



MINISTERUL EDUCAȚIEI ȘI CERCETĂRII
UNIVERSITATEA „VALAHIA” din TARGOVISTE

IOSUD – ȘCOALA DOCTORALĂ DE ȘTIINȚE ECONOMICE ȘI UMANISTE

DOMENIUL MANAGEMENT

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

EVOLUȚIA RAPORTULUI PUBLIC-PRIVAT ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

CONDUCĂTOR DE DOCTORAT,
Prof. univ. dr. Ion PÂRGARU

DOCTORAND,
Oana NICORICI (MIRON)

TÂRGOVIȘTE 2025

CUPRINS

I. CUVINTE CHEIE	2
II. STRUCTURA TEZEI DE DOCTORAT	3
III. CONTEXTUL ȘI INTERESUL CERCETĂRII	5
IV. OBIECTIVELE, IPOTEZELE CERCETĂRII ȘTIINȚIFICE ȘI METODOLOGIA APLICATĂ	7
V. PREZENTAREA SINTETICĂ A CAPITOLELOR ȘI CONCLUZIILOR LUCRĂRII	9
VI. CONTRIBUȚII PERSONALE ȘI SINTEZA PROPUNERILOR	15
VII. LIMITELE ȘI DIRECȚIILE VIITOARE ALE CERCETĂRII	17
VIII. VERSIUNEA ÎN LIMBA ENGLEZĂ A REZUMATULUI TEZEI	18

I. Cuvinte cheie

Sisteme de sănătate; Modelul Semașko; Modelul Beveridge; Modelul Bismarck; Reformele sistemului de sănătate; Rolul CNAS; Politici de sănătate; Evoluția raportului public-privat; ANDIS; Managementul calității/ANMCS; Performanța spitalelor cu profil cardiovascular.

II. Structura tezei de doctorat

Acronime	VII
Lista figurilor	IX
Lista tabelelor	XI
Lista anexelor	XIII
Introducere.....	1
Capitolul 1: Caracteristici ale raportului public-privat în modelele europene de management al sistemului de sănătate	11
1.1. Abordări vizând relația sistem social – sistem de sănătate publică	11
1.2. Contextualizarea modelului Semaško.....	16
1.2.1. Cadrul de funcționalitate și aplicabilitate	17
1.2.2. Avantaje și dezavantaje	19
1.3. Contextualizarea modelului Beveridge.....	21
1.3.1. Cadrul de funcționalitate și aplicabilitate	21
1.3.2. Avantaje și dezavantaje	23
1.4. Contextualizarea modelului Bismarck.....	24
1.4.1. Cadrul de funcționalitate și aplicabilitate	24
1.4.2. Avantaje și dezavantaje	26
1.5. Sistemul de sănătate românesc ca model de tranziție.....	27
1.5.1. Sistemul românesc de sănătate în context-central est european.....	28
1.5.2. Provocări și priorități pentru sistemul românesc de sănătate	31
Capitolul 2: O abordare privind sistemul de sănătate din România (post 1990) – unghiuri majore de interes pentru sectorul medical public și cel privat	35
2.1. Contextul funcțional al sistemului de sănătate din România în perioada anterioară anului 1989	35
2.1.1. Cadrul instituțional de aplicabilitate: politici de sănătate și infrastructura medicală	35
2.1.2. Centralizare și control. Politica pronatalistă.....	40
2.1.3. Resurse umane, dotări și relații cu furnizorii	44
2.2. Evoluția sistemului de sănătate din România după anul 1990	46
2.2.1. Cadrul legislativ	46
2.2.2. Reformele sistemului de sănătate	51
2.2.3. Rolul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate	54
2.3. Infrastructura și resursele umane în entitățile publice și private de prestări medicale	57
Capitolul 3: Politici de sănătate în România contemporană. Situația actuală și unele perspective de dezvoltare.....	66
3.1. Evoluția raportului public-privat din perspectiva infrastructurii medicale.....	66
3.1.1. Construcția de noi spitale în context european.....	66
3.1.2. Contextul legislativ al construirii spitalelor din România.....	72
3.1.2.1. Regionalizare – descentralizare și eficiență	77
3.1.3. Studiu de caz: Spitalul Regional de Urgență din Iași.....	78
3.2. Evoluția raportului public-privat din perspectiva resurselor umane și a accesului la servicii medicale	84
3.2.1. Specificul resurselor umane din sistemul național de sănătate	84

3.2.2. Accesul la serviciile sistemului național de sănătate.....	90
3.2.3. Tendințe ale sistemului de sănătate din perspectiva resurselor umane și a accesului la serviciile medicale.....	93
3.3. Coordonate ale managementului calității în domeniul sănătății publice din România.....	99
3.3.1. Repere strategice vizând calitatea din sectorul sănătății publice	101
3.3.2. Crearea organismului care asigură managementul calității în domeniul sănătății din România.....	103
3.3.2.1. Contextul normativ național.....	104
3.3.2.2. Autoritatea Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS): Forma de organizare, scop și obiective principale	105
3.3.2.3. Activitatea Biroului de acreditare spitale din cadrul ANMCS (2022)...	107
3.3.3. Unele constatări în aria de competență a ANMCS – Oficiul Teritorial Nord-Est (Iași)	108
Capitolul 4: Analiză comparativă vizând activitatea spitalelor publice și private din România (2019/2023), cu accent pe patologia cardiacă și chirurgia cardiovasculară.....	112
4.1. Materiale și metode.....	112
4.2. Obiectivul general și obiectivele specifice; set de ipoteze	113
4.3. Rezultate	115
4.4. Discuții.....	149
4.4.1. Transformarea sistemului medical – tendințe și implicații în România.....	149
4.4.2. Tratamentul pacienților cu afecțiuni cardiovasculare	154
4.4.3. Implicații pentru politica de sănătate.....	156
4.4.4. Distribuția cazurilor între spitalele publice și private	157
4.4.5. Performanța și eficiența spitalelor	158
4.4.6. Accesibilitatea spitalelor cu profil cardiovascular	159
4.4.7. Evoluția îngrijirii pacienților cu afecțiuni cardiace	161
4.4.8. Perspective și tendințe viitoare în sistemul de sănătate.....	162
4.5. Propuneri de îmbunătățire a performanței și echității în sectorul analizat	162
Concluzii	168
Bibliografie.....	178
Anexe	188

III. Contextul și interesul cercetării

Sistemul de sănătate din România se află într-un proces continuu de transformare și adaptare, cu scopul de a oferi servicii medicale de calitate pentru toți cetățenii. Integrarea armonioasă a sectorului public și privat, inspirată din modele europene de succes, și implementarea unor politici de sănătate eficiente au căpătat o importanță aparte pentru atingerea acestui obiectiv.

Actualitatea și necesitatea cercetărilor în cadrul temei noastre doctorale derivă din aceea că sistemul spitalicesc este o componentă majoră a infrastructurii naționale de asigurare a sănătății populației, structurată în principal pe două mari sectoare: sectorul (public) de stat și sectorul privat. Fiecare dintre acestea are propriile sale caracteristici, avantaje și provocări, necesitând a fi bine cunoscute/aprofundate, deoarece influențează în mod direct calitatea serviciilor medicale prestate. Sectorul de stat domină peisajul sistemului sanitar românesc și include majoritatea spitalelor și clinicilor din țară. Acesta este finanțat prin bugetul de stat și asigurările sociale de sănătate, gestionate de CNAS.

Spitalele publice oferă o gamă largă de servicii medicale, de la îngrijiri primare până la proceduri complexe și tratamente de specialitate, noi identificând mai multe avantaje:

- (i) Accesibilitate, în sensul că serviciile sunt disponibile pentru toți cetățenii, indiferent de statutul social sau veniturile acestora;
- (ii) Acoperire geografică, existând o rețea relativ extinsă de spitale și clinici care asigură acces la servicii medicale chiar și în zonele rurale și izolate;
- (iii) Expertiză, explicate prin faptul că multe spitale de stat sunt centre universitare și de cercetare, oferind astfel acces la expertiza unor specialiști valoroși;

Totodată, am constat că același sector se confruntă și cu unele dificultăți, cele mai mari fiind legate de finanțarea insuficientă ori persistența birocrăției. Adesea, bugetele alocate sunt insuficiente pentru a acoperi toate nevoile, ducând la lipsa echipamentelor și a medicamentelor, iar procedurile administrative complexe determină ineficiențe și întâzieri în furnizarea serviciilor medicale. Apoi, în mod frecvent, personalul medical se confruntă cu condiții de muncă dificile, înecutate salariale, lipsa motivației etc.

Despre sectorul privat putem afirma că a cunoscut o dezvoltare semnificativă în ultimii ani, datorită investițiilor substanțiale și creșterii cererii pentru servicii medicale de calitate superioară. Acesta include clinici și spitale private care oferă servicii medicale contra cost sau prin intermediul asigurărilor private de sănătate.

Avantajele sectorului privat constau în aceea că aici serviciile medicale sunt adesea de calitate superioară, bazate pe echipamente moderne și oferind condiții de confort mai ridicate. De asemenea, este binecunoscut faptul că există o flexibilitate mai mare, sectorul privat având posibilitatea să adopte mai rapid noi tehnologii și proceduri medicale, fiind mai puțin constrâns de reglementări birocratice. Toate acestea, la care se adaugă timpul de așteptare redus și atenția personalizată, conferă în final un nivel ridicat de satisfacție în rândul pacienților.

Evident, după cum am putut constata cu ocazia cercetărilor noastre, sectorul privat prezintă și anumite inconveniente. Este vorba despre un acces mai limitat la acesta, costurile ridicate făcând ca serviciile private să fie inaccesibile pentru o parte semnificativă a populației, dar și despre apariția anumitor inegalități între diferitele categorii socio-economice.

România încearcă să adopte și să adapteze diverse modele de succes din alte țări europene, pentru a îmbunătăți eficiența și calitatea sistemului său sanitar. Țări precum Germania, Franța sau Olanda oferă exemple de bune practici în integrarea sectorului public și privat, utilizarea eficientă a resurselor și asigurarea unui acces echitabil la servicii medicale. Politicile de sănătate în România

sunt concepute pentru a aborda problemele structurale și a îmbunătăți calitatea serviciilor medicale. Acestea includ reforme în finanțarea sistemului sanitar, dezvoltarea infrastructurii medicale, îmbunătățirea condițiilor de muncă pentru personalul medical și promovarea prevenției și a educației pentru sănătate.

Reforme recente s-au concentrat pe creșterea finanțării (alocându-se un procent mai mare din PIB pentru sănătate și atragerea de fonduri europene pentru dezvoltarea infrastructurii), pe digitalizare, reușindu-se implementarea dosarului electronic de sănătate și a altor soluții digitale pentru a îmbunătăți eficiența și transparența, după cum s-a pus un accent mai mare pe programe de formare continuă și creștere a salariilor pentru a atrage și păstra specialiștii în țară.

Într-o anumită măsură, rezultatele nu au întârziat să apară, dar acestea variază considerabil între sectorul public și cel privat. Referindu-ne la spitalele publice, deși multe dintre acestea sunt recunoscute pentru programele lor de specialitate și cercetare medicală și obțin rezultate bune în tratamentul unor afecțiuni complexe, persistă în continuare deficiențele legate de lipsurile de resurse și echipamente, cu dezavantajele care decurg din acestea.

În cazul spitalelor private nu poate rămâne neobservată calitatea serviciilor, aici oferindu-se de obicei servicii de calitate ridicată, cu tehnologii moderne și condiții de cazare superioare. Totodată, timpul de așteptare redus și procedurile simplificate rămân avantaje semnificative ale sectorului privat.

IV. Obiectivele, ipotezele cercetării științifice și metodologia aplicată

Obiectivul general al cercetării constă în realizarea unei analize aprofundate asupra sistemului național de sănătate în contextul evolutiv al modelelor europene, scoțând în evidență atu-urile și deficiențele entităților publice și private de asigurare a sănătății populației, pentru a identifica acele căi de acțiune ale unei politici de sănătate care să confere eficiență sistemului în cauză, ținând către o dezvoltare echilibrată a ambelor sectoare din România.

Analiza realizată este una de tip aplicat și vizează activitatea spitalelor publice și private din România, în perioada 2019–2023, cu accent pe domeniul patologiei cardiace și al chirurgiei cardiovasculare – unul dintre cele mai relevante segmente pentru măsurarea performanței și eficienței sistemului de sănătate.

Drept **obiective specifice** ale cercetării au fost stabilite:

- Investigarea relației sistem social – sistem de sănătate publică;
- Identificarea caracteristicilor raportului public-privat în modelele europene de management al sistemului de sănătate publică;
- Descrierea/prezentarea sistemului românesc de sănătate în context central-est european;
- Înțelegerea și analiza tendințelor actuale care se manifestă în cadrul sistemului de sănătate românesc;
- Abordări vizând sistemul de sănătate din România (post 1990), din multiple unghiuri de interes pentru sectorul medical public și cel privat, cu accent pe unele provocări și priorități;
- Cercetarea cadrului legislativ, a reformelor sistemului de sănătate, rolului CNAS și a transformărilor apărute pe linia infrastructurii și resurselor umane din entitățile publice și private românești de prestări medicale;
- Realizarea unei analize comparative vizând activitatea spitalelor publice și private din România (2019/2023), cu accent pe rezultatele din domeniul patologiei cardiace și chirurgiei cardiovasculare.

Ipotezele cercetării

Pentru atingerea acestor obiective, cercetarea s-a bazat pe un set de ipoteze de lucru, pe care le formulăm după cum urmează:

Ipoteza 1: Există diferențe semnificative între spitalele publice și cele private în ceea ce privește performanța și eficiența tratării pacienților cu afecțiuni cardiovasculare, diferențe influențate de factori precum finanțarea, dotările tehnologice și resursa umană.

Ipoteza 2: Spitalele private tind să fie mai eficiente în gestionarea cazurilor programate sau elective, în timp ce spitalele publice rămân dominante în gestionarea cazurilor de urgență și a pacienților cu comorbidități complexe.

Ipoteza 3: Accesul pacienților la servicii cardiovasculare este influențat semnificativ de localizarea geografică și de capacitatea infrastructurală a fiecărui tip de spital.

Ipoteza 4: Integrarea mai bună a serviciilor publice și private, însoțită de politici coerente de colaborare, poate conduce la o îmbunătățire generală a calității și echității sistemului de sănătate românesc în domeniul cardiovascular.

Prin testarea acestor ipoteze și corelarea rezultatelor obținute cu tendințele naționale și europene, oferim un fundament solid pentru formularea propunerilor de politici publice în domeniul sănătății, aplicabile în mod special în domenii critice precum cardiologia și chirurgia cardiovasculară.

Metodologie

Cercetarea de față a fost ghidată de două perspective importante: abordarea sistemică și cea interdisciplinară, ambele fiind fundamentale pentru crearea unei viziuni holistice și integrative asupra factorilor și proceselor analizate. Abordarea sistemică ne a permis să examinăm elementele cercetării într-un context amplu și interconectat, evidențiind interdependențele și dinamica internă a sistemelor studiate. Acest lucru a fost determinant pentru coerența diferitelor demersuri care au culminat în teza de doctorat.

Complementar, abordarea interdisciplinară a facilitat integrarea eficientă a metodelor și conceptelor din diverse domenii științifice, cercetarea beneficiind astfel de perspective din economie, sociologie, teoria organizațiilor și managementului, gestiunea investițiilor și altele. Acest mix de perspective a permis o înțelegere profundă și nuanțată a subiectului, oferind o bază solidă pentru concluzii și recomandări.

Metoda comparativă a fost un instrument cheie, permițând identificarea și analiza diferențelor și asemănarilor între diverse cazuri și contexte. Împreună cu metoda descriptivă, a captat și a elucidat aspectele calitative importante ale studiului. Aceste metode constituie de fapt suportul creării unei imagini detaliate și cuprinzătoare a fenomenelor investigate, contribuind la o interpretare riguroasă a datelor colectate.

În completarea analizei calitative, au fost aplicate și metode cantitative specifice economiei și proiectelor de investiții, care au permis cuantificarea variabilelor de interes și explicarea relațiilor dintre ele, oferind o perspectivă numerică asupra fenomenelor studiate.

Aplicarea atentă și riguroasă a metodelor și tehnicilor menționate a contribuit la realizarea unor analize detaliate și cuprinzătoare, permițând formularea unor concluzii valoroase și relevante pentru domeniul de studiu abordat.

V. Prezentarea sintetică a capitolelor și concluziilor lucrării

Teza de doctorat are o structură logică, începând cu o Introducere în care este prezentată necesitatea și actualitatea temei de cercetare, se continuă cu patru capitole și se încheie cu Concluzii finale, Propuneri, Contribuții personale, Direcții viitoare de studiu și Limite ale cercetării.

Pe parcursul celor patru capitole au fost abordate atât aspecte teoretice, cât și practice.

În Capitolul 1 - *Caracteristici ale raportului public-privat în modelele europene de management al sistemului de sănătate*, insistăm asupra următoarelor aspecte, care constituie premise esențiale pentru întreaga cercetare: O abordare vizând relația sistem social – sistem de sănătate publică; Contextualizarea modelelor Semașko, Beveridge și Bismarck; Indicarea cadrului de funcționalitate și aplicabilitate al acestora, cu avantajele și dezavantajele lor; Sistemul de sănătate românesc, ca model de tranziție în context central-est european; Provocările și prioritățile sistemului medical românesc.

Capitolul 2 – *O abordare privind sistemul de sănătate din România (post 1990) – unghiuri majore de interes pentru sectorul medical public și cel privat* – face largi referiri la contextul funcțional al sistemului de sănătate din România în anul 1989, după care tratează: Cadrul instituțional de aplicabilitate: politici de sănătate și infrastructura medicală; Centralizare și control. Politica pronatalistă; Resurse umane, dotări și relații cu furnizorii; Evoluția sistemului de sănătate din România după anul 1990 (Cadrul legislativ, Reforme, Rolul CNAS). Apoi un loc aparte este consacrat abordării infrastructurii și resurselor umane în entitățile românești publice și private de prestări medicale.

Prin lectura acestui capitol, dorim ca cercetătorii și toți cei interesați să înțeleagă mai bine maniera în care a evoluat raportul public-privat în sistemul național de sănătate din România postcomunistă. Acesta a cunoscut o evoluție sinuoasă după căderea regimului comunist, noua organizare social, politică și economică a României post-1989 impunând tranziția de la modelul Semașko, adoptat de regimul comunist pe filieră sovietică, către modelul Bismarck.

Pentru o bună înțelegere a dificultăților pe care o astfel de tranziție le-a implicat, am abordat contextul funcțional al sistemului de sănătate din România anului 1989, insistând asupra cadrului instituțional de aplicabilitate a politicilor de sănătate și, de asemenea, asupra infrastructurii medicale existente. Abia apoi ne-am concentrat atenția asupra cadrului legislativ de funcționare, în ideea de a releva funcțiile pe care partidul-stat i le acorda în vechiu regim sistemului de sănătate: centralizare și control. Pentru a ilustra această schimbare, am realizat un studiu de caz privind politica pronatalistă inițiată la nivelul conducerii superioare a statului prin Decretului nr. 770 din 1 octombrie 1966, adoptat, formal, cu scopul creșterii demografice.

După ce am redat și principalele repere ale sistemului de sănătate al României din perioada anterioară anului 1990 (resursele umane, dotările existente și relațiile cu furnizorii în plan național și internațional), prezentăm evoluția raportului public-privat în sistemul de sănătate românesc din aceeași perioadă (anterioară anului 1990). Rezultă de aici modul în care s-a „metamorphozat” cadrul legislativ astfel încât să permită trecerea etapizată de la modelul Semașko la modelul Bismarck, adoptat și de alte state din Europa Centrală și de Est ieșite, în 1989, de sub tutela comunismului de tip sovietic. Analiza reformelor prin care sistemul de sănătate din România postcomunistă a trecut, vizează sublinierea rolului jucat, în acest context tranzitiv, de Casa Națională a Asigurărilor de Sănătate.

În Capitolul 3 – *Politici de sănătate în România contemporană. Situația actuală și unele perspective de dezvoltare* – studiem evoluția raportului public-privat din perspectiva infrastructurii

medicale (Construcția de noi spitale și contextul legislativ din România, Studiu de caz: Spitalul Regional de Urgență din Iași). În cadrul studierii evoluției raportului public-privat din perspectiva resurselor umane și a accesului la servicii medicale, ne oprim asupra: Specificului resurselor umane din sistemul național de sănătate, Accesului la acest tip de servicii, indicând totodată și principalele Tendințe ale sistemului în cauză.

De fapt, noi supunem atenției cititorului modul în care a evoluat raportul public-privat în sistemul național de sănătate din perspectiva infrastructurii medicale, plecând de la prezentarea unei analize comparative referitoare la construcția de noi spitale în spațiul Uniunii Europene. Într-o altă etapă, prezentăm atât contextul legislativ, cât și proiecțiile privind construcția de noi spitale în România contemporană, pentru a putea ulterior realiza un studiu de caz cu privire la construcția spitalelor regionale din perspectiva studiilor de fezabilitate, prin trimitere la proiectul particular al Spitalului Regional de Urgențe ce urmează a fi edificat în municipiul Iași.

De asemenea, urmărim evoluția raportului public-privat în sistemul național de sănătate din perspectiva resurselor umane și a accesului pe care pacienții îl au la serviciile medicale. În această direcție identificăm specificul resurselor umane implicate de sistemul medical românesc, luând în considerare stagiile de pregătire pe care trebuie să le urmeze personalul medical, precum și condițiile de atractivitate a unei cariere în sistemul național de sănătate. Nu evităm să ne concentrăm și asupra accesului pacienților la serviciile medicale din perspectiva a doi principali indicatori: costul serviciilor și facilitatea acestui acces. În fine, realizăm o analiză de tip „forecast”, pentru a identifica principalele tendințe și proiecții privind evoluția sistemului de sănătate din România contemporană prin raportare la evoluția resurselor de formare a personalului medical și la accesul la serviciile pe care acesta le furnizează populației în contextul noilor tendințe europene și globale.

Partea finală a Capitolului 3 o îndreptăm către câteva chestiuni privitoare la managementul calității din domeniul sănătății publice din România. Abordarea problematicii calității în sănătatea publică, chiar și pe o întindere relativ redusă a lucrării noastre, este cât se poate de importantă pentru asigurarea unui sistem de sănătate echitabil, eficient și orientat spre rezultate pozitive pentru întreaga populație.

În opinia noastră, un management adecvat al calității ajută sistemul de sănătate publică să se alinieze la standardele internaționale și la cele mai bune practici globale, ceea ce este esențial pentru a asigura îngrijiri de sănătate la nivel competitiv și pentru a atrage finanțare sau sprijin internațional.

Ceea ce relevăm aici este că respectivul subcapitol este consacrat problematicii ce vizează organizarea și funcționarea unei instituții specifice - Agenția Națională de Management al Calității în Sănătate (ANMCS), aspecte legate de identificarea problemelor sistemului sanitar și analizarea cauzelor acestora, oferind recomandări fundamentate către instituțiile competente pentru remedierea deficiențelor. Prin ANMCS se promovează un sistem de management al calității bazat pe cele mai bune practici internaționale, incluzând evaluarea obiectivă și independentă a serviciilor medicale, monitorizarea constantă și dezvoltarea profesională continuă a lucrătorilor din domeniul sănătății, pentru a asigura și a spori calitatea și siguranța serviciilor pentru pacienți.

În prima jumătate a anului 2022, ANMCS a reluat evaluările unităților sanitare cu paturi (USP), ca parte a celui de-al doilea ciclu de acreditare și a avansat în dezvoltarea instrumentelor necesare pentru prima etapă de acreditare a unităților sanitare din ambulatoriu.

În viitor, ANMCS trebuie să joace un rol activ în implementarea mecanismelor de asigurare a calității și a proceselor de acreditare pentru furnizorii de servicii de sănătate, atât din sectorul public, cât și din cel privat. De aceea, printre priorități regăsim:

- Îmbunătățirea capacității instituționale pentru evaluarea și promovarea calității și a medicinei bazate pe dovezi în politicile de sănătate;
- Revizuirea și îmbunătățirea sistemului de reglementare a calității, inclusiv actualizarea cadrului de reglementare pentru evaluarea și acreditarea tuturor unităților sanitare cu paturi;
- Dezvoltarea unui sistem integrat de evaluare a performanței, cu un accent deosebit pe calitate și controlul serviciilor de sănătate la toate nivelurile de îngrijire, și implementarea conceptului de guvernanta clinică, care să sprijine o mai bună organizare și responsabilizare a proceselor clinice;
- Introducerea și consolidarea mecanismelor de management al calității în rândul furnizorilor de servicii de sănătate, cu accent pe monitorizarea, îmbunătățirea calității, continuitatea îngrijirilor, relația medic-pacient și respectarea drepturilor pacientului.

Ținem să precizăm că aplecarea noastră deosebită către cercetarea problematicii regăsite în Capitolele 1-3 s-a materializat în publicarea mai multor articole și studii în domeniul tezei de doctorat, apărute în unele jurnale academice (regăsite în bibliografia lucrării de față), indexate în baze de date științifice internaționale.

Ultimul Capitol (4) - *Analiză comparativă vizând activitatea spitalelor publice și private din România (2019/2023), cu accent pe rezultatele din domeniul patologiei cardiace și chirurgiei cardiovasculare* – este consacrat contribuțiilor personale.

Drept urmare, și structura acestuia este una specifică: Materiale și metode, Obiectivul general și obiectivele specifice, Ipoteze avansate, Rezultate, Discuții, Transformarea sistemului medical – tendințe și implicații, Tratamentul pacienților cu afecțiuni cardiovasculare, Implicații pentru politica de sănătate, Distribuția cazurilor între spitalele publice și private, Performanța și eficiența spitalelor, Accesibilitatea spitalelor cu profil cardiovascular, Evoluția îngrijirii pacienților cu afecțiuni cardiace, Perspective și tendințe viitoare în sistemul de sănătate, Propuneri de îmbunătățire a performanței și echității în sectorul analizat.

Cercetarea ne-a prilejuit constatarea că trendul spitalelor private este în creștere. Numărul de spitale private în România este mare, dar procentual reprezintă doar 17,2% din instituțiile cu regim de spitalizare continuă acuti. Același lucru se observă și la cazurile cardiologice și chirurgie cardiovasculară, spitalizare continuă acuti.

În anul 2023 numărul cazurilor acute externate în spitalele publice a scăzut cu 14,2% față de anul 2019, iar numărul cazurilor acute externate în spitalele private a crescut cu 16,65%. În spitalele cu profil cardiologic, numărul cazurilor acute externate a scăzut în spitalele publice cu 8,56% și a crescut în spitalele private cu 17,87%. În anii 2019 și 2023 numărul cazurilor acute externate este în scădere în spitalele publice și este în creștere în spitalele private. Același lucru se observă și la nivelul spitalelor cu profil cardiologic.

În anul 2023 veniturile totale ale spitalelor publice au crescut cu 12,91%, iar cele ale spitalelor private au crescut cu 74,04%. La nivelul spitalelor cu profil cardiologic, veniturile totale ale spitalelor publice au crescut cu 14,26% iar cele ale spitalelor private au crescut cu 50,2%.

De asemenea se observă faptul că ICM-ul spitalelor publice în anul 2019 era mai mare decât ICM-ul spitalelor private iar în anul 2023 ICM-ul spitalelor private a crescut peste valoarea ICM-ului spitalelor publice. La nivelul spitalelor cu profil cardiologic ICM-ul spitalelor publice este mai mare față de spitalele private. ICM-ul spitalelor este mai mare la spitalele publice deoarece la nivelul acestora ajung cazurile cele mai grave. Spitalele publice au interesul de a realiza ICM cât mai mare deoarece de acest factor depinde în mod direct suma contractabilă anul următor.

Atât la secțiile de cardiologie cât și la secțiile de chirurgie cardiovasculară DMS-ul spitalelor private este mult mai mic față de DMS-ul spitalelor publice. Spitalele private au interesul

de a ține durata de spitalizare cât mai redusă din cauza costurilor care rezultă din spitalizarea pacienților.

Concluzii

În intenția noastră de a reda cele mai semnificative concluzii, care evidențiază atât punctele forte, cât și provocările majore ale sistemului public și privat de sănătate din România, în cadrul scopului stabilit, reținem unele aspecte pe care le considerăm mai importante.

Astfel, una dintre principalele concluzii ale studiului este cea referitoare la existența unor disparități semnificative între sistemul public și cel privat de sănătate. Sistemul public, deși acoperă cea mai mare parte a populației, se confruntă cu probleme cronice precum subfinanțarea, infrastructura învechită, lipsa de personal medical și birocratizarea excesivă. Aceste probleme duc la servicii medicale de calitate inferioară și la timp de așteptare îndelungați pentru pacienți. Pe de altă parte, sistemul privat oferă servicii medicale de calitate superioară, cu o infrastructură modernă și acces rapid la tratamente, însă este accesibil în principal celor care își permit să plătească pentru aceste servicii. Această situație creează o diviziune semnificativă în accesul la îngrijire medicală, bazată pe statutul socioeconomic al pacienților.

Analizele noastre îndreptate către problematica alocărilor financiare la nivel național a evidențiat că România distribuie un procent relativ mic din PIB pentru sectorul de sănătate comparativ cu alte țări europene. Aceasta subfinanțare cronică afectează în mod direct calitatea și accesibilitatea serviciilor medicale. Sistemul public de sănătate depinde în mare măsură de finanțarea guvernamentală și de contribuțiile sociale, însă aceste fonduri sunt adesea insuficiente pentru a acoperi nevoile întregii populații. În contrast, sistemul privat se finanțează în principal din plăți directe de la pacienți și din asigurări private de sănătate. Acest model permite o flexibilitate mai mare în alocarea resurselor și investiții constante în infrastructură și tehnologii medicale avansate.

Studiul nostru a mai arătat că există o diferență considerabilă în calitatea și accesibilitatea serviciilor medicale între sectorul public și cel privat. În sectorul public, pacienții se confruntă cu lipsa medicamentelor, echipamentelor medicale și a personalului calificat. De asemenea, managementul inefficient și, într-o anumită măsură, corupția contribuie la deteriorarea serviciilor medicale publice. Sectorul privat, pe de altă parte, se remarcă printr-o calitate superioară a serviciilor medicale, datorită investițiilor constante în tehnologie și formarea personalului. Cu toate acestea, costurile ridicate asociate serviciilor private limitează accesul acestora la o parte semnificativă a populației.

Un alt aspect critic identificat este deficitul de personal medical calificat în sistemul public. Exodul medicilor și asistentelor medicale către țări cu condiții de muncă mai bune și salarii mai atractive a exacerbât această problemă. În consecință, spitalele publice se confruntă și cu o anumită lipsă acută de specialiști, ceea ce afectează direct calitatea îngrijirii oferite pacienților.

În sectorul privat, condițiile de muncă mai bune și salariile mai mari atrag un număr mai mare de profesioniști calificați. Acest lucru contribuie la menținerea unui standard ridicat al serviciilor medicale, însă accentuează disparitățile între cele două sisteme.

Studiul concluzionează că pentru a îmbunătăți sistemul de sănătate din România sunt necesare reforme structurale semnificative. Printre acestea se numără creșterea finanțării pentru sectorul public, reducerea birocrăției și a corupției, precum și implementarea unor politici eficiente de recrutare și retenție a personalului medical. De asemenea, apreciem că este importantă promovarea unui parteneriat public privat care să permită transferul de bune practici și resurse între cele două sectoare. Acest parteneriat ar putea contribui la echilibrarea calității și accesibilității

serviciilor medicale, asigurând astfel un sistem de sănătate mai echitabil și mai eficient pentru toți cetățenii.

Un alt aspect important este rolul aparte al inovației și tehnologiei în modernizarea sistemului de sănătate. Cu certitudine, investițiile în tehnologia medicală, digitalizarea serviciilor și implementarea soluțiilor de telemedicină pot contribui la îmbunătățirea accesului la îngrijire și la creșterea eficienței în ambele sectoare.

Așa cum s-a demonstrat în cadrul sistemelor de sănătate publică ale altor state, aceste inovații au potențialul de a transforma fundamental modul în care sunt furnizate serviciile medicale, făcându-le mai accesibile și mai eficiente.

Încercând să formulăm și câteva concluzii privitoare la managementul calității din domeniul sănătății publice din România, urmare documentărilor noastre, arătăm că acesta se concentrează major pe identificarea problemelor din sistemul sanitar și analizarea cauzelor acestora, oferind recomandări fundamentate instituțiilor competente pentru a corecta deficiențele. Prin intermediul ANMCS se promovează un sistem de management al calității bazat pe cele mai bune practici internaționale, care include evaluarea obiectivă și independentă a serviciilor medicale, monitorizarea constantă și dezvoltarea profesională continuă a personalului medical, pentru a asigura și îmbunătăți calitatea și siguranța serviciilor pentru pacienți. În viitor, ANMCS trebuie să joace un rol activ în implementarea mecanismelor de asigurare a calității și în procesele de acreditare a furnizorilor de servicii de sănătate, atât în sectorul public, cât și în cel privat.

Privitor la abordarea noastră comparativă vizând activitatea spitalelor publice și private din România (2019/2023), cu accent pe rezultatele din domeniul patologiei cardiace și chirurgiei cardiovasculare (din capitolul final al lucrării), arătăm că analiza detaliată a numărului de cazuri de spitalizare continuă acută în România în anii 2019 și 2023 s-a bazat pe datele furnizate de 407 spitale, inclusiv 337 de spitale din sectorul public și 70 de spitale private. Datele colectate au inclus informații din rapoartele spitalelor încheiate cu Casele Județene de Asigurări de Sănătate și Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București, analiza noastră utilizând și date secundare de la Institutul Național de Statistică pentru a oferi o perspectivă comprehensivă asupra evoluției spitalizărilor în sistemul medical românesc.

S-a evidențiat că în ambele perioade analizate, un procent semnificativ din cazurile de spitalizare acută au fost tratate în spitalele publice, cu o creștere observată și în cazurile tratate în spitalele private. Cercetarea a relevat că anumite spitale au rămas constante în topul celor mai multe cazuri tratate, indiferent de sectorul de apartenență, ceea ce sugerează o stabilitate relativă în distribuția activității spitalicești. Comparativ cu anul 2019, în 2023 s-a observat o scădere a numărului de spitale incluse în analiză, fenomen explicat prin înființarea de noi unități spitalicești, fuziuni și achiziții.

În ceea ce privește profilul cardio și chirurgical cardiovascular, studiul a evidențiat o concentrare a cazurilor externe în câteva spitale cheie atât din sectorul public, cât și din cel privat. Aceste constatări subliniază importanța rolului acestor unități în furnizarea de servicii de sănătate cardiovasculare în România și contribuie la optimizarea acestora pentru beneficiul pacienților cu afecțiuni cardiace în țară. Distribuția inegală a resurselor medicale în România afectează semnificativ accesul și calitatea îngrijirii pentru pacienții cu afecțiuni cardiovasculare, unde timpul este foarte important. Deși s-au făcut progrese în prevenție și tratament, bolile cardiovasculare rămân frecvente, cu o incidență de 1465 la 100.000 de persoane și un număr în creștere al pacienților și al deceselor.

Constatarea noastră este că accesibilitatea geografică și distribuția spitalelor sunt critice. Majoritatea spitalelor sunt publice, însă există și spitale private, care pot oferi alternative, dar

accentuează inegalitățile în funcție de capacitatea financiară și locația pacienților. Spitalele private au adesea performanțe mai bune în anumite servicii, dar este important să se evite creșterea inegalităților în accesul la tratament.

Din evaluarea accesibilității la îngrijirea medicală a reieșit importanța distanței și timpului de călătorie. Timpul de călătorie este mai adecvat decât distanța pentru a măsura accesibilitatea, mai ales în zonele cu obstacole geografice (peste 80% din populație poate ajunge la un spital în mai puțin de 30 de minute, dar în unele cazuri, timpul de călătorie poate ajunge până la 117 minute).

În anul 2021, 102.511 pacienți au fost internați datorită bolilor cardiovasculare, majoritatea în București, Cluj, Iași și Mureș, unde doar trei institute pot efectua intervenții extrem de specializate. Spitalele din Constanța, Satu Mare, Baia Mare și Pitești au înregistrat între 1.000 și 2.000 de pacienți, în timp ce orașele mici au avut sub 100 de pacienți internați. Cifrele sunt relevante, în contextul în care cunoaștem că un tratament prompt este vital pentru infarctul miocardic acut (IMA) și accidentul vascular cerebral (AVC), cu recomandări de intervenție în 90 de minute și respectiv 3-4,5 ore de la debutul simptomelor, întârzierile în tratament ducând la excluțiuni și mortalitate crescută.

Arătând că la nivel național se impune o distribuție (mai) echilibrată a resurselor medicale și o strategie eficientă pentru reținerea și repartizarea specialiștilor pentru a asigura accesul echitabil la îngrijirea cardiovasculară, reținem că, în anul 2023, România avea 2.652 medici cardiologi, iar regiunile cu statut socio economic precar și mortalitate ridicată (Sud Vest și Nord Est) prezintă riscuri mari din cauza condițiilor de viață și accesului limitat la îngrijire. Totodată, distribuția geografică a spitalelor cardiovasculare este inegală, cele mai multe fiind în orașele mari, situația contribuind la rate mai ridicate de mortalitate cardiovasculară în zonele slab deservite.

Pe ansamblu, în anul 2019, 337 din 407 spitale erau publice, restul fiind private, iar tendințele din 2019 și 2023 arată o creștere a cazurilor tratate în spitalele private și îmbunătățirea serviciilor acestora, ridicând probleme legate de echitate și reglementare în accesul la îngrijire. De subliniat, că tratamentul afecțiunilor cardiovasculare se concentrează în spitale, care sunt singurele unități capabile să diagnosticheze și să trateze aceste boli. Distribuția spitalelor și a cardiologilor este inegală, majoritatea unităților medicale și specialiștilor fiind concentrate în orașele mari, lăsând multe zone neacoperite.

În 2023, România avea 117.248 de paturi spitalicești, majoritatea concentrate în centrele medicale mari, evidențiind inegalitățile teritoriale în capacitatea de furnizare a îngrijirii cardiologice. Există doar 63 de cardiologi la un milion de locuitori, una dintre cele mai mici rate din UE, ceea ce face dificilă asigurarea unei prezențe constante a specialiștilor în spitale. Spitalele private contribuie semnificativ la tratamentul bolilor cardiovasculare, dar, cu toate acestea, inegalitățile în accesul la îngrijire persistă, iar lipsa medicilor de familie specializați în zonele rurale accentuează problema accesibilității.

Opinia noastră, după efectuarea studiului amintit (dați fiind indicatorii luați în considerare), este că acoperirea necesităților pe linia asigurării cu medici cardiologi este cât se poate de urgentă și (poate chiar) mai importantă decât construirea de noi spitale.

VI. Contribuții personale și sinteza propunerilor

Sinteza contribuțiilor personale

Realizarea tezei de doctorat ne a oferit oportunitatea de a aduce contribuții relevante și originale la domeniul cercetării politico administrative și de politici publice în sectorul sanitar, printr o abordare interdisciplinară care combină analiza conceptuală, studiul comparativ și analiza aplicată.

În opinia noastră, contribuțiile pe care le punctăm mai jos conferă cercetării un plus de valoare științifică în înțelegerea și formularea de politici publice echilibrate în domeniul sănătății, oferind totodată un cadru analitic util pentru fundamentarea deciziilor în domeniul managementului sanitar, în contextul tranziției către un sistem mai performant, echitabil și orientat către pacient.

Palierele pe care se structurează contribuțiile rezultate în urma cercetării se prezintă astfel:

- Clarificări conceptuale și analize comparative privind modelele de organizare a sistemelor de sănătate, având corespondent în faptul că am realizat o prezentare detaliată și riguroasă a celor trei modele consacrate în literatura de specialitate – Semașko, Beveridge și Bismarck – punând accent pe elementele definitorii ale fiecăruia. Cercetarea noastră explică modul de funcționare, aplicabilitatea contextuală, precum și avantajele și limitele acestor modele, în relație directă cu tipul de sistem social și de guvernare sanitară din care provin. Această abordare a permis o înțelegere mai nuanțată a raportului dintre stat, cetățean și furnizorul de servicii medicale.
- Caracterizarea aprofundată a raportului public privat în sistemul sanitar, recurgând la o abordare comparativă europeană. Astfel, structurându-ne observațiile într un cadru analitic util pentru decidenți și cercetători, am identificat și descris în mod coerent principalele trăsături ale raportului public privat în domeniul sănătății, analizând modele de bună practică din mai multe state membre ale Uniunii Europene. Am evidențiat punctele forte și vulnerabilitățile sistemului românesc în comparație cu sistemele vest europene, cu accent pe relațiile de complementaritate sau, după caz, de competiție între sectorul public și cel privat.
- Investigarea politicilor de sănătate din România din perspectiva public privat. Am efectuat o analiză comprehensivă a politicii românești de sănătate, cu un accent special pe evoluția relației public privat, vizând trei dimensiuni majore: infrastructura medicală, resursele umane și accesul la servicii. În acest cadru, o contribuție importantă constă în evaluarea critică a programului Spitalelor Regionale de Urgență (SRU), în contextul investițiilor publice și a parteneriatelor posibile cu sectorul privat. Astfel, am adus în discuție limitările structurale, constrângerile bugetare, dar și oportunitățile de reformă din perspectiva unui sistem mixt sustenabil.
- Analiză aplicată a performanței sistemului medical românesc în domeniul cardiologiei. Acest ultim palier al contribuțiilor noastre se referă la faptul că am realizat un studiu de caz extins asupra performanței spitalelor publice și private din România în tratarea patologiilor cardiace, utilizând indicatori de eficiență, accesibilitate și rezultate medicale.

Totodată, contribuția noastră se materializează prin oferirea unei imagini clare asupra gradului în care sectorul privat completează sau suplinește deficiențele sectorului public. De asemenea, am analizat implicațiile acestei dualități asupra calității serviciilor medicale, a echității în acces și a sustenabilității sistemului de sănătate, formulând și unele propuneri pertinente de îmbunătățire a performanței și echității în sectorul analizat.

Propuneri

Propunerile formulate de noi vizează mai multe direcții de acțiune în perspectivă. Acestea (prezentate detaliat în Secțiunea 4.5) vizează factorii decizionali din cadrul mai multor structuri

instituționale (MS, CNAS, Colegiul Medicilor, Institutul Național de Sănătate Publică, universități de medicină, agenții guvernamentale, instituții de administrație publică) și se referă la:

- Consolidarea colaborării public privat în cardiologie – prin dezvoltarea unor parteneriate eficiente între spitalele publice și private, mai ales în centrele universitare și regiunile cu cerere ridicată (contracte pentru reducerea listelor de așteptare, centre mixte de excelență și utilizarea în comun a echipamentelor de diagnostic avansat).
- Digitalizarea sectorului analizat și crearea unui registru național de performanță cardiologică, – vizând, între altele, asigurarea unor comparații transparente și obiective între spitale, publicarea unor indicatori standardizați (mortalitate ajustată, cost/caz etc.) în benchmark uri periodice.
- Echilibrarea geografică a accesului la tratamente cardiovasculare – care presupune extinderea serviciilor specializate în județele insuficient deservite, dotarea completă a spitalelor regionale de urgență și sprijinirea mobilității echipelor medicale în mediul rural.
- Revitalizarea resurselor umane din domeniul cardiovascular – prin creșterea locurilor la rezidențiat (în specialitățile caracteristice sectorului analizat), implicarea temporară a medicilor privați în programele naționale și oferirea de stimulente atractive pentru activitatea în spitale publice subfinanțate.
- Integrarea spitalelor într-un lanț complet de îngrijire – prin dezvoltarea serviciilor ambulatorii și de recuperare post spitalizare, introducerea programelor de monitorizare (inclusiv prin telemedicină) și o colaborare strânsă între specialitățile medicale implicate în prevenție și recuperare.
- Introducerea finanțării diferențiate pe criterii de performanță – ținând cont de complexitatea cazurilor și rezultatele obținute, oferindu-se stimulente suplimentare spitalelor performante care gestionează cazuri dificile cu rezultate favorabile.

În același timp, pentru a reduce presiunea asupra spitalelor, apreciem că este necesar și un plan național de prevenție axat pe screening periodic al populației la risc, educație sanitară în școli și comunități, precum și implicarea mai activă a autorităților locale în campanii de conștientizare.

VII. Limitele și direcțiile viitoare ale cercetării

Limitele cercetării

Recunoașterea și abordarea unor limite ale cercetării prezintă importanță ridicată pentru a interpreta corect rezultatele cercetării și pentru a ghida viitoarele preocupări în această materie. Limitele în cauză, în principal, sunt legate de faptul că datele statistice și informațiile privind performanța sistemului de sănătate apar uneori fragmentate sau neactualizate, îngreunând activitatea de cercetare. Se adaugă aici și existența unor practici limitate de transparență ale unor instituții din sectorul public care îngreunează accesul la informații detaliate despre finanțare, personal și rezultate, restricționând astfel capacitatea de a realiza analize comprehensive.

Interdependențele sistemice și complexitatea sistemului de sănătate, care este influențat de o multitudine de factori interdependenți, inclusiv politici publice, condiții economice, demografie, comportamente sociale și tehnologii medicale, fac dificilă izolarea și analizarea impactului individual al fiecărui factor.

Pe de altă parte, trebuie avută în vedere și dinamica transformărilor, sistemele de sănătate fiind în continuă evoluție, cu schimbări rapide în politică, tehnologie și practici medicale. Astfel studiile bazate pe date dintr-o anumită perioadă de timp pot să nu capteze pe deplin aceste dinamici, limitând relevanța concluziilor pe termen lung.

Din perspectiva limitărilor de ordin metodologic, arătăm că metodele descriptive utilizate în lucrarea de față se bazează pe observații și nu pot stabili cauzalitatea, în timp ce metodele comparative pot să nu țină cont de toate variabilele contextuale care diferă între sistemele analizate. În plus, studiile bazate pe eșantioane specifice pot întâmpina dificultăți în generalizarea rezultatelor la nivel național, având în vedere variabilitatea regională și diferențele locale în accesul la servicii medicale.

Direcții viitoare de studiu

Din perspectiva cercetătorului individual și plecând de la anumite limite redate mai sus, ne propunem ca în viitor să ne concentrăm asupra problematicii legată de: (i) Elaborarea și implementarea politicilor de sănătate în diferite țări și colaborarea public privat; (ii) – Evaluarea impactului telemedicinii și a altor tehnologii digitale asupra îmbunătățirii accesului și calității serviciilor de sănătate; (iii) Analiza modelelor de finanțare în sănătate publică și privat, precum și sustenabilitatea acestora pe termen lung; (iv) Studii comparative privind eficiența costurilor în diferite sisteme de sănătate.

În opinia noastră, aceste direcții de cercetare ar putea contribui la îmbunătățirea performanței sistemelor de sănătate, asigurând totodată accesul echitabil și calitatea serviciilor pentru toți cetățenii.



MINISTRY OF EDUCATION AND RESEARCH
UNIVERSITY "VALAHIA" OF TARGOVISTE
IOSUD – DOCTORAL SCHOOL OF ECONOMIC SCIENCES AND
HUMANITIES
THE MANAGEMENT FIELD

SUMMARY OF THE DOCTORAL THESIS

THE EVOLUTION OF THE PUBLIC–PRIVATE RELATIONSHIP IN THE ROMANIAN HEALTHCARE SYSTEM

**PHD COORDINATOR,
Professor Ion PÂRGARU**

**DOCTORAL CANDIDATE,
Oana NICORICI (MIRON)**

TÂRGOVIȘTE 2025

Contents

I. KEYWORDS	19
II. STRUCTURE OF THE DOCTORAL THESIS.....	20
III. RESEARCH CONTEXT AND RATIONALE.....	22
IV. OBJECTIVES, RESEARCH HYPOTHESES, AND APPLIED METHODOLOGY ...	24
V. SYNTHETIC PRESENTATION OF THE CHAPTERS AND MAIN FINDINGS	27
VI. PERSONAL CONTRIBUTIONS, AND SUMMARY OF PROPOSALS	33
VII. LIMITATIONS AND FUTURE RESEARCH DIRECTIONS	35

I. Keywords

Health systems; Semashko model; Beveridge model; Bismarck model; Healthcare system reforms; Role of CNAS (National Health Insurance House); Health policies; Evolution of the public–private relationship; ANDIS (National Agency for the Development of Health Infrastructure); Quality management / ANMCS (National Authority for Quality Management in Health); Performance of cardiovascular hospitals.

II. Structure of the Doctoral Thesis

Acronyms	VII
List of Figures	IX
List of Tables	XI
List of Annexes	XIII
Introduction	1
Chapter 1: Characteristics of the Public–Private Relationship in European Models of Healthcare System Management	11
1.1. Approaches to the Relationship between the Social System and Public Health System	11
1.2. Contextualizing the Semashko Model	16
1.2.1. Framework of Functionality and Applicability	17
1.2.2. Advantages and Disadvantages	19
1.3. Contextualizing the Beveridge Model	21
1.3.1. Framework of Functionality and Applicability	21
1.3.2. Advantages and Disadvantages	23
1.4. Contextualizing the Bismarck Model	24
1.4.1. Framework of Functionality and Applicability	24
1.4.2. Advantages and Disadvantages	26
1.5. The Romanian Healthcare System as a Transitional Model	27
1.5.1. The Romanian Healthcare System in the Central–Eastern European Context	28
1.5.2. Challenges and Priorities for the Romanian Healthcare System	31
Chapter 2: An Approach to the Romanian Healthcare System (Post-1990) – Major Areas of Interest for the Public and Private Medical Sectors	35
2.1. Functional Context of the Romanian Healthcare System before 1989	35
2.1.1. Institutional Framework of Applicability: Health Policies and Medical Infrastructure ..	35
2.1.2. Centralization and Control. The Pronatalist Policy	40
2.1.3. Human Resources, Equipment, and Relations with Providers	44
2.2. Evolution of the Romanian Healthcare System after 1990	46
2.2.1. Legislative Framework	46
2.2.2. Healthcare System Reforms	51
2.2.3. Role of the National Health Insurance House (CNAS)	54
2.3. Infrastructure and Human Resources in Public and Private Healthcare Providers	57
Chapter 3: Health Policies in Contemporary Romania. Current Situation and Some Development Perspectives	66
3.1. Evolution of the Public–Private Relationship from the Perspective of Medical Infrastructure	66
3.1.1. Construction of New Hospitals in the European Context	66
3.1.2. Legislative Framework for Hospital Construction in Romania	72
3.1.2.1. Regionalization – Decentralization and Efficiency	77
3.1.3. Case Study: Regional Emergency Hospital of Iași	78
3.2. Evolution of the Public–Private Relationship from the Perspective of Human Resources and Access to Healthcare Services	84

3.2.1. Specific Features of Human Resources in the National Health System	84
3.2.2. Access to Services in the National Health System	90
3.2.3. Healthcare System Trends from the Perspective of Human Resources and Access	93
3.3. Quality Management Coordinates in the Romanian Public Health Sector	99
3.3.1. Strategic Benchmarks Regarding Quality in the Public Health Sector	101
3.3.2. Establishment of the Authority for Quality Management in Health (ANMCS)	103
3.3.2.1. National Regulatory Context	104
3.3.2.2. ANMCS: Organizational Form, Purpose, and Main Objectives	105
3.3.2.3. Activities of the Hospital Accreditation Office within ANMCS (2022)	107
3.3.3. Findings within the Competence Area of ANMCS – North-East Territorial Office (Iași)	108
Chapter 4: Comparative Analysis of Public and Private Hospitals in Romania (2019/2023), with Emphasis on Cardiac Pathology and Cardiovascular Surgery	112
4.1. Materials and Methods	112
4.2. General Objective and Specific Objectives; Hypotheses	113
4.3. Results	115
4.4. Discussions	149
4.4.1. Transformation of the Healthcare System – Trends and Implications in Romania	149
4.4.2. Treatment of Patients with Cardiovascular Diseases	154
4.4.3. Implications for Health Policy	156
4.4.4. Distribution of Cases between Public and Private Hospitals	157
4.4.5. Performance and Efficiency of Hospitals	158
4.4.6. Accessibility of Cardiovascular Hospitals	159
4.4.7. Evolution of Care for Patients with Cardiac Diseases	161
4.4.8. Future Trends and Perspectives in the Healthcare System	162
4.5. Proposals to Improve Performance and Equity in the Analyzed Sector	162
Conclusions	168
References	178
Annexes	188

III. Research context and rationale

The Romanian healthcare system is undergoing a continuous process of transformation and adaptation, with the aim of providing quality medical services to all citizens. The harmonious integration of the public and private sectors—drawing inspiration from successful European models—and the implementation of effective health policies have gained particular importance in achieving this objective.

The topicality and necessity of research within our doctoral theme stem from the fact that the hospital system is a major component of the national health infrastructure, structured mainly around two large sectors: the public (state) sector and the private sector. Each of these has its own characteristics, advantages, and challenges, which must be properly understood and analyzed, as they directly influence the quality of medical services provided.

The state sector dominates the Romanian healthcare landscape and includes most of the country's hospitals and clinics. It is financed through the state budget and social health insurance, managed by the National Health Insurance House (CNAS). Public hospitals provide a wide range of medical services, from primary care to complex procedures and specialized treatments. We have identified several advantages in this regard:

- (i) Accessibility – services are available to all citizens, regardless of their social status or income;
- (ii) Geographical coverage – there is a relatively extensive network of hospitals and clinics ensuring access to medical services even in rural and remote areas;
- (iii) Expertise – many public hospitals are university and research centers, thus offering access to the expertise of highly qualified specialists.

At the same time, this sector faces several difficulties, the most significant being insufficient funding and persistent bureaucracy. Often, the allocated budgets are not enough to cover all needs, resulting in shortages of equipment and medicines, while complex administrative procedures generate inefficiencies and delays in service delivery. Furthermore, medical staff frequently encounter difficult working conditions, salary inequities, and lack of motivation.

The private sector, on the other hand, has experienced significant development in recent years, driven by substantial investments and the growing demand for higher-quality medical services. It includes private clinics and hospitals that provide services either for direct payment or through private health insurance.

The advantages of the private sector lie in the generally higher quality of services, supported by modern equipment and superior comfort conditions. It is also well known for its greater flexibility, with the capacity to adopt new technologies and medical procedures more quickly, being less constrained by bureaucratic regulations. Added to this are shorter waiting times and personalized attention, which ultimately lead to higher levels of patient satisfaction.

However, as our research has revealed, the private sector also presents certain disadvantages. Access to private healthcare is more limited, as the high costs make these services inaccessible to a significant portion of the population, thereby creating inequalities among different socio-economic groups.

Romania is attempting to adopt and adapt various successful models from other European countries in order to improve the efficiency and quality of its healthcare system. Countries such as Germany, France, and the Netherlands provide examples of good practices in integrating the public and private sectors, using resources efficiently, and ensuring equitable access to healthcare services. Romanian health policies are designed to address structural problems and improve service quality. These include reforms in healthcare financing, the development of medical

infrastructure, improving working conditions for medical staff, and promoting prevention and health education.

Recent reforms have focused on increasing funding (by allocating a higher percentage of GDP to health and attracting European funds for infrastructure development), digitalization (including the implementation of the electronic health record and other digital solutions to improve efficiency and transparency), as well as expanding continuous training programs and raising salaries to attract and retain specialists in the country.

To some extent, the results have already become visible, though they vary considerably between the public and private sectors. In public hospitals, while many are recognized for their specialized programs and medical research and achieve good results in treating complex conditions, deficiencies related to limited resources and equipment persist, with the associated disadvantages.

In private hospitals, the quality of services is consistently noticeable, with modern technologies and superior accommodation conditions. Reduced waiting times and simplified procedures remain significant advantages of the private sector.

IV. Research objectives, hypotheses, and applied methodology

General Objective

The general objective of this research is to conduct an in-depth analysis of the national healthcare system within the evolutionary context of European models, highlighting the strengths and weaknesses of both public and private entities responsible for ensuring population health. The aim is to identify policy pathways that can increase the system's efficiency while promoting a balanced development of both sectors in Romania.

This applied analysis focuses on the activity of public and private hospitals in Romania between 2019–2023, with particular emphasis on cardiac pathology and cardiovascular surgery—one of the most relevant areas for assessing healthcare system performance and efficiency.

Specific Objectives

The research has established the following specific objectives:

- To investigate the relationship between the social system and the public health system;
- To identify the characteristics of the public–private relationship in European models of healthcare system management;
- To describe the Romanian healthcare system within the Central and Eastern European context;
- To understand and analyze current trends within the Romanian healthcare system;
- To examine the Romanian healthcare system (post-1990) from multiple perspectives of interest for both the public and private medical sectors, with a focus on certain challenges and priorities;
- To study the legislative framework, healthcare reforms, the role of the National Health Insurance House (CNAS), and transformations in infrastructure and human resources within Romanian public and private medical entities;
- To conduct a comparative analysis of the activity of Romanian public and private hospitals (2019–2023), with emphasis on outcomes in cardiac pathology and cardiovascular surgery.

Research Hypotheses

To achieve these objectives, the study relied on a set of working hypotheses formulated as follows:

Hypothesis 1: There are significant differences between public and private hospitals in terms of performance and efficiency in treating cardiovascular patients, differences influenced by factors such as funding, technological equipment, and human resources.

Hypothesis 2: Private hospitals tend to be more efficient in managing scheduled or elective cases, while public hospitals remain dominant in handling emergency cases and patients with complex comorbidities.

Hypothesis 3: Patients' access to cardiovascular services is significantly influenced by geographical location and the infrastructural capacity of each type of hospital.

Hypothesis 4: Better integration of public and private services, accompanied by coherent collaboration policies, can lead to a general improvement in the quality and equity of the Romanian healthcare system in the cardiovascular domain.

By testing these hypotheses and correlating the results with national and European trends, this research provides a solid foundation for developing public health policy proposals, particularly in critical areas such as cardiology and cardiovascular surgery.

Methodology

This research was guided by two major perspectives: a systemic approach and an interdisciplinary approach, both essential for creating a holistic and integrative vision of the analyzed factors and processes.

The systemic approach allowed for the examination of research elements within a broad and interconnected context, highlighting interdependencies and the internal dynamics of the studied systems. This was fundamental for ensuring coherence across the different analytical steps that culminated in the doctoral thesis.

The interdisciplinary approach facilitated the efficient integration of methods and concepts from various scientific fields, with the study benefitting from perspectives in economics, sociology, organizational and management theory, investment management, and others. This mix of perspectives enabled a deeper and more nuanced understanding of the subject, providing a solid foundation for conclusions and recommendations.

The comparative method was a key tool, allowing the identification and analysis of differences and similarities across various cases and contexts. Alongside the descriptive method, it captured and elucidated important qualitative aspects of the study, forming the basis for a detailed and comprehensive picture of the investigated phenomena and contributing to a rigorous interpretation of the collected data.

In addition to the qualitative analysis, quantitative methods specific to economics and investment project analysis were also applied, enabling the measurement of key variables and the explanation of relationships among them. This provided a numerical perspective on the studied phenomena.

The careful and rigorous application of these methods and techniques contributed to the development of detailed and comprehensive analyses, allowing for the formulation of valuable and relevant conclusions for the field of study addressed.

V. Synthetic presentation of the chapters and conclusions of the thesis

The doctoral thesis has a logical structure, beginning with an Introduction that presents the necessity and relevance of the research topic. It continues with four chapters and concludes with the Final Conclusions, Proposals, Personal Contributions, Future Research Directions, and Research Limitations.

Throughout the four chapters, both theoretical and practical aspects are addressed.

Chapter 1 – *Characteristics of the Public–Private Relationship in European Models of Healthcare System Management* - emphasizes the following aspects, which represent essential premises for the entire research: an approach to the relationship between the social system and the public health system; the contextualization of the Semashko, Beveridge, and Bismarck models; the indication of their frameworks of functionality and applicability, together with their advantages and disadvantages; the Romanian healthcare system as a transitional model within the Central and Eastern European context; and the challenges and priorities of the Romanian medical system.

Chapter 2 – *An Approach to the Romanian Healthcare System (Post-1990): Major Areas of Interest for the Public and Private Medical Sectors* - makes extensive reference to the functional context of the Romanian healthcare system in 1989, after which it discusses: the institutional framework of applicability, including health policies and medical infrastructure; centralization and control, with a special focus on the pronatalist policy; human resources, equipment, and relations with suppliers; and the evolution of the Romanian healthcare system after 1990 (legislative framework, reforms, and the role of the National Health Insurance House – CNAS). A distinct section is devoted to the analysis of infrastructure and human resources in Romanian public and private healthcare entities.

Through this chapter, we intend for researchers and all those interested to better understand the way in which the public–private relationship evolved in the national healthcare system of post-communist Romania. It experienced a sinuous evolution after the fall of the communist regime, as the new social, political, and economic organization of Romania after 1989 imposed a transition from the Semashko model—adopted by the communist regime under Soviet influence—towards the Bismarck model.

In order to ensure a proper understanding of the difficulties such a transition entailed, we analyzed the functional context of the Romanian healthcare system in 1989, with a focus on the institutional framework of health policies and the existing medical infrastructure. Only afterwards did we concentrate our attention on the legislative framework, in order to reveal the functions assigned by the party-state to the healthcare system in the former regime: centralization and control. To illustrate this shift, we carried out a case study on the pronatalist policy introduced at the highest level of state leadership by Decree No. 770 of October 1, 1966, adopted formally with the declared aim of increasing the birth rate.

After presenting the main characteristics of the Romanian healthcare system prior to 1990 (human resources, existing equipment, and relations with suppliers at both national and international level), we described the evolution of the public–private relationship in the same period (before 1990). From this, it becomes clear how the legislative framework was “reshaped” in order to allow the gradual transition from the Semashko model to the Bismarck model, adopted also by other Central and Eastern European states that emerged in 1989 from Soviet-style communism. The analysis of the reforms undertaken by the Romanian post-communist healthcare

system highlights the role played in this transitional context by the National Health Insurance House.

Chapter 3 – *Health Policies in Contemporary Romania: Current Situation and Some Development Perspectives* - examines the evolution of the public–private relationship from the perspective of medical infrastructure (the construction of new hospitals and the legislative context in Romania, including a case study on the Regional Emergency Hospital in Iași). In the section dedicated to the evolution of the public–private relationship from the perspective of human resources and access to medical services, we focus on: the specific characteristics of human resources in the national healthcare system; access to such services; and the main trends within the system.

In fact, we draw the reader’s attention to the way in which the public–private relationship in the national healthcare system has evolved from the perspective of medical infrastructure, starting with a comparative analysis of hospital construction in the European Union. At a subsequent stage, we present both the legislative context and projections regarding the construction of new hospitals in contemporary Romania, in order to later carry out a case study on the construction of regional hospitals from the perspective of feasibility studies, with reference to the specific project of the Regional Emergency Hospital to be built in the city of Iași.

We also examine the evolution of the public–private relationship in the national healthcare system from the perspective of human resources and patients’ access to medical services. In this regard, we identify the specific features of the human resources engaged in the Romanian medical system, taking into account the training stages that medical staff must complete, as well as the factors influencing the attractiveness of a career in the national healthcare system. We also focus on patient access to medical services from the perspective of two main indicators: the cost of services and the ease of access. Finally, we conduct a forecast analysis to identify the main trends and projections regarding the evolution of the Romanian healthcare system in relation to the development of medical personnel training resources and to access to services provided to the population, within the context of new European and global trends.

The final part of Chapter 3 is devoted to several issues concerning quality management in the Romanian public health sector. Addressing the issue of quality in public health, even within the relatively limited scope of our work, is of paramount importance for ensuring a healthcare system that is equitable, efficient, and oriented toward positive outcomes for the entire population. In our view, adequate quality management helps the public healthcare system align with international standards and global best practices, which is essential for ensuring healthcare delivery at a competitive level and for attracting international funding or support.

What we highlight here is that this subchapter is dedicated to the organization and functioning of a specific institution—the National Authority for Quality Management in Health (ANMCS)—addressing issues related to identifying problems within the healthcare system and analyzing their causes, while providing well-founded recommendations to competent institutions for correcting deficiencies. Through the ANMCS, a quality management system based on international best practices is promoted, including objective and independent evaluation of medical services, constant monitoring, and the continuous professional development of healthcare workers, with the ultimate goal of ensuring and improving the quality and safety of services for patients.

In the first half of 2022, ANMCS resumed the evaluation of inpatient healthcare units (USP) as part of the second accreditation cycle and advanced the development of instruments required for the first stage of accreditation of outpatient healthcare units.

In the future, ANMCS must play an active role in implementing quality assurance mechanisms and accreditation processes for healthcare providers in both the public and private sectors. Therefore, among its priorities we identify:

- Improving institutional capacity for evaluating and promoting quality and evidence-based medicine in health policies;
- Reviewing and strengthening the quality regulatory system, including updating the regulatory framework for the evaluation and accreditation of all inpatient healthcare units;
- Developing an integrated system for performance evaluation, with a special emphasis on quality and control of healthcare services at all levels of care, and implementing the concept of clinical governance to support better organization and accountability of clinical processes;
- Introducing and consolidating quality management mechanisms among healthcare service providers, with emphasis on monitoring, quality improvement, continuity of care, doctor–patient relations, and respect for patients’ rights.

We must emphasize that our particular focus on the research topics addressed in Chapters 1–3 has materialized in the publication of several articles and studies related to the subject of the doctoral thesis, which have appeared in academic journals (listed in the bibliography of this work) indexed in international scientific databases.

The final Chapter (4) – *Comparative Analysis of the Activity of Public and Private Hospitals in Romania (2019/2023), with Emphasis on Results in the Field of Cardiac Pathology and Cardiovascular Surgery* – is devoted to personal contributions.

Accordingly, its structure is specific: Materials and Methods, General Objective and Specific Objectives, Proposed Hypotheses, Results, Discussions, Transformation of the Healthcare System – Trends and Implications, Treatment of Patients with Cardiovascular Diseases, Implications for Health Policy, Distribution of Cases between Public and Private Hospitals, Hospital Performance and Efficiency, Accessibility of Cardiovascular Hospitals, Evolution of Care for Patients with Cardiac Conditions, Future Perspectives and Trends in the Healthcare System, Proposals for Improving Performance and Equity in the Analyzed Sector.

The research allowed us to observe that the trend for private hospitals is upward. The number of private hospitals in Romania is considerable, yet they represent only 17.2% of institutions providing continuous inpatient acute care. The same situation is evident in cardiology and cardiovascular surgery cases requiring continuous inpatient acute care.

In 2023, the number of acute cases discharged from public hospitals decreased by 14.2% compared to 2019, while the number of acute cases discharged from private hospitals increased by 16.65%. In cardiology hospitals, the number of acute cases discharged decreased in public hospitals by 8.56% and increased in private hospitals by 17.87%. Thus, in both 2019 and 2023, the number of acute cases discharged was decreasing in public hospitals and increasing in private hospitals, with the same trend being observed in cardiology hospitals.

In 2023, the total revenues of public hospitals increased by 12.91%, while those of private hospitals increased by 74.04%. In cardiology hospitals, the total revenues of public hospitals increased by 14.26%, while those of private hospitals increased by 50.2%.

It is also observed that the Case Mix Index (CMI/ICM) of public hospitals in 2019 was higher than that of private hospitals, whereas in 2023 the CMI of private hospitals exceeded the value of public hospitals. In cardiology hospitals, however, the CMI of public hospitals remains higher than that of private hospitals. The CMI is higher in public hospitals because they admit the most severe cases. Public hospitals are also incentivized to achieve as high a CMI as possible, since the amount of funding contracted for the following year directly depends on this factor.

Both in cardiology departments and in cardiovascular surgery departments, the Average Length of Stay (ALOS/DMS) of private hospitals is much lower than that of public hospitals. Private hospitals are interested in keeping hospitalization duration as short as possible due to the costs arising from inpatient care.

Conclusions

In our effort to present the most significant conclusions, which highlight both the strengths and the major challenges of the public and private healthcare systems in Romania, within the scope defined, we retain several aspects that we consider particularly important.

Thus, one of the main conclusions of the study concerns the existence of significant disparities between the public and private healthcare systems. The public system, although covering the majority of the population, faces chronic problems such as underfunding, outdated infrastructure, shortages of medical personnel, and excessive bureaucracy. These issues result in lower-quality medical services and long waiting times for patients. On the other hand, the private system provides higher-quality medical services, with modern infrastructure and rapid access to treatment, but it is accessible mainly to those who can afford to pay for these services. This situation creates a significant divide in access to medical care, based on the socioeconomic status of patients.

Our analyses of national-level financial allocations revealed that Romania allocates a relatively small percentage of GDP to the health sector compared to other European countries. This chronic underfunding directly affects the quality and accessibility of medical services. The public health system depends largely on government funding and social contributions, yet these funds are often insufficient to meet the needs of the entire population. In contrast, the private system is financed primarily through direct payments from patients and private health insurance. This model allows greater flexibility in resource allocation and continuous investments in infrastructure and advanced medical technologies.

Our study also showed that there is a considerable difference in the quality and accessibility of medical services between the public and private sectors. In the public sector, patients face shortages of medicines, medical equipment, and qualified personnel. Inefficient management and, to some extent, corruption also contribute to the deterioration of public medical services. The private sector, by contrast, stands out for the superior quality of its medical services, owing to constant investments in technology and staff training. However, the high costs associated with private services limit access for a significant portion of the population.

Another critical issue identified is the shortage of qualified medical personnel in the public system. The exodus of doctors and nurses to countries offering better working conditions and more attractive salaries has exacerbated this problem. Consequently, public hospitals face an acute shortage of specialists, which directly affects the quality of care provided to patients.

In the private sector, better working conditions and higher salaries attract a larger number of qualified professionals. This helps maintain a high standard of medical services but at the same time deepens the disparities between the two systems.

The study concludes that significant structural reforms are needed to improve the Romanian healthcare system. Among these are: increasing funding for the public sector, reducing bureaucracy and corruption, and implementing effective policies for recruiting and retaining medical personnel. We also consider that promoting a public–private partnership that enables the transfer of best practices and resources between the two sectors is important. Such a partnership

could help balance the quality and accessibility of medical services, thereby ensuring a more equitable and efficient healthcare system for all citizens.

Another important aspect is the specific role of innovation and technology in modernizing the healthcare system. Certainly, investments in medical technology, the digitalization of services, and the implementation of telemedicine solutions can contribute to improving access to care and increasing efficiency in both sectors.

As demonstrated in the public health systems of other countries, these innovations have the potential to fundamentally transform the way medical services are delivered, making them more accessible and more efficient.

In attempting to also formulate some conclusions regarding quality management in Romanian public healthcare, based on our research, we show that it focuses primarily on identifying problems in the healthcare system and analyzing their causes, while providing well-founded recommendations to the competent institutions to correct deficiencies. Through the National Authority for Quality Management in Healthcare (ANMCS), a quality management system is promoted that is based on the best international practices, including objective and independent evaluation of medical services, constant monitoring, and continuous professional development of healthcare workers, in order to ensure and enhance the quality and safety of services for patients. In the future, ANMCS must play an active role in implementing quality assurance mechanisms and accreditation processes for healthcare providers in both the public and private sectors.

With regard to our comparative approach concerning the activity of public and private hospitals in Romania (2019/2023), with a focus on results in the field of cardiac pathology and cardiovascular surgery (from the final chapter of the thesis), we note that the detailed analysis of the number of acute continuous inpatient cases in Romania in 2019 and 2023 was based on data provided by 407 hospitals, including 337 public hospitals and 70 private hospitals. The collected data included information from hospital reports contracted with the County Health Insurance Houses and the Health Insurance House of Bucharest Municipality, while our analysis also used secondary data from the National Institute of Statistics to provide a comprehensive perspective on the evolution of hospitalizations in the Romanian healthcare system.

It was highlighted that in both periods analyzed, a significant percentage of acute inpatient cases were treated in public hospitals, with an observed increase in cases treated in private hospitals. The research revealed that certain hospitals consistently remained at the top in terms of the number of cases treated, regardless of sector, suggesting a relative stability in the distribution of hospital activity. Compared with 2019, in 2023 a decrease in the number of hospitals included in the analysis was observed, explained by the establishment of new hospital units, mergers, and acquisitions.

With respect to the cardiology and cardiovascular surgery profile, the study showed a concentration of discharged cases in a few key hospitals, both public and private. These findings underline the importance of the role of these units in providing cardiovascular healthcare services in Romania and contribute to optimizing them for the benefit of cardiac patients in the country. The unequal distribution of medical resources in Romania significantly affects access and the quality of care for patients with cardiovascular diseases, where time is critical. Although progress has been made in prevention and treatment, cardiovascular diseases remain prevalent, with an incidence of 1,465 per 100,000 people and an increasing number of patients and deaths.

Our findings indicate that geographical accessibility and hospital distribution are critical. Most hospitals are public, but private hospitals also exist, which can provide alternatives, yet they

exacerbate inequalities depending on patients' financial capacity and location. Private hospitals often perform better in certain services, but it is important to avoid widening inequalities in access to treatment.

From the assessment of accessibility to medical care, the importance of distance and travel time emerged. Travel time is more suitable than distance for measuring accessibility, especially in areas with geographical obstacles (over 80% of the population can reach a hospital in less than 30 minutes, but in some cases, travel time can reach up to 117 minutes).

In 2021, 102,511 patients were hospitalized due to cardiovascular diseases, the majority in Bucharest, Cluj, Iași, and Mureș, where only three institutes can perform highly specialized interventions. Hospitals in Constanța, Satu Mare, Baia Mare, and Pitești recorded between 1,000 and 2,000 patients, while small towns had fewer than 100 hospitalized patients. These figures are highly relevant, given that prompt treatment is vital for acute myocardial infarction (AMI) and stroke, with recommended intervention within 90 minutes and 3–4.5 hours from the onset of symptoms, respectively; delays in treatment lead to exclusions and increased mortality.

Showing that at the national level a (more) balanced distribution of medical resources and an effective strategy for retaining and allocating specialists are required to ensure equitable access to cardiovascular care, we note that in 2023 Romania had 2,652 cardiologists, while socioeconomically disadvantaged regions with high mortality rates (South-West and North-East) present major risks due to living conditions and limited access to care. Furthermore, the geographical distribution of cardiovascular hospitals is uneven, with most located in large cities, contributing to higher cardiovascular mortality rates in underserved areas.

Overall, in 2019, out of 407 hospitals, 337 were public, the rest private, and trends from 2019 and 2023 show an increase in cases treated in private hospitals and improvements in their services, raising issues of equity and regulation in access to care. It is worth emphasizing that treatment of cardiovascular conditions is concentrated in hospitals, which are the only units capable of diagnosing and treating these diseases. The distribution of hospitals and cardiologists is uneven, with most medical units and specialists concentrated in large cities, leaving many areas uncovered.

In 2023, Romania had 117,248 hospital beds, most concentrated in large medical centers, highlighting territorial inequalities in the capacity to provide cardiology care. There are only 63 cardiologists per million inhabitants, one of the lowest rates in the EU, making it difficult to ensure a constant presence of specialists in hospitals. Private hospitals make a significant contribution to the treatment of cardiovascular diseases, but inequalities in access to care persist, and the lack of specialized family doctors in rural areas exacerbates the accessibility problem.

In our view, after conducting the aforementioned study (given the indicators considered), the provision of sufficient cardiologists is as urgent—and perhaps even more important—than the construction of new hospitals.

VI. Personal contributions and synthesis of proposals

Summary of personal contributions

The completion of this doctoral thesis has provided us with the opportunity to make relevant and original contributions to the field of political–administrative research and public policy in the healthcare sector, through an interdisciplinary approach that combines conceptual analysis, comparative study, and applied analysis.

In our view, the contributions outlined below add scientific value to the research by enhancing the understanding and formulation of balanced public policies in healthcare, while also offering an analytical framework useful for substantiating decisions in health management, in the context of the transition towards a more efficient, equitable, and patient-oriented system.

The levels on which the contributions of this research are structured can be summarized as follows:

- Conceptual clarifications and comparative analyses of health system models – reflected in our detailed and rigorous presentation of the three models established in the specialized literature: Semashko, Beveridge, and Bismarck. We emphasized their defining features, explaining how each functions, its contextual applicability, and its advantages and limitations, in direct relation to the type of social system and healthcare governance from which it derives. This approach has enabled a more nuanced understanding of the relationship between the state, the citizen, and the healthcare provider.
- In-depth characterization of the public–private relationship in healthcare through a European comparative approach. By structuring our observations within an analytical framework useful for both policymakers and researchers, we coherently identified and described the main features of the public–private relationship in healthcare, analyzing best practice models from several EU Member States. We highlighted the strengths and vulnerabilities of the Romanian system compared to Western European systems, focusing on relationships of complementarity or, as the case may be, competition between the public and private sectors.
- Investigation of health policies in Romania from a public–private perspective. We carried out a comprehensive analysis of Romanian health policy, with special emphasis on the evolution of the public–private relationship, focusing on three major dimensions: medical infrastructure, human resources, and access to services. Within this framework, an important contribution lies in the critical evaluation of the Regional Emergency Hospitals (REH) program, in the context of public investment and possible partnerships with the private sector. We brought into discussion the structural limitations, budgetary constraints, and reform opportunities from the perspective of a sustainable mixed system.
- Applied analysis of the performance of the Romanian healthcare system in cardiology. This final contribution concerns the extended case study we conducted on the performance of public and private hospitals in Romania in treating cardiac pathologies, using indicators of efficiency, accessibility, and medical outcomes.

In addition, our contribution materializes in providing a clear picture of the extent to which the private sector complements or compensates for the shortcomings of the public sector. We also analyzed the implications of this duality on the quality of medical services, equity in access, and the sustainability of the healthcare system, formulating pertinent proposals for improving performance and equity in the analyzed sector.

Proposals

The proposals we put forward aim at several future courses of action. These (detailed in Section 4.5) target decision-makers within multiple institutional structures (Ministry of Health, National Health Insurance House, Romanian College of Physicians, National Institute of Public Health, medical universities, government agencies, and public administration institutions) and concern the following:

- Strengthening public–private collaboration in cardiology – through the development of effective partnerships between public and private hospitals, especially in university centers and regions with high demand (contracts to reduce waiting lists, mixed centers of excellence, and shared use of advanced diagnostic equipment).
- Digitalization of the sector and creation of a national cardiology performance registry – aimed at ensuring transparent and objective comparisons between hospitals, with the publication of standardized indicators (adjusted mortality, cost per case, etc.) in regular benchmarks.
- Balancing geographical access to cardiovascular treatments – by expanding specialized services in underserved counties, fully equipping regional emergency hospitals, and supporting the mobility of medical teams in rural areas.
- Revitalizing human resources in the cardiovascular field – by increasing the number of residency positions (in the specialties relevant to the sector), temporarily involving private physicians in national programs, and offering attractive incentives for work in underfunded public hospitals.
- Integrating hospitals into a complete chain of care – through the development of outpatient and post-hospital recovery services, the introduction of monitoring programs (including via telemedicine), and close collaboration among medical specialties involved in prevention and recovery.
- Introducing performance-based differentiated financing – taking into account case complexity and outcomes achieved, with additional incentives for high-performing hospitals that manage complex cases with favorable results.

At the same time, to reduce the pressure on hospitals, we believe that a national prevention plan is also necessary, focused on regular screening of at-risk populations, health education in schools and communities, and more active involvement of local authorities in awareness campaigns.

VII. Limitations and future research directions

Research limitations

Acknowledging and addressing certain limitations of the research is highly important in order to correctly interpret the results and to guide future work in this field. The main limitations are related to the fact that statistical data and information regarding the performance of the healthcare system are sometimes fragmented or outdated, which hinders research activity. Added to this is the limited transparency practices of certain public sector institutions, which make it difficult to access detailed information on financing, personnel, and outcomes, thereby restricting the ability to conduct comprehensive analyses.

The systemic interdependencies and the complexity of the healthcare system, which is influenced by a multitude of interrelated factors—including public policies, economic conditions, demographics, social behaviors, and medical technologies—make it difficult to isolate and analyze the individual impact of each factor.

Furthermore, the dynamic nature of transformations must also be taken into account, as healthcare systems are constantly evolving, with rapid changes in policy, technology, and medical practices. Consequently, studies based on data from a specific period may not fully capture these dynamics, limiting the long-term relevance of the conclusions.

From a methodological standpoint, it should be noted that the descriptive methods used in this thesis rely on observations and cannot establish causality, while comparative methods may not account for all contextual variables that differ among the systems analyzed. In addition, studies based on specific samples may encounter difficulties in generalizing results at the national level, given regional variability and local differences in access to medical services.

Future research directions

From the perspective of the individual researcher, and taking into consideration the limitations outlined above, we intend in the future to focus on issues related to:

- The development and implementation of health policies in different countries and public–private collaboration;
- The assessment of the impact of telemedicine and other digital technologies on improving access to and the quality of healthcare services;
- The analysis of financing models in public and private healthcare, as well as their long-term sustainability;
- Comparative studies regarding cost-effectiveness in different healthcare systems.

In our view, these research directions could contribute to improving the performance of healthcare systems, while also ensuring equitable access and high-quality services for all citizens.