private ne permite să afirmăm că unul din pricipalele roluri ale acestora este acoperirea deficitului între cerințele pieței și posibilitățile sistemului public.

Într-un asemenea context poate fi pusă în evidență o discrepanță între dezirabilitate și fezabilitate, concretizată într-o acoperire insuficientă a populației de către sistemul public prin servicii adecvate dorințelor acesteia.

Specificitatea cererii și preferințele consumatorilor de servicii medicale, ca și aportul angajatorilor la acoperirea costului asigurărilor de sănătate sunt, de asemenea, factori reprezentativi ai dimensionării pieței de profil.

Sporul de performanță așteptat prin participarea sectorului privat la sistemele de sănătate poate fi evaluat pe baza mai multor criterii, dar distribuția performanței în cadrul solicitanților de servicii ridică o serie de probleme vizând echitatea procesului de îngrijire a sănătății, pornind de la realitatea că asigurările private nu sunt disponibile tuturor segmentelor de populație, mai ales pentru cele care prezintă un risc ridicat de îmbolnăvire și, în absența unor intervenții guvernamentale, drepturile unor categorii de pacienți ar putea să rămână neexercitate.

Sporirea posibilităților de opțiune reprezintă, însă, un fapt de necontestat și, nu în ultimul rând, reducerea timpilor de așteptare, ca urmare a creșterii volumului de servicii și dezvoltării capacității de diagnosticare și tratament, poate fi apreciată ca un factor de performanță a sistemului global, generat de contribuția sectorului privat.

#### **4. Calitatea serviciilor de asigurare a sănătății – problemă comună a sectoarelor public și privat**

Pentru serviciile de asigurare a sănătății, însăși definierea conceptului de calitate reprezintă o problemă, în special datorită faptului că, deși face parte din gama serviciilor publice, asigurarea sănătății diferă foarte mult de alte servicii de acest gen datorită următoarelor caracteristici:

- cererea nelimitată de servicii, în condițiile unor resurse financiare limitate;
- sensibilitatea utilizatorilor serviciilor de sănătate (clienți), cu o influență limitată asupra calității;
- prezența unor specialiști foarte bine instruiți;
- influența foarte mare asupra calității vieții;
- satisfacerea unor nevoi complexe: așteptările și cerințele utilizatorilor (pacienți), cerințele contribuabililor (societăți de asigurări, resurse financiare publice) (Puksic, Goricanec, 2005).

Dacă standardul ISO 8402 definea calitatea ca reprezentând ansamblul de proprietăți și caracteristici ale unui produs sau serviciu care îi conferă acestuia capacitatea de a satisface nevoi explicite sau implicite, în prezent se manifestă tendințe de lărgire a înțelesului calității, în sensul că ea nu înseamnă doar satisfacerea clienților, ci și satisfacerea interesului general.

S-a ajuns, astfel, ca standardul ISO 9004 să considere că statul trebuie să se implice în calitate, deoarece prin ea se promovează libertatea, se dă un sens responsabilității, fiind, în același timp, un factor de edificare a societății și civilizației.

Deși teoria calității se aplica integral serviciilor de asigurare a sănătății, sunt de observat o serie de particularități ce derivă din specificitatea serviciilor de îngrijire medicală.

Astfel, cele trei perioade din viața unui serviciu, și anume prestarea, vânzarea și utilizarea lui, prin faptul că se desfășoară simultan și în prezența furnizorului, determină o legătură directă între acesta și client, acesta din urmă având posibilitatea să analizeze imediat calitatea.

O mare importanță o au relațiile care se stabilesc între prestatorii de servicii și clienții lor, pe termen lung, lucru care face să apară caracteristici ale serviciilor precum: gentilețe, curtoazie, onestitate, respect.

Calitatea serviciilor depinde și de comportamentul clienților. Gusturile fiind împărțite, trebuie să existe posibilitatea oferirii unei game de servicii pentru a le satisface pe toate. Trebuie acordată asistență în cazul în care clientul este ignorant, trebuie să-i fie date informații suplimentare, sfaturi ș.a.

Datorită nestocabilității serviciilor, punctualitatea, promptitudinea în prestare reprezintă caracteristici calitative ale acestora, deoarece clientul nu dorește să-și consume mult timp.

Aceste caracteristici depind și de capacitatea furnizorului de servicii sanitare de a prelua variații mari ale cererii, fapt care impune proiectarea adecvată a punctelor de primire a pacienților. Se pot identifica astfel drept caracteristici timpul de acces, timpul de așteptare, timpul de servire.

Intangibilitatea serviciilor generează estomparea mai rapidă în timp a serviciilor, în mintea beneficiarului rămânând doar anumite aspecte. Impresia de ansamblu este cea care domină. La formarea impresiei de ansamblu a pacientului asupra calității serviciului medical care i s-a oferit concură mai mulți factori precum:

- calitatea actului medical, care este determinată de pregătirea și specializarea personalului medical, dar și de dotările unității sanitare cu aparatură de performanță ridicată;
- calitatea condițiilor hoteliere pe care le oferă unitatea sanitară (hrană, curățenie).

Într-un asemenea context, calitatea serviciilor de asigurare a sănătății a fost definită ca satisfacerea deplină a necesităților celor care au cel mai mult nevoie de aceste servicii, la cel mai mic cost pentru organizație, în limitele și directivele stabilite de către autoritățile ierarhic superioare și de către cumpărători (Ovretveit, 1992).

O definiție care pune accentul pe cele trei dimensiuni de bază ale conceptului, și anume:

- calitatea la pacient/client;
- calitatea profesională (a specialiștilor);
- calitatea managementului.

Aceste trei dimensiuni ale calității sunt determinate de cele trei grupuri de interese implicate în sistemul de asigurare a sănătății: utilizatori, profesioniști (furnizorii de servicii) și management. O cooperare deplină între aceste grupuri reprezintă un alt aspect fundamental pentru succesul îmbunătății calității serviciilor de asigurare a sănătății (Harvey, Green, 1993).

Accepțiunile diferite pentru noțiunea în cauză pot genera unele probleme în ceea ce privește implementarea managementului calității în cele două sectoare de asigurare a sănătății, public și privat. Menționăm faptul că, în țările ex-comuniste dar nu numai, serviciile private de asigurare a sănătății reprezintă o componentă relativ nouă a activității în acest domeniu și pot contribui în mod semnificativ la dezvoltarea și creșterea activității în cauză, exercitând – în același timp – o influență semnificativă asupra utilizării resurselor și, prin urmare, asupra optimizării costurilor.

De altfel, controlul costurilor și impactul asupra mediului reprezintă aspecte semnificative în ceea ce privește diferențierea și competitivitatea celor două sectoare, privat și public. Valorificarea celor două tipuri de experiență și educația permanentă permit formarea unor avantaje competitive în ambele sfere de activitate și obținerea unor rezultate considerabil mai bune decât cele din trecut.

Dar cea mai mare problemă a parteneriatului public-privat în domeniul asigurării sănătății rămâne stabilirea relațiilor de afaceri între furnizorii privați și achizitorii publici. Abordările celor două părți sunt, în acest sens, complet diferite.

Sectorul public tinde să ofere servicii de sănătate egale pentru întreaga populație, în conformitate cu standardele acceptate (financiare și de calitate) și drepturile constituționale sau legale. Scopul principal este o justă distribuție a unui bun public (îngrijirea sănătății).

Calitatea serviciilor de asigurare a sănătății vizează un complex mult mai mare de aspecte ale parteneriatului public-privat, cum ar fi – de pildă – cele referitoare la manipularea și confidențialitatea informațiilor.

Confidențialitatea actului medical pare să îi preocupe pe oameni mai mult decât alte aspecte ale vieții lor private. Problemele de sănătate și informațiile cu caracter medical au un caracter personal, unele dintre acestea fiind considerate foarte sensibile de către cei în cauză, datorită unor conotații sociale negative.

Profesia medicală are o lungă tradiție în ceea ce privește preocuparea de a proteja intimitatea pacientului dar, în epoca noastră, deși principiile generale referitoare la respectarea vieții private și a confidențialității se aplică în continuare, linia de demarcație între public și privat devine din ce în ce în ce mai neclară.

Astfel, companiile de asigurări de sănătate solicită dovada efectuării tratamentelor înainte de efectuarea plății, iar beneficiile sistemelor integrate de prelucrare electronică a informațiilor medicale sunt compensate de riscurile interferenței în viața privată a pacienților, deoarece informațiile stocate pot fi supuse și unor alte utilizări. În plus, dosarele medicale prevăd un istoric detaliat al analizelor și procedurilor medicale anterioare, în ideea facilitării unor rezultate pozitive la viitoarele consultații (Marshall, Miller, 2005).

O altă componentă conexă problematicii calității serviciilor de asigurare și de îngrijire a sănătății o reprezintă impactul factorilor de mediu. De altfel, utilizarea unor componente inovatoare de creștere a calității și a tehnicilor de management al mediului pentru îmbunătățirea permanentă a proceselor, produselor sau serviciilor furnizate clienților este de natură să le permită beneficiarilor acestora un nivel cât mai ridicat de satisfacție.

Crearea, menținerea și îmbunătățirea sistemului de management al calității și mediului, privit ca un instrument de funcționare rațională, servește atât la sistematizarea eforturilor de creștere a eficacității, cât și la compararea celor două sectoare, public și privat.

Cu sistemele de management al calității și mediului și utilizând suportul informațional al activității economice se pot realiza următoarele obiective de bază:

- asigurarea și îmbunătățirea permanentă a nivelului de calitate a serviciilor de sănătate;
- asigurarea unei creșteri constante a satisfacției populației, în ansamblul ei, privind prestarea serviciilor de sănătate;
- optimizarea aspectului economic al activității de asigurare a sănătății (Kralj, Stamenković, 2006).
- Nu în ultimul rând, vom remarca faptul că una din virtuțile parteneriatului public-privat constă în creșterea vitezei de diseminare a rezultatelor progresului tehnic și inovării în materia serviciilor de sănătate, cu beneficii evidente la consumatorul final.
- Noilor strategii industriale le sunt suprapuse strategii de marketing care vizează atât practicienii, cât și pacienții. Aceste strategii trebuie să fie orientate spre informare, training și publicitate. Având în vedere presiunile concurențiale și tendința de scurtare a ciclului de viață a produselor pe piața medicamentelor și a tehnicilor terapeutice, succesul unui nou produs depinde tot mai mult de capacitatea firmelor de a-l lansa rapid pe piață (Ristea et al., 2011).

##### **5. Pachetul serviciilor medicale de bază – condiție de realizare a parteneriatului public-privat**

Constrângerile asupra resurselor impun o limitare – implicită sau explicită – a serviciilor medicale disponibile în sistemul public. În același timp, stabilirea unor limite pentru beneficiile acordate în cadrul sectorului sanitar este de natură să afecteze sistemele de valori individuale și sociale, precum și unele domenii și responsabilități de ordin profesional.

Ne apare, astfel, firească preocuparea de a încerca să se identifice care dintre beneficiile de natură medicală sunt esențiale pentru populație și pentru fiecare individ în parte și de a defini, pornind de la asemenea analize, pachetul de bază al serviciilor medicale ce poate fi acordat de către sistemul public.

În statele cu un serviciu național de sănătate sau cu un sistem mai cuprinzător de asigurări sociale de sănătate și care – în special, din motive politice – preferă să nu definească un pachet limitat al serviciilor de bază, avem

de-a face cu o așa-numită abordare pasivă, care generează lungi liste de așteptare, decizia de raționalizare fiind în sarcina medicului. Caracteristic țărilor din zona central și est-europeană este utilizarea frecventă a plăților neoficiale ca metodă de acces prioritar la serviciile de sănătate.

Raționalizarea implicită a fost multă vreme ascunsă în spatele deciziei medicale și menținută de ignoranța în materie a unei largi categorii de populație. Nivelul de educație sanitară și de implicare publică a crescut, însă, în ultimii ani, ca și rezistența profesioniștilor din domeniul sanitar de a-și asuma obligații în procesul de raționalizare a serviciilor medicale. Astfel, a apărut necesitatea definirii explicite a beneficiilor oferite de sistemul sanitar, chiar dacă ele nu răspund întotdeauna cerințelor de eficiență și de echitate.

În această accepțiune, pachetul de bază devine un instrument prin care dorințele și nevoile populației sunt canalizate prin anumite modele de furnizare a serviciilor medicale și, în ultimă instanță, reflectă prioritățile cetățenilor în raport cu tipurile și nivelul serviciilor pe care aceștia le așteaptă de la sistemul de îngrijire a sănătății.

Chiar dacă toți membrii societății trebuie să aibă acces la întregul spectru al serviciilor de sănătate, în condiții de calitate și indiferent de capacitatea lor de plată, ca urmare a limitării obiective a resurselor de finanțare a sistemului, este necesară o decizie privind oferta sustenabilă de servicii, concretizată în conținutul pachetului de bază.

Definirea acestuia este, de regulă, în responsabilitatea guvernului și este de preferat o asemenea abordare, deoarece în procesul decizional trebuie luate în considerare numeroase aspecte legate de etică, legalitate, calitatea serviciilor, considerente economice și politice.

În același timp, ținând cont de faptul că în procesul politic de definire a pachetului de bază este dificil de realizat un consens, este de preferat o participare cât mai largă a tuturor factorilor implicați: medici și alți profesioniști, cetățeni, guvern, autoritățile din domeniul sănătății publice, asiguratorii, companii medicale.

În practică, există două abordări folosite pentru a defini pachetul serviciilor de bază, respectiv metoda implicită și cea explicită. Ambele metode prezintă avantaje, cât și dezavantaje. Un pachet definit în mod explicit poate genera numeroase controverse și dezbateri asupra serviciilor pe care le cuprinde. O abordare prea vagă (implicită) va permite interpretări subiective, fapt care poate genera diferențe semnificative între beneficiile oferite, selecții cu risc social ridicat, creșterea costurilor de acoperire și, în unele cazuri, o calitate îndoielnică a serviciilor.

Cei mai importanți factori care determină, în ultimă instanță, conținutul pachetului de bază al beneficiilor privesc nivelul resurselor financiare



disponibile și numărul de persoane eligibile pentru acoperirea serviciilor medicale (populația-țintă acoperită). În condițiile unui buget predeterminat, cu cât este mai redus numărul de persoane incluse în sistem, cu atât este mai cuprinzător pachetul de bază și invers.

Experiența internațională în materie a consacrat o serie de metode, tehnici și abordări, din rândul cărora vom menționa:

- definirea clară a criteriului de includere sau de excludere a categoriilor de persoane eligibile pentru acoperirea cu servicii oferită de pachetul de bază;
- identificarea unei liste prioritare de produse și servicii incluse (lista pozitivă);
- identificarea unei liste de produse și servicii excluse (lista negativă);
- proiectarea unui model de alocare implicită a resurselor pe criterii de eficiență și eficacitate (raționalizare implicită);
- utilizarea unor constrângeri financiare impuse pacienților (coplați, contribuții ș.a.).

Criteriile utilizate pentru stabilirea priorităților în cadrul pachetului de bază privesc: necesitățile medicale, eficacitatea, eficiența și propria responsabilitate sau, altfel spus, costul, calitatea și criteriul etic.

Câtă vreme conținutul pachetului de bază este strâns legat de nivelul costurilor și de resursele disponibile, este necesară o abordare iterativă a procesului de definire a acestuia. O primă etapă constă în stabilirea unui cadru tehnic, de natură să ofere parametrii generali ai listei de beneficii, care urmează a fi ulterior supusă dezbaterii publice pentru obținerea unui consens cât mai larg.

Există două niveluri de generalitate la care poate fi definit pachetul serviciilor de bază: unul mai ridicat – în care legislația stabilește coordonatele esențiale și unul mai scăzut – în care pachetul de beneficii este definit prin liste explicite de servicii sau prin sisteme de grupare a serviciilor în funcție de metodele de finanțare. Listele explicite conțin recomandări, dar și includeri sau/și excluderi explicite de servicii. Nivelul de explicitare, configurația listelor și modalitățile de extindere sunt diferite de la o țară la alta. Este de preferat ca revizuirea pachetului serviciilor de bază să se realizeze, pe cât posibil, anual.

Practica excluderii variază de la emiterea unor liste negative până la stabilirea unui cadru național în acest sens. Majoritatea țărilor exclud serviciile de genul chirurgiei estetice, anumite vaccinuri neuzuale (cum ar fi cele pentru călătoriile în străinătate) și tratamentele nonconvenționale (spre exemplu, acupunctura).

În ceea ce privește serviciile acordate pacienților spitalizați, se remarcă o trecere de la bugetele globale și plățile per zi la listele explicite pozitive sau la

cele determinate indirect prin sistemele de grupare a serviciilor în funcție de finanțare. Aceste sisteme sunt un instrument de estimare a consumului de resurse și, în același timp, oferă baza de remunerare a serviciilor intraspitalicești. În general, clasificarea stagiului de îngrijire este realizată în funcție de diagnosticul celei mai importante afecțiuni, de bolile asociate și de intervenția chirurgicală de bază, la care se asociază un consum de resurse mai mult sau mai puțin omogene (medicamente, proceduri de diagnosticare ș.a.). Exprimarea în unități monetare, pe grupe de finanțare (public, coplați, asigurări), permite stabilirea nivelului de rambursare a cheltuielilor către spital.

În ceea ce privește serviciile acordate pacienților nespitalizați, pentru definirea pachetului de bază sunt utilizate listele pozitive explicite, precum și sistemele de grupare pentru rambursarea cheltuielilor, cum ar fi – de pildă – calculul pe cap de bolnav (per capita). Listele explicite de beneficii sunt, de regulă, utilizate pentru plățile directe per serviciu. Dacă medicii primesc bugete fixe sau plata per capita, pachetul de servicii este indirect restricționat de suma alocată, motiv pentru care pachetul de servicii reglementează și obligația medicului de a oferi acele servicii care sunt considerate a fi necesare din punct de vedere medical. Serviciile de specialitate, cele de laborator și radiografiile sunt plătite în sistemul plată per serviciu, potrivit unei liste detaliate de proceduri, care poate fi asimilată unei liste pozitive explicite, întrucât rambursarea cheltuielilor privește numai procedurile incluse în aceste liste. Dacă în unele țări sunt stabilite liste detaliate, cu toate procedurile, în altele sunt inserate doar serviciile complexe, lăsându-se la latitudinea medicilor stabilirea priorităților.

Dincolo de aspectele de natură tehnică sau metodologică, definirea pachetului de bază este esențială deoarece acesta constituie fie granița dintre cei doi parteneri implicați în acoperirea cheltuielilor cu serviciile medicale (în cazul asigurărilor complementare și suplimentare), fie suportul de configurare a ofertei private pentru asigurările substitutive.

## **6. Evoluții și tendințe pe piața românească a asigurărilor de sănătate**

În România, abandonarea sistemului de tip Semașko, practicat în perioada comunistă și bazat pe acoperire universală, finanțare de stat, planificare centralistă și acces liber la serviciile de sănătate, s-a realizat destul de târziu.

Abia în anul 1998 a fost aplicată o nouă lege a asigurărilor sociale de sănătate, care urmează modelul de asigurare tip Bismarck, cu asigurări obligatorii de sănătate și se bazează pe principiul solidarității. Ca o consecință, sursele de finanțare a sistemului de sănătate s-au modificat, prin de reducerea semnificativă a bugetului de stat și introducerea fondului național unic de

asigurari sociale de sănătate. În prezent, bugetul sănătății are două surse: bugetul de stat și fondul asigurărilor de sănătate, acesta din urmă reprezentând mai mult de 3/4 din total.

Schimbările structurale în finanțarea și organizarea serviciilor de sănătate au înregistrat ritmuri lente, fapt care a condus la cronicizarea stării de subfinanțare și la o eficiență scăzută a sistemului. În pofida unor încercări meritorii, s-a putut constata multă vreme absența unei strategii naționale integrate de asigurare a sănătății ca angajament politic al puterilor statului, modificarea priorităților reale rămânând sub influența recesiunii economice și a tensiunilor sociale.

Abia în anul 2004, Guvernul României a emis o hotărâre pentru aprobarea strategiei naționale privind serviciile de sănătate și a planului de acțiune pentru reforma sectorului de sănătate. Pe termen lung, efectul vizat al strategiei a fost îmbunătățirea stării de sănătate a populației și, prin aceasta, a calității vieții. Scopul strategiei naționale privind serviciile de sănătate este creșterea accesului populației la servicii medico-sanitare de calitate și eficientizarea modului de furnizare a serviciilor medico-sanitare spitalicești.

Cea mai recentă abordare legislativă în materie datează din prima parte a anului 2006, când a fost adoptată Legea privind reforma în domeniul sănătății, în fapt un pachet legislativ care cuprinde aspecte de ordin instituțional, sisteme de organizare și finanțare, metode și modele de management, precum și alte coordonate de natură tehnică și economică ce urmează să susțină reforma sistemului sanitar.

Pe fond, legea în cauză nu aduce modificări semnificative în administrarea și gestionarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, acestea realizându-se în continuare de către Casa Națională a Asigurărilor de Sănătate – instituție publică, autonomă, de interes național, cu personalitate juridică, având ca principal obiect de activitate asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România și care are în subordine casele de asigurări de sănătate județene și Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București.

Inerția sistemului centralizat, moștenit din perioada comunistă, generează încă numeroase deficiențe, pe care sistemul public nu le poate depăși decât în raport cu practicile concurențiale impuse de coexistența unui sistem privat. Avem în vedere în acest sens următoarele aspecte:

- infrastructura sistemului sanitar este învechită, incorect dimensionată, fără să respecte nevoile pieței;
- criteriile de achiziție a tehnologiei și a aparaturii de vârf sunt prea puțin fundamentate pe principii economice, factorul politic având o influență nejustificată în acest sens;

- alocarea resurselor umane este inefficientă, acestea fiind repartizate după normative naționale;
- managementul resurselor umane este și el deficitar, numărul gradelor de libertate fiind destul de redus;
- nemulțumirea personalului medico-sanitar, insuficient plătit, s-a cronicizat, în paralel cu apariția fenomenului de corupție;
- sistemul este rigid, imobil, greu adaptabil și uneori chiar inadaptabil la nevoile pacientului, astfel că el nu poate răspunde cerințelor pieței;
- centralismul exagerat este dublat de incapacitatea administrației în exercitarea controlului și a evaluărilor, care ar trebui urmate de măsuri de corecție și adaptare la noi standarde;
- impunerea pe cale administrativă de norme și standarde rigide, stabilite la nivel național, a condus la un amestec inefficient de abundență și risipă în unele regiuni și de lipsuri cronice în altele;
- imposibilitatea de control a costurilor a dus la impunerea unor costuri nereale, tarifele mici pentru unele servicii compensându-le pe altele, care au devenit artificial profitabile;
- medicalizarea excesivă, influențată de faptul că majoritatea decidenților au pregătire exclusiv medicală, a redus mult șansele abordărilor intersectoriale, dar și capacitatea de anticipare a nevoilor populației;
- transparența redusă în privința utilizării fondurilor este favorizată de un flux informațional deficitar, greoi și întârziat, precum și de lipsa unor sisteme de control al calității, de standarde și de proceduri specifice de evaluare.

Asigurările private de sănătate s-au dezvoltat destul de timid, în condițiile în care rețeaua furnizorilor de servicii medicale era preponderent de stat, iar cadrul legal de reglementare nu facilita conexiunea celor două sisteme.

Prima inițiativă legislativă în materie s-a materializat abia în anul 2004, prin apariția Legii privind asigurările private de sănătate. Din punctul de vedere al cuprinderii legea era permisivă, referindu-se atât la asigurările de tip complementar sau suplimentar, cât și la cele substitutive.

Din păcate, legea în cauză cuprindea și o serie de reglementări discutabile sau chiar inoperante, motiv pentru care ea nu a putut fi pusă în aplicare.

Doi ani mai târziu, problematica asigurărilor private de sănătate a fost reluată în cadrul unui proiect legislativ mai amplu, care consacră un titlu separat domeniului în cauză. Legiuitorul a preferat, de astă dată, utilizarea sintagmei asigurări voluntare de sănătate, motiv pentru care acestea au fost definite în corpul legii ca asigurări facultative, prin raportare la prevederile Legii privind asigurările și reasigurările în România.

În schimb, din gama asigurărilor voluntare de sănătate au fost excluse cele de tip substitutiv, motivul principal fiind acela al finanțării insuficiente a sistemului public, la care se adaugă dificultățile care s-ar fi creat în procesul de decontare dintre bugetul caselor de asigurări de sănătate și asiguratorii privați.

În asemenea circumstanțe și în condițiile definirii deficitare și imprecise a pachetului de bază al serviciilor medicale decontate de sistemul public, volumul asigurărilor private de sănătate a înregistrat valori modice în raport cu potențialul acestora și cu necesitățile de finanțare a sistemului (mai puțin de 10 milioane de euro, respectiv sub 0,5% din totalul primelor brute subscrise).

Foarte recent, un proiect de lege își propune să reglementeze un nou mod de funcționare a sistemului de asigurare a sănătății prin intermediul caselor de asigurări private (în fapt, companii de asigurare autorizate de către autoritatea competentă).

Potrivit proiectului în cauză, companiile și angajații vor plăti în continuare contribuțiile la Agenția Națională de Administrare Fiscală, banii urmând să meargă de aici prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate la asiguratorii de sănătate, proporțional cu numărul de asigurați din evidența acestora. Serviciile solicitate de bolnavi vor fi decontate de către asiguratorii pe baza contractelor încheiate cu furnizorii de servicii medicale.

Proiectul de lege cuprinde și o primă definiție a pachetului de servicii de bază, care urmează să fie detaliat și pe baza căruia se vor putea dezvolta asigurările voluntare de sănătate.

Pentru medicii de familie principala schimbare este reprezentată de posibilitatea încheierii de contracte cu casele private, în timp ce spitalele ar putea fi transformate în fundații sau societăți comerciale. Bugetul de venituri și cheltuieli va trebui să fie publicat pe site-ul propriu sau pe site-ul autorității în subordinea căruia se află.

Deși proiectul mai prezintă unele neclarități și elemente controversate, se apreciază că el va conduce la cea mai profundă reformă în domeniul asigurărilor de sănătate din România și poate una din cele mai radicale din întreaga Europă.

## 7. Concluzii

Chiar dacă dezbaterile privind modelul social european sunt departe de a se fi încheiat, este cert că pentru a putea face față varietății, dinamicii și complexității societății postmoderne este nevoie de abordare nouă, mai pragmatică, având drept scop modernizarea și adaptarea politicilor sociale la condițiile economice aflate în permanentă schimbare.

În condițiile în care presiunea fiscală la care sunt supuse guvernele este în creștere, interesul manifestat de către organizațiile private în domeniul serviciilor sociale este firesc și justificat, dacă avem în vedere ideea de complementaritate între cele două sectoare, în organizarea și furnizarea de astfel de servicii.

O analiză a evoluției serviciilor de asigurare a sănătății ne arată că acestea au „pendulat” între stat și piață, pentru ca în cele din urmă să se cantoneze în conceptul de parteneriat public-privat, un model în care responsabilitatea statului nu dispare, iar eficiența serviciilor sociale crește.

Desigur că parteneriatul public-privat nu reprezintă o soluție ideală și nici măcar optimă în toate cazurile, dar revenirea la vechiul sistem, în care furnizarea de servicii sociale revine în mod exclusiv statului, este mult mai păguboasă.

Interesant este faptul că tocmai caracteristicile serviciilor de asigurare a sănătății – în mod special cererea nelimitată de servicii, în condițiile unor resurse financiare limitate, sugerează îmbinarea virtuților celor două sectoare pentru satisfacerea unor nevoi complexe care includ atât așteptările și cerințele utilizatorilor, cât și cerințele contribuabililor și ale prestatorilor din domeniu.

De altfel, cea mai acceptată definiție în materie relevă faptul că cele trei dimensiuni ale calității sunt determinate de cele trei grupuri de interese implicate în sistemul de asigurare a sănătății: utilizatorii, profesioniștii (furnizorii de servicii) și managementul, iar cooperarea deplină între aceste grupuri reprezintă un aspect fundamental pentru succesul îmbunătății calității serviciilor de profil.

Poziționarea și ponderea sectorului privat diferă de la țară la țară, în funcție de o multitudine de factori.

Pornind de la exemplul românesc, se poate aprecia că o subdimensionare a implicării acestuia este de natură să prejudicieze sistemul de un volum semnificativ de resurse. În același timp, realizarea unui parteneriat autentic este condiționată de clarificarea aportului fiecărui sector în parte, motiv pentru care o definiție corectă a pachetului serviciilor medicale de bază constituie o condiție esențială a relației în cauză.

## **Mulțumiri**

*Această lucrare a fost cofinanțată din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013, proiect numărul POSDRU/89/1.5/S/62988 „Cercetarea științifică economică, suport al bunăstării și dezvoltării umane în context european”.*

---

## Bibliografie

- Aiginger, K., Guger, A. (2006). "The Ability to Adapt: Why It Differs between the Scandinavian and Continental European Models", *Intereconomics*, Vol. 41, No. 1, pp.14-23, Jan./Feb.
- Alber, J. (2004). „The European Social Model and the USA”, *European Commission Working Paper*, p. 2
- Colombo, F., Tapay, N. (2004). "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems", *OECD Health Working Papers*, No. 15
- Dragomirișteanu, A. (coord.) (2003). *Economie sanitară și management financiar*, Editura Rao, București
- Hay, C., Watson, M., Wincott, D. (1999). "Globalisation, European Integration and the Persistence of European Social Models", *Working paper, No. 3*, POLSIS, University of Birmingham, UK
- Harvey, L., Green, D. (1993). *Criteria of Quality*, University of Central England, Birmingham
- Jepsen, M., Pascual, A.S. (2005). "The European Social Model: an exercise in deconstruction", *Journal of European Social Policy*, Vol. 15, No. 3, August, pp. 231-245,
- Kralj, D., Stamenković, M. (2006). "Health Service and Environment Management System", in *WSEAS Transactions on Environment and Development*, Issue 10, Vol. 2, October, pp. 1317-1322
- Lambru, N., Mărginean, I. (2004). *Parteneriatul public-privat în furnizarea de servicii sociale*, Editura Ziua, București
- le Marshall, B., Miller, M. (2005). "Privacy and e-Health in Australia", in *Proc. 4th WSEAS Int. Conf. on Information Security, Communications and Computers*, Tenerife, Spain, December, pp. 173-179
- Ovretveit, J. (1992). *Health Service Quality*, Blackwell Scientific Publications, Oxford
- Păuna, C.B. (coord.) (2006). "Modelul Social European – Implicații pentru România", în *Studii de strategie și politici*, Institutul European din România, Studiul Nr. 4
- Puksic, M., Goricanec, D. (2005). "Increasing Quality and Economic Efficacy of Health Institutions in Public and Private Sectors in Slovenia", in *Proc. 5th WSEAS Int. Conf. on Distance Learning and Web Engineering*, Corfu, Greece, August, pp. 59-64
- Ristea, A.-L., Pop, S., Stegăroiu, I., Croitoru, G. (2011). "Medicines distribution in Romania in the context of global market, in *Proc. 2nd WSEAS Int. Conf. on Environment, Medicine and Health Sciences (EMEH '11)*, Playa Meloneras, Gran Canaria, March, pp. 216-222
- Schreyögg, J. et al. (2005). "Defining the "Health Benefit Basket" in nine European countries", *European Journal of Health Economics*, supplement 1
- Tuckova, Z., Fialova, S., Popesko, B. (2011). "Regulatory Fees – Suitable Way for Czech Health Care Management?", in *Proc. the 4th WSEAS Int. Conf. on Biomedical Electronics and Biomedical Informatics (BEBI '11)*, Florence, Italy, August, pp. 311-316
- Vass, A. (2007). "Public-Private Partnership versus Social Security: a Possible Conflictual Problem in European Approaching", *Cadran politic*, Vol. 5, No. 11
- van Voorden, T. et al. (2006). "Developing a Basic Health Package for Romania", Position Paper, Bucharest