

**UNIVERSITATEA BABEȘ – BOLYAI din CLUJ-NAPOCA**

Școala Doctorală: Științe Economice și Gestiunea Afacerilor

Domeniul: Finanțe

**TEZA DE DOCTORAT**  
**rezumat**

**STUDIU PRIVIND FINANȚAREA SERVICIILOR MEDICALE  
DIN ROMÂNIA**

**Conducător de doctorat :**

Prof. univ. Dr. Ioan Nistor

**Doctorand:**

Anca Meda Burcă

CLUJ-NAPOCA

2016

**“O viață nu valorează nimic,  
Dar nimic nu valorează cât o viață”**

Andre Malraux

# CUPRINS

Listă abrevieri

6

INTRODUCERE

**Error! Bookmark not defined.**

## I. STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII PRIVIND FINANȚAREA

**SERVICIILOR MEDICALE .....Error! Bookmark not defined.**

1.1. CERCETĂRI CANTITATIVE ȘI CALITATIVE REȚINUTE ÎN LITERATURA DE SPECIALITATE INTERNAȚIONALĂ PRIVIND FINANȚAREA SERVICIILOR MEDICALE.....**Error! Bookmark not defined.**

1.2. ABORDĂRI ALE FINANȚĂRII SERVICIILOR MEDICALE ÎN LITERATURA DE SPECIALITATE NAȚIONALĂ - ANALIZĂ CANTITATIVĂ ȘI CALITATIVĂ  
**Error! Bookmark not defined.**

1.3. SINTEZA CONCLUZIILOR STUDIILOR LITERATURII DE SPECIALITATE CERCETATE PRIVIND FINANȚAREA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE ..... **Error! Bookmark not defined.**

## II. NOTIUNI DE BAZĂ ÎN FUNDAMENTAREA SISTEMELOR DE

**FINANȚARE A SERVICIILOR MEDICALE....Error! Bookmark not defined.**

2.1. REPERE LEGISLATIVE PRIVIND SISTEMUL DE SĂNĂTATE ÎN ROMÂNIA  
**Error! Bookmark not defined.**

2.2. SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA – OBIECTIVE, ACTORI IMPLICAȚI, INDICATORI.....**Error! Bookmark not defined.**

2.2.1. Obiectivele sistemului de sănătate în România .....**Error! Bookmark not defined.**

2.2.2. Sistemul de sănătate din România – actori implicați...**Error! Bookmark not defined.**

2.2.3. Sistemul de sănătate din România – indicatori.....**Error! Bookmark not defined.**

2.2.4. Caracteristicile sistemului de sănătate publică din România..... **Error! Bookmark not defined.**

2.3. SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA – SURSELE DE FINANȚARE  
**Error! Bookmark not defined.**

## III. MECANISMELE DE FINANȚARE A SĂNĂTĂȚII LA NIVEL

**EUROPEAN ȘI NAȚIONAL .....Error! Bookmark not defined.**

3.1. TIPOLOGIA SISTEMELOR DE SĂNĂTATE LA NIVEL EUROPEAN ..... **Error! Bookmark not defined.**

3.2. MECANISME DE ALOCARE A FONDURILOR ȘI STUDII COMPARATIVE ÎN CADRUL SISTEMELOR DE SĂNĂTATE LA NIVELUL STATELOR MEMBRE UE  
**Error! Bookmark not defined.**

3.3. PROVENIENȚA FONDURILOR DESTINATE SĂNĂTĂȚII ÎN ȚARA NOASTRĂ.....**Error! Bookmark not defined.**

3.4. ANALIZA CHELTUIELILOR PENTRU SĂNĂTATE ÎN SISTEMUL SERVICIILOR MEDICALE ÎN CONTEXTUL NAȚIONAL ..... **Error! Bookmark not defined.**

3.5. DIRECȚII FOLOSITE ÎN GESTIONAREA RESURSELOR DE FINANȚARE  
**Error! Bookmark not defined.**

#### **IV. INDICATORI DE MANGEMENT ȘI REFLECTAREA ACESTORA IN BUGETELE UNITĂȚILOR SANITARE CU PATURI** **Error! Bookmark not defined.**

4.1. INDICATORI DE PERFORMANȚĂ AI MANAGEMENTULUI SPITALELOR  
**Error! Bookmark not defined.**

4.1.1. Indicatori de management ai resurselor umane .....**Error! Bookmark not defined.**

4.1.2. Indicatori de utilizare a serviciilor medicale.....**Error! Bookmark not defined.**

4.1.3. Indicatori economico-financiari.....**Error! Bookmark not defined.**

4.1.4. Indicatori de calitate.....**Error! Bookmark not defined.**

4.2. CRITERII DE PERFORMANȚĂ .....**Error! Bookmark not defined.**

4.3. STUDIU DE CAZ – ANALIZA INDICATORILOR DE PERFORMANȚĂ AI INSTITUTULUI ONCOLOGIC „PROF.DR.ION CHIRICUȚĂ”PENTRU PERIOADA 2002-2014 .....**Error! Bookmark not defined.**

4.4. PARTICULARITĂȚI ÎN ABORDAREA ȘI FUNDAMENTAREA BUGETULUI DE VENITURI ȘI CHELTUIELI ÎN UNITĂȚILE SANITARE CU PATURI ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.4.1. Particularități în structura și elaborarea bugetului de venituri și cheltuieli ..... **Error! Bookmark not defined.**

4.4.2. Fundamentarea veniturilor .....**Error! Bookmark not defined.**

4.4.3. Fundamentarea cheltuielilor .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.5. REZULTATUL EXERCIȚIULUI .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.6. CERCETĂRI PRIVIND FINANȚAREA BUGETULUI DE VENITURI ȘI CHELTUIELI A INSTITUTULUI ONCOLOGIC “PROF.DR.ION CHIRICUȚĂ” CLUJ- NAPOCA .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>V. ANALIZA IMPACTULUI FINANȚĂRII ASUPRA INDICATORILOR DE SĂNĂTATE .....</b>	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.1. IMPACTUL FINANȚĂRII ASUPRA INDICATORILOR DE SĂNĂTATE LA NIVELUL STATELOR MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE –STUDIU EMPIRIC- <b>Error! Bookmark not defined.</b>	
5.1.1. Obiectivul cercetării și analiza bazei de date.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
5.1.2. Metodologia cercetării .....	20
5.1.3. Rezultate și concluzii .....	21
5.2. STUDIU DE CAZ – EVOLUȚIA CHELTUIELILOR ÎN BUGETUL INSTITUTULUI ONCOLOGIC “PROF.DR.ION CHIRICUȚĂ” CLUJ-NAPOCA COMPARATIV CU EVOLUȚIA NUMĂRULUI DE CAZURI PENTRU PERIOADA 2002-2014 .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
CONCLUZII, PROPUNERI ȘI PERSPECTIVE DE CERCETARE	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
<b>defined.</b>	
BIBLIOGRAFIE	26
Listă figuri	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Listă grafice	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Listă tabele	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Listă anexe	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Cuvinte cheie	34

## Listă abrevieri

AVS = ani de viață sănătoasă

AVS 65 = ani de viață sănătoasă peste vârsta de 65 ani

CJASS = Casa Județeană de Asigurări Sociale de Sănătate

CNASS = Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate

CSPIB = cheltuieli cu sănătatea din produsul intern brut

CT = Computer Tomograf

DALY = ani de viață corecți după rezolvarea incapacității

DRG = Grupă Relativă de Diagnostic

ECHI = European Core Health Indicators

ECHIM = European Community Health Indicators and Monitoring

FNUASS = fondul național unic de asigurări sociale de sănătate

HLY = healthy life years

INCDS = Institutul Național de Cercetare Dezvoltare pentru Sănătate

INS = Institut Național de Statistică

IOCN = Institutul Oncologic „Profesor Doctor Ion Chiricuță” Cluj-Napoca

l = litru

log = logaritm

MS = Ministerul Sănătății

OMS = Organizația Mondială a Sănătății

PIB = Produsul Intern Brut

PS = pragul de sărăcie

QALY = ani de viață ajustați în funcție de calitatea vieții/an

RMN = investigație de rezonanță magnetică nucleară

SIUI = sistem informatic unic integrat

SNSPMS = Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar

Tab = Tabel

UE = Uniunea Europeană

UNICEF = Fondul de Urgență pentru Copiii Națiunilor Unite

# INTRODUCERE

Pornind de la motto-ul tezei de față “ O viață nu costă nimic, dar nimic nu costă cât o viață “ am desprins concluzia că dincolo de factorii genetici, climatici, educație etc, premisele alocate în sănătate și modalitatea de finanțare a sistemului sanitar au unul din cele mai importante roluri în ceea ce privește sănătatea populației unei țări.

Am pornit lucrarea de față din ideea de a realiza o imagine reală a sistemului medical, lucru pe care l-am efectuat pe tot parcursul tezei prin cercetarea sistemului medical pornind de la nivel internațional la nivel național.

La nivel internațional am luat în calcul toate statele membre ale Uniunii Europene, iar la nivel național prin studiul de caz, am efectuat o analiză a indicatorilor medicali și financiari realizați de “Institutul Oncologic Prof. Dr. I. Chiricuță” din Cluj Napoca în perioada 2000-2015.

Obiectivul fundamental al demersului științific cu titlul “Finanțarea serviciilor medicale în România” îl constituie crearea de “valoare adăugată” în acest domeniu dezbătut și analizat încă din anul 1840 în țări dezvoltate: Marea Britanie, Germania, Franța, Norvegia, Suedia.

Direcția fundamentală de cercetare a acestei teze presupune realizarea mai multor obiective avute în vedere pe parcursul lucrării:

a) sinteza abordărilor conceptuale în finanțarea sistemului de sănătate și prezentarea stadiului actual al cercetărilor în domeniul finanțării serviciilor medicale;

b) prezentarea modului în care aspectele de sănătate publică respectiv indicatorii medicali, economici sunt evaluați și transmiși în cadrul raportărilor statistice la nivel național și internațional, scoțând în evidență cerințele de informare ale utilizatorilor informației de sănătate publică;

c) identificarea aspectelor pozitive/negative prin analiza evoluției literaturii de specialitate;

d) identificarea indicatorilor de sănătate în ceea ce privește morbiditatea, mortalitatea și a celor de resurse de sănătate realizați de România în perioada 2000-2015 comparativ cu cei realizați de alte țări ex-comuniste din Uniunea Europeană: Polonia, Bulgaria, Croația, Ungaria, Albania sau alte țări: Marea Britanie, Germania, Franța, Elveția, Spania și țările nordice: Norvegia, Suedia, Finlanda, Irlanda;

e) prezentarea managementului serviciilor medicale de sănătate în vederea formării unei imagini fidele a ceea ce reprezintă aspectele finanțării serviciilor medicale;

f) evoluția finanțării serviciilor medicale, cercetătorii și lucrările științifice care au adus de-a lungul timpului, un plus de valoare acestui domeniu al cercetărilor;

g) îmbunătățirea tipurilor de finanțare astfel încât să ofere o imagine fidelă și pentru ca să acopere necesitățile din sistem;

h) factorii care influențează nivelul finanțării sistemului medical.

Pentru a atinge aceste obiective, am luat în considerare atât politicile sociale, cât și cele economice sau cele de sănătate publică.

În ceea ce privește politicile sociale, unii autori consideră că acestea „*reprezintă acele modalități, modele și mecanisme care vizează distribuția resurselor în acord cu un anumit criteriu al nevoilor*”<sup>1</sup>

Din punct de vedere al curentelor de cercetare, lucrarea de față se încadrează în curentul principal de cercetare avînd o teorie pozitivă, constructivă, fără însă să lipsească unele abordări critice. În ceea ce privește tipologia cercetării, studiul îmbină cercetarea teoretică fundamentală cu cercetarea cantitativă. *„În realizarea oricărui demers științific este necesară utilizarea unor metode și instrumente de cercetare a căror menire este facilitarea procesului de cercetare științifică”*<sup>2</sup>.

*Din punct de vedere a tipologiei cercetării*, studiul a îmbinat cercetarea teoretică fundamentală cu cercetarea cantitativă.

Cercetarea calitativă a surprins modul în care sunt reglementați anumiți indicatori de sănătate la nivel național precum și indicatorii de performanță ai managementului de sănătate și cum sunt aceștia reflectați în bugetul de venituri și cheltuieli ai unei unități sanitare.

*Aria generală de cercetare* se află în sfera cercetărilor privind finanțarea serviciilor medicale spitalicești.

*Topicul* îl reprezintă domeniul de cercetare care este domeniul sănătății, dar și impactul unor aspecte de sănătate publică la nivel macroeconomic -procent alocat pentru cheltuieli cu

---

<sup>1</sup>Popescu Livia (2004) *Politicile sociale est-europene între paralelism de stat și responsabilitate individuală*, Cluj-Napoca, p 25-26

<sup>2</sup> Mustăță R. (2008), *Sistem de măsurare a armonizării și diversității contabile – între unitate și spontaneitate*, Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, p 13



sănătatea din PIB, pragul de sărăcie, speranța de viață la naștere, rata mortalității, rata mortalității pentru cancerul de col uterin, sau la nivel microeconomic: rata mortalității pentru cancerul de col uterin la femeile din județul Cluj tratate în “Institutul Oncologic Prof. Dr. I. Chiricuță”-.

*Planul de cercetare* l-a reprezentat o documentare în decursul unei perioade de șase ani, fiind realizat treptat pe măsura acumulării informațiilor necesare .

Colectarea informațiilor a avut la bază articolele publicate în revistele de specialitate atât din sfera economică cât și din cea medicală, actele legislative și date furnizate de Eurostat .

Am utilizat *metoda de cercetare* comparativă prin prezentarea evoluției indicatorilor de sănătate pentru perioada 2000-2015, metode statistice de evaluare folosind modelarea econometrică pentru a stabili legătura dintre anumiți indicatori de sănătate și de eficiență, semnificativi la nivel internațional și metoda de analiză a evoluției acestor indicatori pentru studiul de caz analizat .

## **CAPITOLUL I “STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII PRIVIND FINANȚAREA SERVICIILOR MEDICALE”**

În acest capitol, am efectuat o analiză a literaturii de specialitate la nivel internațional și la nivel național. În acest sens, am luat în calcul publicațiile științifice pentru perioada 2000-2015. Din totalul de 88 de articole publicate în reviste de specialitate internaționale luate în studiu, doar 34 articole au folosit pentru cercetare metoda de evaluare cantitativă, iar din acestea aproape în proporție de 90% au studiat importanța majorării ponderii cheltuielilor publice pentru sănătate din Produsul Intern Brut în raport cu fluctuația Produsului Intern Brut.

În timp ce metoda de evaluare calitativă a fost abordată în celelalte articole din care desprindem concluzia că pentru o eficientizare a sistemului, o recomandare utilă ar fi suplimentarea privată și deschiderea sectorului sanitar către competiție.

De asemenea se constată o preocupare atât a medicilor cât și a economiștilor pentru eficientizarea sistemului sanitar.

În cercetarea efectuată pentru revistele naționale, am identificat 770 de reviste românești (9 la nivelul anului 2010) recunoscute CNCSIS din care 58 reviste naționale cotate ISI cu factor de impact pe anul 2009 din care: 9 reviste medicale, 3 reviste economice, 1 revistă de administrație publică. Acestea din urmă au stat la baza studiului de față.

După o analiză efectuată în anul 2015, am constatat că au ramas doar 56 reviste cotate ISI. Din acestea doar 49 sunt JCR-2014.

Din totalul de 56, doar 4 aparțin domeniului economic, 5 tratează teme medicale iar restul aparțin altor domenii/subdomenii de activitate.

La nivel național se observă lipsa de interes pentru acest domeniu în perioada de dinainte de 1989 prin existența unui număr mic de jurnale, datorită unui sistem centralizat. Pentru perioada 1990–1999 se observă o creștere exponențială a interesului privind acest domeniu, creștere care continuă și pentru perioada următoare 2000–2015, dar și a numărului de articole cu tema finanțării serviciilor medicale, mai cu seamă în perioada anilor 2000–2010. Această creștere se datorează în special trecerii de la o economie centralizată la cea descentralizată, creând obligativitatea alinierii la standardele europene în ceea ce privește domeniul academic dar și în scopul accesării de fonduri din proiecte cu finanțare europeană.

## **CAPITOLUL II “NOTIUNI DE BAZĂ ÎN FUNDAMENTAREA SISTEMELOR DE FINANȚARE A SERVICIILOR MEDICALE”**

Am pornit studiul de la premisele legislative ale apariției sistemului de sănătate în România, reformele care au transformat sistemul centralizat bazat pe taxe într-un singur sistem de asigurări sociale de sănătate bazat pe contribuții din partea cetățeanului în calitate de asigurat și din partea angajatorilor. Sistemul de sănătate este coordonat de Ministerul Sănătății și Casa de Asigurări Sociale de Sănătate prin: întocmirea de acte legislative, colectarea fondurilor de sănătate, alocarea acestora cu destinații speciale cum ar fi programele naționale de sănătate sau plata serviciilor medicale.

Spitalele, sunt unități sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale și nu numai, utilizând aproape jumătate din fondurile CNAS cu această destinație, 9.060 mil.lei față de 21.789 mil lei în anul 2015.

În acest capitol am făcut o prezentare a spitalelor: structura acestora, modul de funcționare, aspecte privind acreditarea lor și modul de administrare precum și prezentarea tipurilor de servicii medicale pe care acestea le furnizează.

Am stabilit în acest sens, direcțiile în atingerea obiectivului principal având ca scop creșterea stării de sănătate prin: creșterea accesibilității la serviciile medicale, creșterea calității serviciilor medicale, îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate în condițiile descentralizării.

Reformele din sectorul medical au fost evaluate prin prisma unui set de indicatori care reflectă starea de sănătate a unei țări. În acest sens am analizat indicatorii demografici și de mortalitate la nivel național și la nivelul Uniunii Europene.

În timp ce în majoritatea țărilor din Uniunea Europeană sistemele de sănătate implementate au devenit o tradiție acestea producându-și efecte încă din anii 1800, țara noastră în decursul ultimilor douăzeci și șase ani a trecut printr-o serie de transformări, preluând din alte țări segmente ale sistemelor lor.

În privința speranței de viață, România este țara din Uniunea Europeană cu cea mai scurtă speranță de viață pentru femei, deși față de anul 1989 speranța de viață la români a crescut de la 71,99 ani în anul 2004 la 75,47 ani în anul 2014.

Din punct de vedere a îmbătrânirii populației, am constatat că aceasta reprezintă o problemă socială. În anul 2014 ponderea persoanelor peste 60 de ani a crescut la 16,5% în România, respectiv la 18,2% în UE. Se estimează pentru anul 2050 o creștere de până la 21% din populația peste 65 de ani. Astfel, se estimează pentru anul 2060 că procentul persoanelor care au 65 de ani sau peste în populația cuprinsă între 15 și 64 de ani să fie de 64,8%, însemnând că aproape 8 persoane cu vârstă de muncă au corespondent 1 persoana retrasă, cea mai favorabilă situație din acest punct de vedere, se prezintă pentru Irlanda.

În timp ce ponderea populației sub 14 ani este în continuă scădere. În România această valoare a scăzut la 15,5 % în anul 2014 față de 16,15% în 2004 sau față de 18,27% în anul 2000, iar în UE la 15,6% în anul 2014 față de 16,22 % în anul 2004 sau față de 17,11 % în anul 2000.

Natalitatea în țara noastră, un alt indicator important în diagnosticul de sănătate a unei țări, a fost de sub 10‰ în anul 2013, unul din cele mai mici valori pe timp de pace. Acesta fiind de 39,7‰ în perioada 1901-1905, valoare care a scăzut în timpul celui de-al doilea război mondial la 26,0‰, în anul 1940. Țările cu cea mai mare natalitate a lumii sunt cele din Africa, cu un procent de peste 50‰. În Europa aceasta se situează între 8‰ în Germania și 16‰ în Irlanda.

La indicatorul natalitate care este în scădere, corelat cu cel al mortalității în creștere dar și asociat cu factorul "migrație ", studiile spun că în anul 2050 România va avea o populație de 16 mil. de cetățeni.

Observăm faptul că scenariul sănătății în țara noastră nu este deloc favorabil. Trecerea de la un sistem de sănătate de tip Semaško existent în țara noastră înainte de 1990 la un sistem bazat pe asigurări sociale de sănătate, a constituit o perioadă dificilă.

În țările în care sistemul de sănătate se bazează pe contribuția cetățeanului, desprindem următoarele caracteristici:

- **pozitive**: speranța de viață la naștere este mai mare (80 de ani în Germania, 81 de ani în Franța);
- **negative**: sistemul se bazează pe capacitatea de muncă a cetățeanului iar în condiții de șomaj crescut, sumele contribuabililor la sistemul de sănătate scad, fapt pentru care guvernele ar trebui să intervină prin politici economice;

Cu toate investițiile în sănătate, incidența bolilor cronice cum ar fi HIV și cancerul la o populație de 100.000 de locuitori este mai crescută în țările dezvoltate decât în celelalte țări în curs de dezvoltare. Acest fapt se explică prin aceea că în țările în curs de dezvoltare și cele slab dezvoltate, nu există programe de screening sau alte programe implementate de guvern cu privire la existența unor registre naționale. Astfel încât nu se pot obține statistici comparabile.

În concluzie, în țările în care există programe naționale de screening, numărul cazurilor de boli cronice sunt mai mari, însă bolile se află în stadii incipiente.

În acest fel, costurile pentru tratarea acestora pentru un număr mare de asigurați sunt echivalente cu costurile pentru tratarea bolilor unui număr mai mic de pacienți aflați în faze avansate de boală din țările subdezvoltate, acestea având influență și asupra duratei și calității vieții.

### **CAPITOLUL III “MECANISMELE DE FINANȚARE A SĂNĂTĂȚII LA NIVEL EUROPEAN ȘI NAȚIONAL”**

Am cercetat caracteristicile sistemelor de sănătate la nivel european cu impact în finanțarea domeniului sănătății. Am observat că în țările foste comuniste sănătatea nu a fost niciodată o prioritate, tratându-se doar boala, pacienții sunt puși pe liste de așteptare, neexistând asigurări private care să poată suplini cererea de servicii. Pe fondul sărăciei, nu mulți sunt cei care își permit o asigurare privată. Societățile de asigurări private bazându-se în mare parte tot pe fondurile naționale din sistemul de asigurări sociale.

În vreme ce țările care aplică metode de finanțare de tip Bismarck alocă un procent din PIB pentru sănătate între 8-9%, fiind sub media celor care aplică metoda Beveridge, dar cu mult peste țările care provin din sfera ex-comunistă cu un procent care se situează sub 8%, de exemplu Ungaria 8%, Polonia 6,7%, Bulgaria 7,6 %, Letonia 5,7%, respectiv România cu cel

mai mic procent alocat de 5,3 % în anul 2013. Tot acestea din urmă sunt țările care au cea mai mică pondere a salariaților din totalul populației, dar cel mai mare procent out-of-pocket, ca plată suplimentară privind sănătatea, România înregistrând un procent de 97 % din totalul cheltuielilor out-of-pocket pentru sănătate.

Pe parcursul cercetării am analizat cheltuielile în domeniul sanitar și componentele acestui segment făcând o paralelă pentru aceiași indicatori care se folosesc în Uniunea Europeană.

Voi alege pentru studiu toate țările din Uniunea Europeană (tabelul 3.1.) grupate în funcție de tipul sistemului de sănătate aplicat și patru indicatori relevanți cu impact în finanțarea domeniului sănătății.

Din tabelul de mai jos, se observă faptul că România este țara cu cel mai mic Produs Intern Brut per capita după Bulgaria, fiind astfel pe locul 28 în rândul țărilor Uniunii Europene, pe primul loc situându-se *Luxemburg*, cu o cifră de 89.942 euro per capita, urmată de *Danemarca* cu 45.532 euro și de *Suedia*, cu 44.545 euro per capita. Țările cu valoare ridicată a produsului intern brut care este peste 30.000 euro per capita, sunt țările nordice : Finlanda, Irlanda, Suedia, cele care practică un sistem de tip Beveridge și cele care practică sistemul Bismarck, cum ar fi Belgia, Franța, Germania. Tot acestea fiind și țările cu cea mai mare alocare a cheltuielilor publice în domeniul sănătății, respectiv 7.981 USD pe cap de locuitor în Luxemburg, urmată de Danemarca cu 6.270 USD per cap de locuitor.

Se observă faptul că țările care au un produs intern brut ridicat, au și un procent alocat pentru sănătate mai mare. De exemplu Olanda, are un produs intern brut de 36.642 euro per capita și un procent pentru sănătate de 12,9 % din produsul intern brut.

De asemenea țările care alocă un procent mare din produsul intern brut pentru sănătate, sunt cele care la rândul lor colectează de la populație fondurile cele mai mari în acest sens. Acest lucru fiind posibil prin majorarea ponderii salariaților în totalul populației, pe primul loc situându-se Danemarca cu 46,6%, urmată de Suedia cu 46,2% și de Germania cu 45,4 % salariați din totalul populației. Numărul de salariați raportați de fiecare țară, cuprinde și forța de muncă la negru.

**Tabelul 3.1. Cheltuielile publice, private și cheltuielile *out-of-pocket* ca procent din total cheltuieli de sănătate la nivelul țărilor membre UE 2013**

Nr. Crt.	Țara	Ch.publice în domeniul sănătății (USD pe cap de locuitor)	Ch.Private în domeniul sănătății (% din total ch.pentru sănătate)	Out-of-pocket ca plată privind sănătatea (% din total ch. pt sănătate)	% PIB pentru sănătate (%)	PIB/capita (€/cap de locuitor)	Total populație (mii pers.)	Nr salariați (mii pers.)	Pondere salariați din total populație (%)
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Austria	5427	24.3	65.2	11	37659	8490	47328	43.8%
2	Belgia	5093	24.2	82.3	11.2	34911	11105	3874	34.9%
3	Bulgaria	555	40.7	97.3	7.6	5637	7271	2511	34.5%
4	Cehia	1367	16.7	94.1	7.2	14506	10513	4223	40.2%
5	Croatia	982	20	62.4	7.3	10432	4253	1244	29.3%
6	Cipru	1884	53.7	86.5	7.4	19047	867	299	34.5%
7	Danemarca	6270	14.6	87.4	10.6	45532	5612	2613	46.6%
8	Estonia	1072	22.1	85.4	5.7	14640	1340	583	43.5%
9	Finlanda	4449	24.7	75	9.4	36253	5439	2185	40.2%
10	Franța	4864	22.5	32.9	11.7	33077	65741	2469	37.5%
11	Germania	5006	23.2	55.6	11.3	34613	82098	37994	45.4%
12	Grecia	2146	30.5	86.6	9.8	16813	10815	2545	23.5%
13	Irlanda	4233	32.3	52.1	8.9	35093	4602	1556	33.8%
14	Italia	3155	22	82	9.1	26704	61049	18415	30.2%
15	Letonia	874	38.1	95.7	5.7	11696	2014	791	39.3%
16	Lituania	1614	0	84	7.5	12310	2958	1141	38.6%
17	Luxemburg	7981	16.3	66.2	7.1	89942	545	214	39.3%
18	Malta	2000	33.9	93	8.7	17594	423	156	36.9%
19	Olanda	6145	12.9	41.7	12.9	36642	16800	7167	42.7%
20	Polonia	895	30.4	75	6.7	10303	38514	12170	31.6%
21	Portugalia	2037	35.3	75.4	9.7	15945	10482	3916	37.4%
22	Regatul Unit	3598	16.5	56.4	9.1	30436	64087	25407	39.6%
23	România	504	20.3	97	4	6854	20121	6473	32.2%
24	Slovacia	1454	30	73.9	8.2	13620	5413	1967	36.3%
25	Slovenia	2085	28.4	42.7	9.2	17505	NA	NA	NA
26	Spania	2581	29.6	77.1	8.9	22423	45918	14721	32.1%
27	Suedia	5680	18.5	88.1	9.7	44545	9601	4436	46.2%
28	Ungaria	1056	36.4	75.5	8	10312	9894	3662	37.4%

Sursa: Prelucrare autor în baza datelor Eurostat NA=neaccesibil

Se observă de asemenea că țările foste comuniste cum ar fi: Polonia, Ungaria, Croația, Cehia, Slovacia, etc, se situează la mijlocul acestei clasificări cu un produs intern brut de 10.303

euro per capita, alocă 6,7% din produsul intern brut pentru sănătate, ajungându-se la o valoare de 895 USD pe cap de locuitor a cheltuielilor publice în domeniul sănătății.

În acest capitol am prezentat și autoritățile sistemului de sănătate în țara noastră, tipul și profilul spitalului public precum și mecanismele de finanțare colectare și alocare a fondurilor de sănătate. Din execuția bugetară a fondului CNAS se observă o creștere a veniturilor din contribuții pentru perioada 2009-2015 deși numărul de contribuabili a scăzut, fapt prezentat prin analiza evoluției numărului de șomeri pentru perioada 2000-2015, fapt datorat obligativității de plată a asigurărilor sociale de sănătate și de către alte categorii profesionale.

Am prezentat deasemeni indicatorii care stau la baza finanțării spitalelor. Prezentarea a fost făcută pentru anul 2005 deoarece acesta a fost anul introducerii sistemului de finanțare a serviciilor medicale în spitalizarea continuă pe bază de DRG (grup relativ de diagnostice) .

Analiza a avut la bază studiul efectuat de către SNSPMS la nivel regional și a fost finanțată în cadrul unui program pilot. Ulterior acestei date nu s-a putut efectua o analiză similară deoarece nu există date raportate la nivel regional.

În urma studiului, s-a constatat faptul că diferențele înregistrate între diferite regiuni din punct de vedere al accesibilității, indicele de complexitate fiind diferit între zonele țării, numărul de proceduri chirurgicale efectuate în secțiile de chirurgie, nu au dus la obținerea unor valori cu mult diferite în privința duratei de spitalizare, aceasta fiind în jurul valorii de sub 10 zile pentru toate regiunile.

#### **CAPITOLUL IV “INDICATORI DE MANAGEMENT ȘI REFLECTAREA ACESTORA ÎN BUGETELE UNITĂȚILOR SANITARE CU PATURI”**

Indicatorii care ne arată performanța managementului unui spital și deasemenea indicatorii de sănătate care sunt cuprinși în bugetul de venituri și cheltuieli sunt prezentați în acest capitol, unde am îmbinat partea teoretică prin aspectele legislative cu cea practică, prin studiul de caz –analiza indicatorilor la nivelul IOCN .

Am constatat neajunsurile modului în care se efectuează tipurile de analiză ale indicatorilor de performanță.

La sfârșitul unei perioade, o instituție poate să obțină în procesul de evaluare certificatul „Foarte bine” dacă și-a prognozat la începutul anului venituri mai mici față de anul anterior, comparativ cu o altă unitate sanitară care și-a asumat venituri mai mari dar nu le-a obținut deși

acestea au fost mai mari, comparativ cu perioada anterioară sau comparativ cu o unitate sanitară de același profil.

Analizând bugetul de venituri și cheltuieli a Institutului Oncologic “Prof. Dr. I. Chiricuță” Cluj-Napoca se observă că bugetul institutului pentru perioada 2006-2015 a crescut de 5,4 ori în timp ce numărul de externări a crescut de 1,08 ori în vreme ce numărul de servicii medicale efectuate în spitalizarea de zi au crescut de 1,49 ori.

Acest lucru se explică prin majorarea tarifelor pentru serviciile medicale, majorare care s-a realizat prin interesul factorilor decizionali de la nivel instituțional și implicarea acestora în modificările legislative.

În acest fel s-a obținut o majorare a bugetului doar pentru serviciile medicale efectuate în spitalizarea de zi la o valoare de 16,625 mii lei în anul 2015 față de 6,992 mii lei în anul 2006.

## **CAPITOLUL V ”ANALIZA IMPACTULUI FINANȚĂRII ASUPRA INDICATORILOR DE SĂNĂTATE”**

*Contribuția personală* a fost realizată în cadrul fiecărui capitol, dar mai mult cu ajutorul studiului empiric prezentat prin prelucrarea datelor în vederea realizării analizei regresionale utilizând programul econometric “Eviews 7”.

Am prezentat statisticile descriptive ale variabilelor considerate la nivelul panelului format din cele 28 de state membre ale Uniunii Europene pentru perioada 2004-2014. Datele furnizate de Eurostat sunt cele raportate de fiecare stat membru pe măsură ce acesta a aderat la Uniunea Europeană .

Din studiu se observă că anii de viață sănătoși la naștere se situează între valoarea minimă de 52 ani pentru țări ca Portugalia, Finlanda și valoarea maximă de 73,9 ani raportate de țări ca Suedia, Malta. Majoritatea țărilor se apropie de valoarea medie, între acestea incluzându-se și România cu o valoare între 62,5 în anul 2007 care este în scădere, astfel că în anul 2014 valoarea a fost de 59 ani.

Indicatorul „ani de viață sănătoasă peste vârsta de 65 de ani „, se situează între limitele de 2,7 (min) în Slovacia și 16 ani, în Islanda. România, înregistrând și aici o scădere de la 7,8 ani în anul 2007 la 5,7 ani în anul 2014.

Pragul de sărăcie, este cuprins între limitele 13,7 și 61,3. România cu valori între 45,9 în anul 2007 și 40,2 în anul 2014, se apropie de limita maximă a acestui prag.



Totuși este de reținut faptul că în ultimii zece ani, România a reușit să înregistreze o scădere a pragului de sărăcie, în vreme ce țări ca Austria, Danemarca, Grecia, Luxemburg, Italia, Germania, Malta, au avut pentru aceeași perioadă un trend crescător.

Cheltuielile cu sănătatea din produsul intern brut se situează între limitele valorice de: minim 1,6% în țări ca Slovacia, Cipru, Bulgaria și Elveția și maxim de 8,9% pentru țări ca Danemarca, Olanda, Finlanda și Franța.

Țara noastră a crescut procentul de alocare a cheltuielilor de sănătate din PIB de la 3,7% în anul 2007 la 4% în anul 2014.

Rata decesului pentru toate cazurile de boală este foarte scăzut, aproape de limita minimă de 848,3 în țări ca Liechtenstein, Italia, Spania și înregistrează valori ridicate, maximul fiind de 1877,5 în țări precum Letonia, Bulgaria, Lituania. România fiind pe ultimele patru locuri cu o valoare de 150,6 în anul 2014.

Am supus analizei indicatorul „rata decesului la 100 mii locuitori pentru cancerul de col uterin”, astfel valorile între 1 și 17,8%, indică faptul că cea mai mică incidență se înregistrează în țări ca Italia, Elveția, Malta, Marea Britanie, Finlanda și chiar și Albania, iar cele mai mari valori aproape de limita maximă și anume 17,8 în țări cum ar fi: România, Letonia.

România, fiind pe ultimul loc cu o valoare de 16,2 în anul 2014, are cea mai mare mortalitate din țările UE pe acest motiv de boală.

Coeficienții de corelație între acești indicatori ne arată legătura dintre două variabile respectiv dacă aceasta este negativă legătura este inversă, iar dacă este pozitivă legătura este într-o relație directă.

*Metodologia cercetării* este de analiză regresională pe date de tip panel.

Modelele de regresie au analizat legătura dintre variabilele ani de viață sănătoși și cheltuielile cu finanțarea sănătății ca pondere din PIB.

Statisticile descriptive ale variabilelor analizate au fost realizate cu ajutorul programului econometric „Eviews 7”.

Tabelul de mai jos 5.7., ne prezintă statisticile descriptive ale variabilelor considerate în studiul empiric la nivelul panelului format din cele 28 de state pentru perioada 2004-2014.

**Tabelul 5. 1. Statistici descriptive**

<b>Indicatori</b>	<b>AVS</b>	<b>AVS65</b>	<b>CSPIB</b>	<b>PS</b>	<b>RD</b>	<b>RDCCU</b>
Mean	62.09407	8.809091	5.954545	24.30593	1199.338	5.087352
Median	62.60000	8.800000	6.500000	22.00000	1087.900	3.500000
Maximum	73.90000	16.00000	8.900000	61.30000	1877.500	17.80000
Minimum	52.00000	2.700000	1.600000	13.70000	848.3000	1.000000
Std. Dev.	4.540191	2.832569	1.741496	8.642930	258.7050	3.531356
Skewness	-0.085167	0.153827	-0.802919	1.481106	0.833980	1.398612
Kurtosis	2.671587	2.458020	2.901472	5.451420	2.460747	4.561816
Jarque-Bera	1.442823	4.094315	27.28627	155.8497	32.39336	108.1969
Probability	0.486066	0.129101	0.000001	0.000000	0.000000	0.000000
Observations	253	253	253	253	253	253

*Sursa: Prelucrare statistică pe date de tip panel*

Unde :

AVS = ani de viață sănătoasă

AVS65 = ani de viață sănătoasă peste 65 ani

CSPIB = cheltuieli cu sănătatea ca procent din PIB

PS = pragul de sărăcie

RD = rata de deces pentru toate cazurile de boală

RDCCU = rata de deces pentru cancerul de col uterin

Observăm ca anii de viață sănătoși la naștere se situează între valoarea minimă de 52 ani pentru țări ca Portugalia, Finlanda și valoarea maximă de 73,9 ani raportate de țări ca Suedia, Malta.

Majoritatea țărilor se apropie de valoarea medie, între acestea incluzându-se și România cu o valoare între 62,5 în anul 2007 care este în scădere, astfel că în anul 2014 valoarea a fost de 59 ani.

Indicatorul „ani de viață sănătoasă peste vârsta de 65 de ani” se situează între limitele de 2,7 (min) în Slovacia și 16 ani în Islanda. România, înregistrând și aici o scădere de la 7,8 ani în anul 2007 la 5,7 ani în anul 2014.

Pragul de sărăcie este cuprins între limitele 13,7 și 61,3. România cu valori între 45,9 în anul 2007 și 40,2 în anul 2014, se apropie de limita maximă a acestui prag. Totuși este de reținut faptul că în ultimii zece ani, România a reușit să înregistreze o scădere a pragului de sărăcie, în vreme ce țări ca Austria, Danemarca, Grecia, Luxemburg, Italia, Germania, Malta, au înregistrat pentru aceeași perioadă, un trend crescător.

Cheltuielile cu sănătatea din produsul intern brut se situează între limitele valorice de 1,6% în țări ca Slovacia și maxim de 8,9% pentru țări ca Danemarca.

Țara noastră a crescut procentul de alocare a cheltuielilor de sănătate din PIB de la 3,7% în anul 2007 la 4% în anul 2014.

Rata decesului pentru toate cazurile de boală este foarte scăzut, aproape de limita minimă de 848,3 în țări ca Liechtenstein și înregistrează valori ridicate, maximul fiind de 1877,5 în țări precum Letonia. România fiind pe ultimele patru locuri cu o valoare de 150,6 în anul 2014.

Indicatorul a înregistrat valori între 1 (Malta, 2005) și 18,8 (România, 2002) pentru perioada analizată 2002-2013. Cele mai mici valori ale indicatorului se înregistrează în țări ca: Italia, Elveția, Malta, Marea Britanie, Finlanda, și chiar Albania. România și Letonia înregistrează constant valorile cele mai ridicate ale mortalității pe acest motiv de boală.

Coeficienții de corelație între acești indicatori -tabel 5.8.-, măsoară intensitatea legăturii dintre două variabile. În cazul în care coeficientul este negativ legătura este inversă iar în cazul în care acesta este pozitiv legătura este directă.

**Tabelul 5. 2. Coeficienți de corelație**

Variabila	LOG(AVS)	LOG(AVS65)	CSPIB	PS	LOG(RD)	LOG(RDCCU)
<b>LOG(AVS)</b>	1.000000	0.817730	0.222102	-0.039895	-0.407161	-0.370691
<b>LOG(AVS65)</b>	0.817730	1.000000	0.436938	-0.311141	-0.585852	-0.508691
<b>CSPIB</b>	0.222102	0.436938	1.000000	-0.353952	-0.426434	-0.341540
<b>PS</b>	-0.039895	-0.311141	-0.353952	1.000000	0.641441	0.531150
<b>LOG(RD)</b>	-0.407161	-0.585852	-0.426434	0.641441	1.000000	0.852658
<b>LOG(RDCCU)</b>	-0.370691	-0.508691	-0.341540	0.531150	0.852658	1.000000

*Sursa: Prelucrare statistică pe date de tip panel*

Variabila	AVS	AVS65	CSPIB	PS	RD	RDCCU
AVS	1.000000	0.798388	0.209422	-0.033662	-0.394686	-0.355620
AVS65	0.798388	1.000000	0.365737	-0.335065	-0.543705	-0.496282
CSPIB	0.209422	0.365737	1.000000	-0.353952	-0.446698	-0.409177
PS	-0.033662	-0.335065	-0.353952	1.000000	0.670529	0.609628
RD	-0.394686	-0.543705	-0.446698	0.670529	1.000000	0.839558
RDCCU	-0.355620	-0.496282	-0.409177	0.609628	0.839558	1.000000

*Sursa: Prelucrare statistică pe date de tip panel*

Din tabelul 5.8., se observă faptul că există o legătură puternică între pragul de sărăcie a unei țări și rata de deces. Dealtfel, cu cât crește alocarea din PIB a cheltuielilor privind sănătatea, cu atât scade rata de deces.

Metodologia cercetării:

Studiul empiric este fundamentat pe analiză regresională pe date tip panel.

Modelele de regresie vor testa legătura dintre anii de viață sănătoși și cheltuielile cu finanțarea sănătății ca o pondere din PIB :

$$\log(\text{AVS})_{it} = C_0 + C_1 \times \text{CSPIB}_{it} + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

$$\log(\text{AVS65})_{it} = C_0 + C_1 \times \text{CSPIB}_{it} + \varepsilon_{it} \quad (2)$$

În continuare, vom studia impactul variabilei pragului sărăciei asupra variabilei dependente :

- ani de viață la naștere
- ani de viață la naștere peste 65 de ani

$$\log(\text{AVS})_{it} = C_0 + C_1 \times \text{PS}_{it} + \varepsilon_{it} \quad (3)$$

$$\log(\text{AVS65})_{it} = C_0 + C_1 \times \text{PS}_{it} + \varepsilon_{it} \quad (4)$$

Impactul cheltuielilor cu sănătatea ca procent din PIB asupra ratei de deces pentru toate cauzele de boală, este studiat printr-un model de regresie liniară simplă iar impactul cumulat al cheltuielilor de sănătate ca procent din PIB și a variabilei „pragul de sărăcie” asupra ratei de deces este studiat printr-un model de regresie liniară multiplă.

$$\log(\text{RD})_{it} = C_0 + C_1 \times \text{CSPIB}_{it} + \varepsilon_{it} \quad (5)$$

$$\log(\text{RD})_{it} = C_0 + C_1 \times \text{CSPIB}_{it} + C_2 \times \text{PS}_{it} + \varepsilon_{it} \quad (6)$$

Modelele urmatoare explică rata de deces la cancerul de col uterin în funcție de procentul cheltuielilor cu sănătatea în PIB și cu pragul de sărăcie :

$$\log(\text{RDCCN})_{it} = C_0 + C_1 \times \text{CSPIB}_{it} + \varepsilon_{it} \quad (7)$$

$$\log(\text{RDCCN})_{it} = C_0 + C_1 \times \text{CSPIB}_{it} + C_2 \times \text{PS}_{it} + \varepsilon_{it} \quad (8)$$

unde:  $\text{AVS}_{it}$  = ani de viață sănătoasă în țara i, anul t (valori logaritmăte)

$\text{AVS65}_{it}$  = ani de viață sănătoasă peste 65 ani în țara i, anul t (valori logaritmăte)

$\text{CSPIB}_{it}$  = cheltuieli cu sănătatea ca procent din PIB în țara i, anul t

$\text{PS}_{it}$  = pragul de sărăcie în țara i, anul t

$\text{RD}_{it}$  = rata de deces pentru toate cazurile de boală în țara i, anul t

$\text{RDCCU}_{it}$  = rata de deces pentru cancerul de col uterin în țara i, anul t

$C_0, C_1, C_2$  = parametrii modelelor de regresie (coeficienții variabilelor explicative)

$\varepsilon_{it}$  = reziduurile modelelor de regresie

Rezultate și concluzii:

### Tabelul 5. 3. Rezultatele estimării modelelor (1) și (3)

Variabila dependentă: AVS (ani de viață sănătoasă) – valoare logaritmată

Variabila explicativă model (1): CSPIB (cheltuielile cu sănătatea din PIB)

Variabila explicativă model (3): PS (pragul de sărăcie)

Variable	Coeficient	Std.Error	t-Statistic	Prob.	Coeficienti de determinatie	
C	4.075730***	0.012126	336.1068	0.0000	R <sup>2</sup>	0.100651
CSPIB	0.009869***	0.001747	5.647641	0.0000	R <sup>2</sup> ajustat	0.097495
C	4.161999***	0.009181	453.3433	0.0000	R <sup>2</sup>	0.023385
PS	-0.001037***	0.000382	-2.711291	0.0071	R <sup>2</sup> ajustat	0.020204

*Sursa: Prelucrare statistică pe date de tip panel*

Coeficientul variabilei cheltuielilor cu sănătatea ca procent din PIB este pozitiv și semnificativ la un prag semnificativ de 1%.

Legătura directă dintre cele doua variabile indică faptul ca în statele cu o pondere ridicată a cheltuielilor cu sănătatea în PIB, crește speranța variabilei „ani de viață sănătoasă ” iar în țările cu o pondere scăzută a cheltuielilor cu sănătatea din PIB, scade speranța anilor de viață sănătoasă.

**Tabelul 5. 4. Rezultatele estimării modelelor (2) și (4)**

Variabila dependentă: AVS65 (ani de viață sănătoasă după 65 de ani) – valoare logaritmată

Variabila explicativă (2): CSPIB (cheltuielile cu sănătatea din PIB)

Variabila explicativă (4): PS (pragul de sărăcie)

Variable	Coeficient	Std.Error	t-Statistic	Prob.	Coeficienti de determinatie	
C	1.627501***	0.04134	39.36879	0.0000	R <sup>2</sup>	0.436214
CSPIB	0.009869***	0.005836	14.84961	0.0000	R <sup>2</sup> ajustat	0.434236
C	2.592922***	0.038274	67.74708	0.0000	R <sup>2</sup>	0.276667
PS	-0.017903***	0.001652	-10.83624	0.0000	R <sup>2</sup> ajustat	0.274311

*Sursa: Prelucrare statistică pe date de tip panel*

Coeficientul variabilei ani de viață peste 65 de ani este pozitiv și semnificativ la un prag de semnificație de 1%.

Legătura directă dintre cele doua variabile indică faptul că în statele cu o pondere ridicată a cheltuielilor cu sănătatea în PIB crește speranța variabilei „ani de viață peste 65 ani “ iar în țările cu o pondere scăzută a cheltuielilor cu sănătatea din PIB, scade speranța anilor de viață peste vârsta de 65 ani. Coeficientul de determinație R<sup>2</sup> de 43,42% indică proporția pe care CSPIB explică variația  $\log(\text{AVS65})$ . Coeficientul de determinație R<sup>2</sup> de 27,43% indică proporția pe care PS explică variația  $\log(\text{AVS65})$ .

**Tabelul 5. 5. Rezultatele estimării modelelor (5) și (6)**

Variabila dependentă: RD (rata de deces pentru toate cazurile de boală)

Variabila explicativă model (5): CSPIB (cheltuielile cu sănătatea din PIB)

Variabile explicative model (6): CSPIB (cheltuielile cu sănătatea din PIB) și PS (pragul de sărăcie)

Variable	Coeficient	Std.Error	t-Statistic	Prob.	Coeficienti de determinatie	
C	7.429782***	0.025151	295.4128	0.0000	R <sup>2</sup>	0.543468
CSPIB	-0.061856***	0.003543	-17.45706	0.0000	R <sup>2</sup> ajustat	0.541684
C	7.011178***	0.039895	175.7392	0.0000	R <sup>2</sup>	0.898370
CSPIB	-0.037159***	0.004364	-8.515734	0.0000	R <sup>2</sup> ajustat	0.897563
PS	-0.011855***	0.000582	20.37377	0.0000		

*Sursa: Prelucrare statistică pe date de tip panel*

Coeficientul variabilei „cheltuieli cu sănătatea ca pondere din PIB” este negativ și semnificativ la un prag de risc de 1% indicând o relație inversă cu rata mortalității.

Variația variabilei „cheltuieli cu sănătatea ca pondere din PIB” explică în proporție de 54,16% variația ratei mortalității.

Coeficientul variabilei „prag de sărăcie” este pozitiv și semnificativ la un prag de semnificație de 1% indicând o relație directă cu rata mortalității, respectiv statele cu praguri ridicate ale sărăciei vor înregistra și rate de deces ridicate.

Variația ratei de deces este explicată în proporție de 89,75% de variația variabilelor „cheltuieli cu sănătatea ca pondere din PIB” , respectiv pragul de sărăcie.

Coeficientul variabilei „cheltuieli cu sănătatea ca pondere din PIB” este negativ și semnificativ la un prag de risc de 1% indicând o relație inversă cu rata decesului.

Variația variabilei „cheltuieli cu sănătatea ca pondere din PIB” explică în proporție de 44,3% variația ratei de deces.

#### **Tabelul 5. 6. . Rezultatele estimării modelelor (7) și (8)**

Variabila dependentă: RDCCU (rata de deces la cancerul de col uterin) – valoare logaritmată

Variabila explicativă model (7): CSPIB (cheltuielile cu sănătatea din PIB)

Variabile explicative model (8): CSPIB (cheltuielile cu sănătatea din PIB) și PS (pragul de sărăcie)

Variable	Coeficient	Std.Error	t-Statistic	Prob.	Coeficienti de determinatie	
C	2.343710***	0.075842	30.9025	0.0000	R <sup>2</sup>	0.445267
CSPIB	- 0.155726***	0.010906	-14.2786	0.0000	R <sup>2</sup> ajustat	0.443083
C	1.188536***	0.119016	9.986332	0.0000	R <sup>2</sup>	0.596423
CSPIB	- 0.086130***	0.013732	-6.272199	0.0000	R <sup>2</sup> ajustat	0.593208
PS	0.031024***	0.002188	-14.17652	0.0000		

*Sursa: Prelucrare statistică pe date de tip panel*

Coeficientul variabilei „prag de sărăcie” este pozitiv și semnificativ la un prag de semnificație de 1%, ceea ce indică o relație directă cu rata de deces, respectiv statele cu praguri ridicate ale sărăciei, vor înregistra și rate de deces ridicate.

Variația ratei de deces este explicată în proporție de 59,32% de variația variabilelor „cheltuieli cu sănătatea ca pondere din PIB” respectiv „ pragul de sărăcie”.

Toate țările analizate pentru perioada 2002-2014 au înregistrat o scădere a mortalității din toate cauzele de boală incluzând și cauza analizată, respectiv cancerul de col uterin.

În concluzie, toate țările analizate, pentru perioada 2002-2014 au înregistrat o scădere a mortalității din toate cauzele de boală incluzând și cauza analizată respectiv cancerul de col uterin- pentru bolile cronice, creșterea ratei de deces se datorează procentului scăzut de alocare a cheltuielilor privind sănătatea din PIB, în afara cauzelor genetice, climatice, educație, etc ;

Se constată că țările care au un PIB mic, sunt și cele care alocă un procent mai mic pentru sănătate .

Pentru țara noastră, analizând perioada 2002-2014, observăm că deși procentul cheltuielilor cu sănătatea din PIB a crescut de la 3,7% la 4%, iar rata de deces pentru toate cazurile de boală a scăzut de la 1935,5 la 100 mii loc în anul 2002 la 1520,6 în anul 2014, și de asemenea se observă o scădere a mortalității cauzate de cancerul de col uterin de la 18,8 (100 mii loc) în anul 2002 la 6,2(100 mii loc) în anul 2014.

Cu toate acestea suntem pe primul loc în Europa ca rată de deces la 100 mii locuitori cauzată de toate tipurile de boală incluzând și cancerul de col uterin.

Studiu de caz:

Analizând indicatorii de sănătate pentru bolnavii de cancer de col uterin, analiză particularizată la pacienții din județul Cluj, am folosit ca metodologie de cercetare metoda comparativă.

Pentru perioada analizată se constată o scădere a numărului de decese de la 47 în anul 2002 la 8 decese în anul 2015.

Cele mai multe dintre acestea se înregistrează pentru stadiul III de boală.

De asemenea scade numărul de decese în stadiul II (de la 10 la 1) și în stadiul IV (de la 5 la 1), iar în stadiul O în anul 2015 nu au fost înregistrate decese cauzate de cancerul de col uterin pentru pacienți care provin din județul Cluj.

Aceste rezultate pozitive s-au realizat datorită existenței surselor de finanțare suplimentare prin programe de screening finanțate de la bugetul de stat și din proiecte de cercetare .

*Perspectivile viitoare ale cercetării* se pot concretiza în extinderea Registrului de cancer la nivelul întregii țări având în vedere rezultatele favorabile obținute de IOCN , cercetate în teza de față. -tabel C1-:



**Tabelul C 1. Număr pacienți noi înregistrați în perioada 2002-2015 cu diagnosticul cancer de col uterin în IOCN Cluj-Napoca**

<b>Nr. pacienți noi</b>	<b>Total</b>	<b>Urban din care:</b>	<b>15-44 ani</b>	<b>45-59 ani</b>	<b>60-74 ani</b>	<b>peste 75 ani</b>	<b>Rural din care:</b>	<b>15-44 ani</b>	<b>45-59 ani</b>	<b>60-74 ani</b>	<b>peste 75 ani</b>
<b>Total pacienți noi</b>	12839	4547	1400	1962	1055	130	8292	2548	4055	1512	164
<b>Jud. Cluj</b>	1739	475	154	159	131	31	1264	433	526	249	56

*Sursa: Prelucrare autor în baza datelor IOCN*

În IOCN au fost înregistrați în perioada 2002-2015 un număr de 12.839 pacienți cu diagnosticul cancer de col uterin din care 13,54% provin din jud. Cluj iar restul din celelalte județe (Alba, Arad, Arges, Bacau, Bihor, Bistrița, Botoșani, Brăila, Brașov, București, Buzău, Caraș-Severin, Cluj, Constanța, Covasna, Dambovița, Dolj, Galați, Gorj, Harghita, Hunedoara, Ialomița, Iași, Maramureș, Mehedinți, Mureș, Nemț, Olt, Prahova, Sălaj, Satu Mare, Sibiu, Suceava, Teleorman, Timiș, Tulcea, Vaslui, Vâlcea, Vrancea) -Anexa nr.5- . Aceste rezultate au fost posibile datorită existenței unui Registru de cancer la nivelul institutului. Pentru a putea obține rezultate la nivelul întregii țări ar trebui ca acest registru să se extindă la nivel național cu date folositoare în viitoarele decizii/inițiatives legislative .

Concluzia este una singură și anume, sănătatea este una din componentele cele mai importante pentru o țară. Ca să avem un popor sănătos, din cercetările efectuate, am observat că trebuie să ne concentrăm atenția asupra reducerii mortalității. Ca să reducem mortalitatea din toate cazurile de boală, trebuie să ne concentrăm atenția pe prevenirea bolilor mai mult decât pe tratarea acestora.

Pentru a ajunge la un indicator de mortalitate comparativ cu cei realizați în statele dezvoltate este imperios necesar să ajungem la un procent alocat din PIB a cheltuielilor pentru sănătate comparabil cu al acestora care este între 7-8%, asta dacă privim lucrurile la nivel macroeconomic, iar la nivelul fiecărei unități sanitare cu paturi, interesul managementului ar trebui să fie îndreptat spre crearea surselor de finanțare suplimentare.

## BIBLIOGRAFIE

- 1 Aarbu K.O., (2010), *Demand Patterns for Treatment Insurance în Norway*, CESifo Working Paper NO. 3021 Category 1: Public Finance April;
- 2 Afonso A. Sónia Fernandes, (2008), *Assessing Hospital Efficiency: Non-parametric Evidence for Portugal*, School of Economics and Management, Technical University of Lisbon, ISEG - Working Papers ISSN N° 0874-4548, Feb.;
- 3 Alexandru Ghe., (2002), *Evaluarea eficienței activităților sanitare*, Ed.Lumina Lex, București;
- 4 Anghelache g., Belean P., *Finanțele publice ale României* Editura Economică, București 2003;
- 5 Badi H. Baltagi, Francesco Moscone, (2009), *Health care expenditure and income în the OECD reconsidered: evidence from panel data*, University of Leicester, Department of Economics, Working Paper No. 09/05 February;
- 6 Bara A.C., (2007), *Reforma sistemului sectorului primar de sănătate după 1989*, Teză de doctorat ;
- 7 Bara A.C.,im J. A. van den Heuvel, Johannes A. M. Maarse, (2001), *Reforms of Health Care System în România*, Croatian Medica Journal, CMJ 43(4):446-452,2002 PUBLIC HEALTH;
- 8 Bătrâncea I., (2001), *Analiza financiară pe bază de bilanț*, Editura Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca;
- 9 Bătrâncea I., (2006), *Raportări financiare*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca;
- 10 Bătrâncea I., Bătrâncea L.M., Borlea L.S., (2007), *Analiza financiară în bănci*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca;
- 11 Beraldo S, Montolio D, Turati G.(2005) "*Healthy, educated and wealthy: is the welfare state really harmful for growthă*", Working Papers în Economics 127. Barcelona: Universitat de Barcelona. Espai de Recerca en Economia-2005-;
- 12 Beraldo S., Montolio D., Turati G., (2005), *Healthy, Educated and Wealthy: Is The Welfare State Really Harmful for Growthă*, Documents de Treball de la Facultat de Ciències Econòmiques I Empresariales;

- 13 Biørn E., Terje P. Hagen, Tor Iversen, Jon Magnussen, (2006), *Heterogeneity în Hospitals' Responses to a Financial Reform: A Random Coefficient Analysis of the Impact of Activity-Based Financing on Efficiency*, Health Economics Research programme at the University of Oslo, HERO - Working paper;
- 14 Bistriceanu Gh., *Sistemul asigurărilor din România*, Editura Economică, București, 2002;
- 15 Breyer F., Haufler A., (2000) *Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution*, DIW, Discussion paper 205;
- 16 Breyer F., Haufler A., (2000), *Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution*, DIW,
- 17 **Burcă A.M.(2013) *Study Regarding the Financing of Medical Services in România*, Ed. International Journal of Education and Research, vol.1 nr.11 Noiembrie.**
- 18 **Burcă A.M.(2013)*Romanian Medical Services Financing Alternatives and Quantitative Review of Literature*, Ed. STUDIA-Universitatea Babeș-Bolyai NEGOTIA vol 58-iunie;**
- 19 Carey D., Bradley Herring, Patrick Lenain, (2009), *Health Care Reform în the United States*, OECD Economics Department Working Papers No. 665, Health Care Reform în the United States Economics Department Working Paper No. 665, ECO/WKP;
- 20 Constantinescu D. , *Asigurările de sănătate*, Editura Mustang, București, 2007;
- 21 Cristea H., Corduneanu C., Pirtea M., Murgea A., Năchescu M., (2006), *Gestiunea financiară a societăților comerciale*, Editura Universității de Vest, Timișoara,
- 22 Deacon B. (1992), *The New Eastern Europe Social Policy, Past, Present, Future*, Editura Sage Publication, Londra;
- 23 Discussion paper 205, Apr.;
- 24 Dormontz B. , Milcent C., (2005), *How to regulate heterogenous hospitalsă*, *Journal of Economics & Management Strategy* Volume 14, Issue 3, pages 591–621, September;
- 25 Dragnea E., *Managementul strategic al asigurărilor sociale de sănătate* , teză de doctorat, Craiova, 2004;
- 26 Enăchescu D., Marcu M. (1998), *Sănătate publică și management sanitary*, Editura All, București
- 27 Ferge, Z. (1997), *Central European Perspective on the Social Quality of Europe*, The policy Press, The Social Quality of Europe, Brystol;

- 28 Fleurbaey M., Stéphane Luchini, Christophe Muller, Erik Schokkaert, (2010), *Equivalent income and the economic evaluation of health care*, Center for Operations Research and Econometrics, CORE, DISCUSSION PAPER;
- 29 Franck L., Annick Van Hyfte, Sarah Bogart, Stijn Vermoote, Alistair Hunt, (2008), *Environment related health costs in Flanders*, OECD Economics Department Working Papers 627, Aug.;
- 30 Frenk J. ,*The New Public Health*, Annual Review of Public Health, Vol. 14: 469 -490 (1993);
- 31 Gagauz O. *Imbătrânirea demografică a populației: tendințe și opțiuni*, Rev. AKADEMOS nr. 4 (27), dec 2012 - pag.82, editura Iași;
- 32 Giovanis, Eleftherios, (2010), *Health Expenditures in Greece: A Multiple Least Squares Regression and Cointegration Analysis Using Bootstrap Simulation in EViews*, Munich Personal RePEc Archive, MPRA Paper No. 22327, April;
- 33 Giurgiu A., (1995), *Mecanismul financiar al întreprinzătorului*, Editura Dacia, Cluj-Napoca;
- 34 Golinowska S., Ewa Kocot, Agnieszka Sowa, (2008), *Development of Scenarios for Health Expenditure in The new EU Member States: Bulgaria, Estonia, Hungary, Poland and Slovakia*, CASE Network Reports No. 77;
- 35 Greß S., Diana Delnoij and Peter Groenewegen, (2003), *Exit and Voice in Dutch Social Health Insurance*, CESifo DICE Report vol. 1;
- 36 Guillem L., David McDaidb, Joan Costa-Font, (2006), *Health Care Management Autonomy: Evidence from the Catalan Hospital Sector in a Decentralised Spain*, Department of Economics and Business, Universitat Pompeu Fabra, Economics Working Papers, 993, Nov.;
- 37 Guisan, M.Carmen, Arranz, Matilde, (2001), *Consumption Expenditure on Health and Education: Econometric Models and evolution of OECD countries in 1970-96*, University of Santiago de Compostela. Faculty of Economics. Econometrics\* Working Paper Series Economic Development. n° 50;
- 38 Hoel M., (2001), *Allocating health care resources when people are risk averse with respect to life time*, Health Economics Research programme at the University of Oslo, HERO - Working paper;

- 39 Hoel M., (2005), *Concerns for Equity and the Optimal Co-payments for Publicly Provided Health Care*, CESifo Working Paper NO. 1620 Categorz 1: Public Finance December;
- 40 Hoel M., (2005), *Cost-effectiveness analysis în the health sector when there is a private alternative to public treatment*, Health Economics Research programme at the University of Oslo, HERO - Working paper ;
- 41 Iben K. Nielsen, (2004), *SHA-Based Health Accounts în 13 OECD Countries - Country Studies - Denmark*, OECD Health Technical Papers No. 3, NAȚIONAL HEALTH ACCOUNTS 2000, Aug. ;
- 42 Institutul de Management al Serviciilor de Sănătate – Managementul Calității, (2000), *Îmbunătățirea continuă a calității serviciilor de sănătate*, București;
- 43 Ionescu I., *Rosul social și național al asigurărilor sociale de sănătate*, Buletinul oficial al Casei Centrale a Asigurărilor Sociale , 1942;
- 44 Joumard I., Christophe André, Chantal Nicq, (2010), *Health Care Systems, Efficiency and Institutions*, OECD Economics Department Working Papers No. 769, ECO/WKP;
- 45 Joumard I., Christophe André, Chantal Nicq, Olivier Chatal, (2008), *Health Status Determinants Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency*, OECD Economics Department Working Papers 627, Aug.;
- 46 Kacso G.,Burcă A.M.,(2010)*HDR Brachytherapy a cost-efficiency perspective, Journal of Radiotherapy & Medical Oncology , vol.XVI,Supplement;***
- 47 Leon I.N., (1925), *Elemente de știință financiară*, vol. I, Cluj, p 310;
- 48 Manno M., Mihalyne Hajdu, (2004), *SHA-Based Health Accounts în 13 OECD Countries - Country Studies - Hungary*, OECD Health Technical Papers No. 5, NAȚIONAL HEALTH ACCOUNTS 2001, DELSA/ELSA/WD/HTP;
- 49 Mihuț L., B. Lauritzen (1999) *Modele de politici sociale*, Editura Didactică și Pedagogică București;
- 50 Nicolas R. Ziebarth, (2011), *Assessing the Effectiveness of Health Care Cost Containment Measures*, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, DIW SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research, Berlin January;
- 51 Nistor I., (2004), *Teorie și practică în finanțarea întreprinderilor*, Editura Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca;

- 52 Nistor I., (2008), *Sisteme de sănătate – studiu comparativ, în vol. Reforma sistemului asigurărilor sociale din România în vederea aderării la Uniunea Europeană*”, Editura Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca;
- 53 Nistor I., Botoș V., (2006), *Research regarding the annual results of the activity and influence upon equity*, STUDIA UNIVERSITATIS BABEȘ-BOLYAI, Cluj-Napoca;
- 54 Nistor I., Ciumaș C., Văidean V.L., (2008), *Financing health care în the USA*, Internațional Conference on Economics, Law and Management ICELM 3, June 4-7, 2008, Târgu-Mureș;
- 55 Nistor I., Cristina Ciumaș, (2008), *Reforma sistemului asigurărilor sociale din România în vederea aderării la Uniunea Europeană*;
- 56 Nistor I., Ulici Maria, (2009), *The financial Crisis and The Impact Over The Sectors of Economy*, Analele Universității din Oradea – Științe Economice;
- 57 Olof J.S., (2010), *Health Investments Under Risk and Ambiguity*, University of Gothenburg, WORKING PAPERS ÎN ECONOMICS 443, May;
- 58 Pirtea M., Cristea H., Cristina Nicolescu, Claudiu Boțoc, (2010), *Managementul financiar al companiei*, Editura Mirton, Timișoara, 506 pag.,
- 59 Popescu L. (2004) *Politicile sociale est-europene între paralelism de stat și responsabilitate individuală*, Cluj-Napoca, pp 25-26;
- 60 Porcelli F. (2009), *Effects of Fiscal Decentralisation and Electoral Accountability on Government Efficiency Evidence from the Italian Health Care Sector*, The Barcelona Institute of Economics (IEB), Documents de Treball de l'IEB;
- 61 Radu Paul, (1999), *Principiile solidarității și subsidiarității în Asigurările de Sănătate din România*, Management în Sănătate, nr. 2;
- 62 Rebeleanu – Berecz A. (2007), *Politicile în domeniul sănătății în contextul reformei sociale în România*, Editura Presa Universitară Clujană, Cluj-Napoca, pp 8-9;
- 63 Scherer P., Marion Devaux, (2009), *The Challenge of Financing Health Care în the Current Crisis* an, OECD Health Working Papers No. 49, OECD Health Working Papers, DELSA/HEA/WD/HWP;
- 64 Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar (2006), *Managementul spitalului*, Ed.Public H Press, București

- 65 Șeulean V., (2010), *Protecție și asigurări sociale*, Timișoara, Editura Universității de Vest,
- 66 Șeulean V., Blidiș R. (2009), *Finanțele instituțiilor publice*, Timișoara, Editura Universității de Vest;
- 67 Sherry A. Glied, (2008), *Health Care Financing, Efficiency and equity*, Working Paper nr. 13881, USA;
- 68 Smith M. (2003), *Research methods în accounting*, Sage Publications, Londra, UK, p 17;
- 69 Suppanz H., (2008), *Improving Cost-Effectiveness în the Health Care Sector în Iceland*, OECD Economics Department Working Papers with number 645, Oct;
- 70 Zifonun N., (2004), *SHA-Based Health Accounts în 13 OECD Countries - Country Studies – Germany*, OECD Health Technical Papers No. 4, Național Health Accounts 2001, Aug.;
- 71 Articole științifice - Anexa 1

Acte normative:

- 1 Constituția Organizației Mondiale a Sănătății din 1947;
- 2 Legea 95/2006, Legea privind reforma în domeniul sănătății; Monitorul Oficial nr. 372/28.04.2006, Partea I;
- 3 Legea 145 din 24 iulie 1997, Legea asigurărilor de sănătate; Monitorul Oficial nr. 178/31.07.1997;
- 4 Hotărârea 1389/28.12.2010 pentru aprobarea Contractul Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011 – 2012, publicat în Monitorul Oficial nr. 895/30.12.2010.
- 5 Ordinul nr. 1043/2010 privind aprobarea Normelor Metodologice pentru aprobarea bugetului de venituri și cheltuieli ale spitalului public, Monitorul Oficial nr. 529 /29.07.2010;
- 6 Ordinul nr. 1490/27.08.2008 pentru aprobarea metodologiei de calcul a indicatorilor de performanță ai managementului spitalului, publicat în Monitorul Oficial nr. 628/29.08.2008;

- 7 Ordinul nr. 112/22.01.2007, privind criteriile de performanță în baza cărora contractul de management poate fi prelungit sau poate înceta înainte de termen, Monitorul Oficial nr. 101/09.02.2007;
- 8 Ordinul 1917/12.12.2005, pentru aprobarea Normelor Metodologice privind organizarea și conducerea contabilității instituțiilor publice, planuri de conturi pentru instituții publice și instrucțiuni de aplicare a acestuia, Monitorul Oficial nr 1186/29.12.2005;
- 9 Ordinul nr. 1954/16.12.2005 pentru aprobarea Clasificației indicatorilor privind finanțele publice, Monitorul Oficial nr. 1176/27.12.2005;
- 10 Ordinul ministrului sănătății număr 323/2011 privind aprobarea metodologiei și a criteriilor minime obligatorii pentru clasificarea spitalelor în funcție de competență;
- 11 Ordin 988/1193/2016 al ministrului sănătății și al președintelui CNAS privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a Hotărârii Guvernului număr 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a contractului cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016-2017.

#### Bibliografie electronică:

- 1 [ec.europa.eu/health/systems\\_performance\\_assessment/indicators/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/indicators/index_en.htm);
- 2 [http://apps.who.int/whosis/database/core/core\\_select.cfm](http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm);
- 3 <http://dipeco.economia.unimib.it/confpoleco/papers/Porcelli.pdf>;
- 4 <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/11967>;
- 5 <http://dx.doi.org/10.1787/5kmp51f5f9t-en>;
- 6 [http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi\\_40.pdf](http://ec.europa.eu/health/indicators/docs/echi_40.pdf);
- 7 <http://econpapers.repec.org/paper/hhsgunwpe/0443.htm>;
- 8 <http://ideas.repec.org/a/oup/cesifo/v52y2006i3p500-512.html>;
- 9 <http://ideas.repec.org/a/wly/hlthec/v12y2003i7p601-608.html>;
- 10 [http://ideas.repec.org/p/ces/ceswps/\\_1620.html](http://ideas.repec.org/p/ces/ceswps/_1620.html);
- 11 [http://ideas.repec.org/p/diw/diwsop/diw\\_sp352.html](http://ideas.repec.org/p/diw/diwsop/diw_sp352.html);
- 12 <http://ideas.repec.org/p/eea/ecodev/50.html>;



- 13 <http://ideas.repec.org/p/ise/isegwp/wp72008.html>;
- 14 <http://ideas.repec.org/p/lec/leecon/09-5.html>;
- 15 <http://ideas.repec.org/p/oec/ecoaaa/627-en.html>;
- 16 <http://ideas.repec.org/p/oec/ecoaaa/645-en.html>;
- 17 <http://ideas.repec.org/p/pramprapa/8100.html>;
- 18 <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/20048/>;
- 19 <http://mpra.ub.uni-muenchen.de/22327/>;
- 20 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1530-9134.2005.00075.x/full>;
- 21 [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1595922](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1595922);
- 22 [http://saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2009/03/risorse\\_crisi\\_health\\_care\\_reform\\_oecd.pdf](http://saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2009/03/risorse_crisi_health_care_reform_oecd.pdf);
- 23 [http://www.cesifo-group.de/portal/page/portal/DocBase\\_Content/ZS/ZS-ESifo\\_DICE\\_Report/zs-dice-003/zs-dice-2003-3/dicereport3-03-reform-models-2.pdf](http://www.cesifo-group.de/portal/page/portal/DocBase_Content/ZS/ZS-ESifo_DICE_Report/zs-dice-003/zs-dice-2003-3/dicereport3-03-reform-models-2.pdf);
- 24 <http://www.cmj.hr/2002/43/4/12187523.pdf>;
- 25 <http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/993.pdf>;
- 26 [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sha-based-health-accounts-in-13-oecd-countries-country-studies-denmark\\_345241776865](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sha-based-health-accounts-in-13-oecd-countries-country-studies-denmark_345241776865);
- 27 [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sha-based-health-accounts-in-13-oecd-countries-country-studies-germany\\_353378157367](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sha-based-health-accounts-in-13-oecd-countries-country-studies-germany_353378157367)
- 28 [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-challenge-of-financing-health-care-in-the-current-crisis\\_5kmfkgr0nb20-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-challenge-of-financing-health-care-in-the-current-crisis_5kmfkgr0nb20-en);
- 29 <http://www.pasos.org/www-pasosmembers-org/publications/development-of-scenarios-for-health-expenditure-in-the-new-eu-member-states-bulgaria-estonia-hungary-poland-and-slovakia>;
- 30 <http://www.springerlink.com/content/j211306w2560754q/>;
- 31 <http://www.upo.es/econ/seminars/Fleurbaey.pdf>;
- 32 [www.oecd.org/els/health/technicalpapers](http://www.oecd.org/els/health/technicalpapers);

## Activități științifice:

1. Poster, Zilele Institutului Oncologic “Prof.Dr.I.Chiricuță” – Cluj-Napoca, 2009;
2. Work-shop, *“Budget and allocations possibilities to move from one to another allocation, payment: when and amount, reports, rest of amount”*- Oslo, 18 septembrie 2014;
3. Work-shop, Conferința de lansare a proiectului: *“CerCcROM - Controlul Cancerului de Col uterin în rândul populației Rome și a altor grupuri defavorizate din regiunea de Nord-Vest a României - desfășurat în Institutul Oncologic ”Prof. Dr. Ion Chiricuță”, în parteneriat cu Registrul de Cancer din Norvegia”* – Cluj-Napoca, România- 16 octombrie 2014;
4. Prezentare *“Cervical Cancer for Roma And Other Disadvantaged Groups in North-Western of Romanian”* -ENCR Scientific Miting & General Assemblay, ISPRA, Italy, 12-14 Noiembrie 2014;
5. Prezentare *“Bugetul CEDICROM-reguli și activități financiare”*Conferința de lansare a proiectului *“CEDICROM – ”Creșterea capacității sectorului de sănătate românesc să pună în aplicare programe de screening organizat pentru cancerul adecvat la intervenții de detectare precoce eficiente”* – Cluj-Napoca, România- 27 martie 2015;

## Cuvinte cheie:

cheltuieli cu sănătatea, cheltuieli, cost pe zi de spitalizare, diagnostic incipient, finanțare, grup relativ de diagnostice, indicatori financiari, indicatori medicali, indice de case-mix, număr de decese, performanță în sănătate, prag de sărăcie, produs intern brut, rata mortalității, servicii medicale în spitalizarea continuă, servicii medicale în spitalizarea de zi, servicii medicale, sistem de sănătate, spital, speranța de viață, stare de sănătate, unități sanitare cu paturi, venituri,