

**ŞCOALA DOCTORALĂ INTERDISCIPLINARĂ**

**Facultatea de Ştiinţe Economice şi Administrarea Afacerilor**

**Valentin Marian ANTOHI**

**Analiza finanţării serviciilor medicale  
şi efectele asupra performanţei  
sistemului de sănătate din România  
Analysis of the financing of health  
services and the effects on the  
performance of the health system in  
Romania**

**REZUMAT**

**Conducător ştiinţific**

**Prof. univ. dr. ec. habil. Marius Sorin DINCĂ**

**BRAŞOV, 2024**



Valentin Marian ANTOHI

# TEZĂ DE DOCTORAT

TITLU (română): Analiza finanţării serviciilor medicale şi efectele asupra performanţei sistemului de sănătate din România

TITLU (engleză): Analysis of the financing of health services and the effects on the performance of the health system in Romania

Domeniul de doctorat: Finanţe

Comisia de susţinere:

Prof.dr. ....	Preşedinte, Universitatea Transilvania din Braşov
Prof.dr. ....	Conducător ştiinţific, Universitatea Transilvania din Braşov
Prof.dr. ....	Referent oficial, Universitatea/Instituţia.....
Prof.dr. ....	Referent oficial, Universitatea/ Instituţia.....
Prof.dr. ....	Referent oficial, Universitatea/ Instituţia.....



## Cuprins

1. Cuprinsul tezei de doctorat.....	4
2. Tema tezei de doctorat și domeniul/domeniile în care se încadrează .....	7
3. Obiectivele tezei de doctorat .....	9
4. Metodologia de cercetare .....	10
5. Structura tezei de doctorat.....	10
6. Concluzii finale. Contribuții originale. Recomandări și relevanța cercetării. Limitele cercetării. Direcții viitoare de cercetare.....	16
6.1. Concluzii finale .....	16
6.2. Contribuții originale .....	27
6.3. Relevanța cercetării și recomandări .....	30
6.4. Limitele cercetării .....	32
6.5. Direcții viitoare de cercetare.....	33

## 1. Cuprinsul tezei de doctorat

Lista de abrevieri.....	3
Lista Figurilor.....	6
Lista Tabelelor.....	12
Rezumat.....	15
Abstract.....	17
Introducere.....	19
<b>1. CAPITOLUL 1. Studiu privind evoluția sănătății publice din perspectiva dezvoltării sistemelor de sănătate la nivel internațional.....</b>	<b>24</b>
1.1. Sănătatea publică în contextul noilor provocări globale.....	24
1.2. Statusul sănătății publice la nivel european în funcție de valoarea indicelui Regulamentului sanitar internațional.....	36
1.3. Perspective privind evoluția sănătății publice în raport cu strategiile de dezvoltare a sistemelor de sănătate prin cele 13 capacități ale Regulamentului sanitar internațional (RSI).....	53
1.4. Studiu privind starea sănătății populației pe un eșantion de 6 state membre ale Uniunii Europene.....	58
1.5. Dinamica demografică a populației din cele 6 State membre analizate.....	68
1.6. Studiu privind accesul la servicii a populației din cele 6 State Membre ale Uniunii Europene.....	73
1.7. Sinteza capitolului 1.....	78
<b>2.CAPITOLUL 2. Delimitări conceptuale privind nevoia de finanțare a sistemelor publice de sănătate.....</b>	<b>82</b>
2.1. Evoluția modelelor de finanțare în raport cu nevoia de finanțare a sistemelor publice de sănătate.....	82
2.2. Analiză comparativă a sistemelor de sănătate din Europa.....	94
2.3. Modelarea simulativă a diferențelor dintre principalele surse de finanțare ale sistemelor de sănătate europene.....	112
2.4. Sinteza capitolului 2.....	132
<b>3.CAPITOLUL 3. Abordări privind finanțarea sănătății publice la nivel internațional și național.....</b>	<b>134</b>



3.1. Provocări și oportunități privind finanțarea sănătății publice.....	134
3.2. Taxonomia finanțării sistemelor publice de sănătate.....	141
3.3. Tranziția către o acoperire universală echitabilă a sănătății publice.....	146
3.4. Sinteza capitolului 3 .....	153
<b>4.CAPITOLUL 4. Analiza finanțării sistemelor publice de sănătate la nivel internațional și național.....</b>	<b>157</b>
4.1. Scurt istoric al dezvoltării mecanismelor de finanțare prin intermediul unui sistem omogen standardizat.....	157
4.2. Elementele componente ale finanțării sistemului public de sănătate .....	164
4.3. Analiza stratificat dinamică a cheltuielilor totale de sănătate în funcție de schemele de finanțare.....	172
4.4. Aspecte privind finanțarea sănătății publice pe baza Sistemului Conturilor de Sănătate în România.....	192
4.5. Analiza finanțării sistemului public de sănătate din România.....	212
4.6. Sinteza capitolului 4 .....	228
<b>5.CAPITOLUL 5. Analiza eficienței finanțării sistemului de sănătate din România.....</b>	<b>233</b>
5.1. Aspecte conceptuale privind eficiența finanțării sistemelor de sănătate .....	233
5.2. Măsurarea eficienței indicatorilor de rezultat specifici sistemelor de sănătate .....	245
5.3. Determinarea eficienței sistemului de sănătate românesc prin metoda analizei datelor asociate în context european.....	271
5.4. Sinteza capitolului 5 .....	297
<b>6.CAPITOLUL 6. Implicațiile socio-economice și de sănătate asupra speranței de viață și echilibrului financiar al sistemelor de sănătate în Uniunea Europeană și România.....</b>	<b>299</b>
6.1. Analiză comparativă a impactului factorilor socio-economici, de sănătate și de mediu asupra Speranței de viață la naștere în Uniunea Europeană prin utilizarea datelor de tip panel.....	300
6.2. Determinarea corelativă a echilibrului financiar al sistemului de sănătate din România.....	335
6.3. Sinteza capitolului 6 .....	348
<b>7.CAPITOLUL 7. Concluzii finale. Contribuții originale. Recomandări. Direcții viitoare de cercetare.....</b>	<b>353</b>



7.1. Concluzii finale.....	353
7.2. Contribuţii originale.....	363
7.3. Recomandări.....	366
7.4. Limitele cercetării.....	368
7.5. Direcţii viitoare de cercetare.....	369
<b>Bibliografie .....</b>	<b>370</b>
<b>Lista de lucrări .....</b>	<b>407</b>
<b>Declaraţie de autenticitate .....</b>	<b>421</b>

## 2. Tema tezei de doctorat și domeniul/domeniile în care se încadrează

Una dintre cele mai mari provocări cu care se confruntă sistemul de sănătate din România este finanțarea insuficientă a serviciilor medicale. Această problemă are un impact semnificativ asupra performanței sistemului și afectează în mod direct calitatea îngrijirii medicale oferite populației. O finanțare adecvată și sustenabilă este esențială pentru a asigura un sistem de sănătate eficient și de calitate într-o societate. Aceasta ar trebui să fie o prioritate pentru guvernele și autoritățile responsabile, deoarece sănătatea este un drept fundamental al fiecărui individ. Investițiile în sistemul de sănătate ar trebui să fie văzute ca investiții în bunăstarea și prosperitatea întregii comunități.

Alegerea temei cu titlul: *Analiza finanțării serviciilor medicale și efectele asupra performanței sistemului de sănătate din România*, este una extrem de relevantă în contextul actual al sistemului de sănătate din țara noastră, având în vedere că finanțarea serviciilor medicale reprezintă un aspect important pentru asigurarea accesului la servicii de calitate pentru populație. Aceasta se încadrează perfect în domeniul de doctorat Finanțe, deoarece analizează aspectele financiare și economice ale sistemului de sănătate. Prin examinarea modului în care serviciile medicale sunt finanțate și impactul acestora asupra performanței sistemului, se poate obține o înțelegere mai profundă a problemelor financiare cu care se confruntă sistemul de sănătate din România și se pot identifica soluții pentru îmbunătățirea acestuia. Analiza finanțării serviciilor medicale și efectele asupra performanței sistemului de sănătate poate furniza informații importante pentru luarea deciziilor în ceea ce privește alocarea resurselor financiare și îmbunătățirea eficienței sistemului.

Demersul științific privind analiza sistemului actual de finanțare se fundamentează pe contextul actual asupra căruia planează o presiune fără precedent, pe fondul crizelor economice multiple ce au urmat crizei pandemice și care a vulnerabilizat sistemul public de sănătate din România suficient de mult pentru a determina schimbarea perspectivei de finanțare până la reevaluarea costurilor cu sănătatea pe fiecare componentă a Sistemului Conturilor de Sănătate, pentru a asigura o performanță optimă și sustenabilă.

Un efect semnificativ al actualului sistem de finanțare a serviciilor medicale din România este alocarea inadecvată a resurselor. Finanțarea limitată a condus la lipsa de echipamente medicale esențiale, la infrastructură învechită și la o lipsă de profesioniști din domeniul sănătății. Acest lucru a avut un impact direct asupra calității serviciilor de asistență medicală și a dus la timpi de așteptare mai lungi, la un acces redus la tratamente specializate și la o nemulțumire generală în rândul pacienților. În plus, actualul sistem de finanțare a contribuit, de asemenea, la distribuția inegală a serviciilor de asistență medicală în diferite regiuni ale țării. Zonele rurale, în special, au fost afectate în mod disproporționat, având un acces limitat la unitățile de asistență medicală și la un deficit de personal medical. Această disparitate în ceea ce privește disponibilitatea asistenței medicale a mărit decalajul dintre populațiile urbane și rurale, ceea ce a dus la creșterea inegalităților în materie de sănătate.

Actualul sistem de finanțare se bazează în mare măsură pe plățile din buzunar, ceea ce reprezintă o povară financiară pentru persoane, în special pentru cele cu venituri mici. Acest lucru a dus la faptul că multe persoane au renunțat la tratamentele medicale necesare sau au căutat opțiuni alternative, adesea inadecvate, de asistență medicală. Dependența de finanțarea privată a dus, de asemenea, la comercializarea serviciilor de asistență medicală, ceea ce a exacerbă și mai mult inegalitățile în ceea ce privește accesul și calitatea asistenței medicale.

Pentru a aborda aceste probleme, este necesară o reformă cuprinzătoare a sistemului de finanțare a serviciilor medicale din România. Aceasta ar trebui să implice o trecere la modele de finanțare mai echitabile și mai durabile, cum ar fi creșterea finanțării guvernamentale, sisteme bazate pe asigurări sau o combinație a celor două. Ar trebui să se pună accentul pe investiții în infrastructura de asistență medicală, pe îmbunătățirea educației medicale și pe stimularea profesioniștilor din domeniul sănătății pentru a lucra în zonele insuficient deservite. Prin abordarea deficiențelor sistemului actual de finanțare, România poate tinde spre un sistem de sănătate mai rezistent și mai eficient, care să asigure accesul egal la asistență medicală de calitate pentru toți cetățenii săi.

Tema propusă este de actualitate și se încadrează în preocupările internaționale în domeniu, deoarece cheltuielile în sănătate au crescut semnificativ în ultimii ani, iar mulți oameni nu au acces la servicii medicale de calitate. Acest lucru creează inegalități și inechități în ceea ce privește accesul la îngrijirea medicală, ceea ce poate avea consecințe grave asupra sănătății și bunăstării populației. Guvernele și organizațiile internaționale lucrează în prezent la identificarea și implementarea soluțiilor care să asigure un acces echitabil și universal la serviciile medicale, în special pentru populațiile vulnerabile și defavorizate. De asemenea, există eforturi considerabile pentru a reduce costurile în domeniul sănătății și a îmbunătăți eficiența sistemelor de sănătate, astfel încât să se poată face față creșterii cererii și să se asigure sustenabilitatea financiară a acestora. Aceste eforturi includ promovarea tehnologiilor medicale inovatoare, dezvoltarea programelor de prevenție și educație în sănătate, precum și îmbunătățirea infrastructurii și a capacității de gestionare a serviciilor medicale. Se pune un accent deosebit pe promovarea colaborării între state și între organizații din domeniul sănătății, în vederea schimbului de bune practici și a dezvoltării unor politici comune. Toate aceste măsuri au ca scop final îmbunătățirea accesului și a calității serviciilor medicale, astfel încât fiecare individ să poată beneficia de îngrijirea de care are nevoie, indiferent de statutul socio-economic. Cercetarea științifică joacă un rol important în această direcție, contribuind la dezvoltarea de noi tratamente și tehnologii medicale, precum și la identificarea și prevenirea unor afecțiuni grave. Aceste eforturi științifice în domeniul sănătății ajută la fundamentarea politicilor și strategiilor de sănătate publică, oferind date și informații relevante pentru luarea deciziilor în acest domeniu. Prin investiții în cercetare, se urmărește îmbunătățirea continuă a sistemului de sănătate, garantând o abordare bazată pe dovezi științifice și îmbunătățind rezultatele terapeutice pentru pacienți.

Noua optică privind eficiența managerială motivează această cercetare care are ca *scop* abordarea analitică privind finanțarea sănătății publice în context larg, dar și abordarea analitică privind finanțarea prin intermediul Sistemului Conturilor de Sănătate, în vederea identificării deficiențelor în finanțarea sistemului românesc de sănătate și identificarea unor propuneri pertinente de remediere a acestor deficiențe.

*Problema de cercetare* pornește de la premisa că în condiții de diferențiere financiară, unele modele și metode se pot evidenția ca fiind performante, generând opțiuni de asimilare din partea unor state precum România, care odată cu schimbarea paradigmei economice și trecerea la economia de piață, a trebuit să adopte performanța în sănătate ca unic garant al unei funcționalități eficiente a sistemului național sincopat și ineficient.

*Întrebarea de cercetare* constă în premisa de performanță, respectiv, *poate fi efectuată o ajustare viabilă a sistemului de sănătate publică în România astfel încât să permită reducerea disparității*



*statusului sănătăţii publice în raport cu performanţele altor sisteme de sănătate din Europa mai evaluate?*

Noutatea prezentei cercetări îşi propune să evidenţieze relaţiile cauzale insuficient identificate şi analizate, pentru a remedia dezechilibrele financiare din domeniul sănătăţii. Cercetarea îşi propune să aducă noi perspective şi abordări în identificarea şi analiza cauzelor care stau la baza dezechilibrelor financiare din sistemul de sănătate. Prin identificarea corectă a acestor relaţii cauzale, se poate interveni eficient în remediarea problemelor şi în asigurarea unei gestionări mai eficiente a resurselor financiare. Această cercetare are potenţialul de a aduce soluţii inovatoare şi sustenabile în domeniul sănătăţii, contribuind astfel la îmbunătăţirea calităţii serviciilor medicale oferite şi la reducerea inegalităţilor financiare în sistemul de sănătate. De asemenea, această cercetare are ca scop dezvoltarea unor modele de analiză care să permită evaluarea eficienţei finanţării sistemului de sănătate. Prin aplicarea acestor modele, se poate identifica eficienţa şi impactul financiar al măsurilor luate în domeniul sănătăţii, facilitând astfel luarea deciziilor informate şi optimizarea utilizării resurselor disponibile. În final, rezultatele acestei cercetări ar putea fi utilizate pentru elaborarea şi implementarea unor politici publice mai eficiente şi sustenabile în domeniul sănătăţii, având un impact pozitiv asupra societăţii în ansamblu.

### **3. Obiectivele tezei de doctorat**

În România anul 2023 a debutat cu modificarea mecanismelor de finanţare în sensul recentrării obiectivelor sanitare pe eficienţa actului medical, fiind abandonate unele din principiile sănătoase aplicate în timpul pandemiei, respectiv orientarea către calitatea serviciului medical şi dezvoltarea finanţării în acord cu nevoia de servicii medicale ale populaţiei. În mediul spitalicesc această schimbare a opticii a declanşat modificări ale abordării strategiilor de prestare a serviciilor medicale în sensul creşterii cantităţii acestora cu diminuarea timpului mediu de consultaţie pe pacient şi cu restrângerea ariei de oferire a serviciilor interclinice. Noua optică privind eficienţa managerială motivează abordarea analitică privind finanţarea sănătăţii publice în context larg, dar şi abordarea analitică privind finanţarea prin intermediul Sistemului Conturilor de Sănătate.

Demersul ştiinţific se fundamentează pe următoarele obiective ale cercetării, având ca *scop identificarea vulnerabilităţilor managementului financiar în sănătate şi determinarea eficienţei sistemului de sănătate din România în vederea îmbunătăţirii performanţei acestuia:*

- Obiectivul 1: *Realizarea unui studiu al evoluţiei sănătăţii publice din perspectiva dezvoltării sistemelor de sănătate la nivel internaţional*
- Obiectivul 2: *Determinarea nevoii diferenţiate de finanţare a sistemelor publice de sănătate.*
- Obiectivul 3: *Modelarea simulativă a diferenţelor dintre principalele surse de finanţare ale sistemelor de sănătate europene;*
- Obiectivul 4: *Analiza principalelor abordări privind finanţarea sănătăţii publice la nivel internaţional şi naţional;*
- Obiectivul 5: *Realizarea unui tablou diagnostic pe baza analizei stratificat dinamice a finanţării sistemului public din România pornind de la schemele de finanţare a sănătăţii;*
- Obiectivul 6: *Realizarea unei analize critice a finanţării sănătăţii publice din România prin intermediul Sistemului Conturilor de Sănătate;*
- Obiectivul 7: *Determinarea în context european a eficienţei sistemului de sănătate românesc prin metoda analizei datelor asociate*

- Obiectivul 8: *Investigarea impactului factorilor socio-economici, de sănătate și de mediu asupra speranței de viață la naștere în țările Uniunii Europene, utilizând o analiză comparativă a datelor de tip panel pentru a identifica și cuantifica relațiile cauzale și contribuțiile specifice ale fiecărui factor în modelarea speranței de viață la naștere;*
- Obiectivul 9: *Determinarea corelativă a echilibrului financiar al sistemului de sănătate din România.*

#### **4. Metodologia de cercetare**

În realizarea acestei cercetări au fost utilizate abordări științifice empirice și analitice, fiind realizat un studiu extins al literaturii de specialitate, constând în recenzia și sistematizarea a unui număr de peste 531 de lucrări de specialitate, utilizându-se diagrame de coocurență a temelor de cercetare recenzate și analiză clusterială a domeniilor conexe, abordarea având un caracter interdisciplinar care îmbină noțiuni și concepte financiare, de management sanitar, de eficiență și performanță organizațională. Astfel, au fost identificate și analizate tendințele actuale în domeniul cercetării, precum și factorii care influențează rezultatele și performanța în aceste domenii. Metodele analitice constau în analiza extinsă a bazelor de date publice oferite de Organizația Mondială a Sănătății, Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică, Eurostat, Ministerul Finanțelor din România, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, calculul statisticilor descriptive, aplicarea procedeeleor de modelare econometrică, utilizarea softurilor statistice dedicate precum SPSS, versiunea 25, DEA online, VOSviewer. Prin intermediul acestor baze de date și softuri, s-au obținut date actualizate și precise cu privire la indicatori cheie, precum cheltuielile în sănătate, performanța sistemelor de sănătate sau evoluția sistemului de sănătate românesc în cadrul economiei. Utilizarea procedeeleor de modelare econometrică și a softurilor statistice au permis realizarea de previziuni și identificarea relațiilor și tendințelor relevante pentru luarea deciziilor și dezvoltarea politicilor în domeniul sănătății și finanțării acesteia. S-au aplicat procedee de analiză, sinteză, comparare și diseminare a datelor, rezultatele fiind supuse procesului de verificare prin intermediul testelor statistice. Astfel, s-au identificat tendințe și modele în datele colectate, iar prin sinteză s-au elaborat concluzii și recomandări. Prin compararea datelor cu studii similare, s-a evaluat relevanța și importanța rezultatelor obținute. Ulterior, datele și concluziile au fost diseminate prin intermediul concluziilor, participărilor la conferințe și publicarea ce articole științifice, asigurându-se astfel că informațiile sunt accesibile și că pot fi utilizate în procesul decizional. Verificarea prin teste statistice a validat rezultatele și a confirmat faptul că analiza și sinteza datelor au fost realizate în mod riguros și obiectiv.

#### **5. Structura tezei de doctorat**

Teza este structurată pe 6 capitole, un capitol de concluzii, contribuții originale, recomandări și direcții viitoare de cercetare, utilizând un număr de 531 de referințe bibliografice din literatura de specialitate și un număr de 599 de trimiteri către aceasta.

*În capitolul 1* am realizat un studiu al evoluției sănătății publice din perspectiva dezvoltării sistemelor de sănătate la nivel internațional prin prezentarea sănătății publice în contextul noilor provocări globale și europene (Obiectivul nr. 1 al cercetării), și am realizat un tablou al serviciilor esențiale de sănătate publică și a funcțiilor sănătății publice pe baza literaturii de specialitate. Am adus în discuție determinanții stării de sănătate și capacitățile *Regulamentului sanitar internațional (RSI)*. Analiza a integrat conceptul de sănătate publică în optica actuală consolidată a viitorului durabil și sănătos.

Totodată, am realizat o trecere în revistă a viziunii europene pentru sănătate așa cum este aceasta transpusă în *Tratatul privind funcționarea Uniunii Europene* din anul 2012. Contribuția personală la acest capitol este concretizată prin realizarea a șase diagrame ale implementării RSI în ceea ce privește statele din eșantionul studiat, diagramele fiind polarizate pe evidențierea capacităților îmbunătățite și a riscurilor aferente fiecărui sistem de sănătate publică. Tot în acest capitol am analizat starea de sănătate a populației pentru un eșantion selectat de șase state membre (Bulgaria, Germania, Italia, Letonia, România și Spania), pornind de la premisa identificării itemilor de evaluare a stării de sănătate și cartografierea dinamicii itemilor în perioada 2010 – 2021 la nivelul eșantionului selectat. De asemenea, am prezentat o dinamică demografică a populației în cele șase state membre analizate pe baza datelor publice puse la dispoziție de Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE). Studiul a continuat cu analiza privind statusul economic din perspectiva accesului la servicii medicale.

În contextul vulnerabilității sistemelor de sănătate, așa cum arătat mai sus, rolul Uniunii Europene prin aplicarea unei politici de sănătate unitară la nivel european, devine unul major, obiectivele de politică în domeniul sănătății publice fiind clar definite și vizând următoarele domenii:

- protejarea și îmbunătățirea sănătății cetățenilor UE;
- sprijinirea modernizării infrastructurii sanitare;
- îmbunătățirea eficienței sistemelor de sănătate ale Europei;
- consolidarea măsurilor de pregătire și răspuns la amenințările transfrontaliere pentru sănătate.

În *capitolul 2* am prezentat abordări conceptuale privind nevoia de finanțare a sistemelor publice de sănătate (Obiectivul nr. 2 al cercetării). Acest capitol prezintă succint evoluția celor șase modele de finanțare ale sistemelor de sănătate din lume, respectiv: *Beveridge*, *Bismarck*, modelul de economii obligatorii pentru sănătate, modelul asigurărilor private de sănătate, modelul *out-of-pocket* și modelul *Semashko*. Am realizat o analiză comparativă a sistemelor de sănătate europene (cu referință la cele șase state membre analizate în Capitolul 1, analiză care va sta la baza unei contribuții personale respectiv modelarea simulativă a diferențelor dintre principalele surse de finanțare din România și celelalte cinci state membre analizate (Obiectivul nr. 3 al cercetării), pe baza datelor publice prezentate de Organizația Mondială a Sănătății.

Sănătatea este în prezent în topul agendelor politice internaționale. Sunt depuse eforturi ale comunității globale de reducere a sărăciei și promovare a obiectivelor de dezvoltare durabilă care determină creșteri semnificative ale finanțării asistenței medicale la nivel global, regional și național. Diferențele dintre țările bogate și cele sărace în ceea ce privește costurile și nevoile de asistență medicală, precum și inegalitățile de finanțare afectează populațiile vulnerabile și împiedică alegerea celui mai eficient sistem de asigurări de sănătate.

În *capitolul 3* am realizat cercetarea principalelor abordări cu referire la finanțarea sănătății publice la nivel internațional și național, aspecte care fac referire la Obiectivul 4 al cercetării. Contribuția personală a constat în evidențierea principalelor oportunități și amenințări ale sistemelor de sănătate, și în realizarea unei previziuni a modificărilor viitoare în sistemele de sănătate. Am abordat sub aspect critic și conceptual taxonomia finanțării sistemelor publice de sănătate cu accente asupra principalelor elemente de organizare bugetară și relațiilor dintre cererea de servicii medicale, nevoia de finanțare și elementele actuale care definesc sistemele de sănătate. Tot în cadrul acestui capitol am abordat

conceptul privind acoperirea universală a sănătăţii din perspectiva sa prioritară ca mijloc de promovare a sănătăţii şi bunăstării şi de asigurare a protecţiei sociale pentru toţi.

*În capitolul 4* am realizat un scurt periplu istoric al dezvoltării mecanismelor de finanţare prin intermediul unui sistem omogen standardizat. Tot în acest capitol am realizat analiza stratificat dinamică a cheltuielilor totale de îngrijire a sănătăţii, analiza stratificat dinamică a cheltuielilor aferente schemelor guvernamentale şi schemelor contributive obligatorii de finanţare a asistenţei medicale, analiza stratificat dinamică a cheltuielilor voluntare de plată a asistenţei medicale şi analiza stratificat dinamică a cheltuielilor private pentru îngrijirea sănătăţii. Demersul analitic răspunde Obiectivului 5 al cercetării. Contribuţia personală constă în realizarea procedurilor de analiză statistică pentru evidenţierea tabloului diagnostic al finanţării sistemului public de sănătate din România prin comparaţie cu media europeană şi cele mai dezvoltate sisteme publice de sănătate europene pe baza schemelor de finanţare stabilite prin intermediul Sistemului Conturilor de Sănătate. A fost realizată o analiză critică a finanţării sănătăţii publice în România prin intermediul Sistemului Conturilor de Sănătate, răspunzând astfel Obiectivului 6 al cercetării. Am prezentat aspecte privind finanţarea sănătăţii în acord cu Sistemul Conturilor de Sănătate, şi am realizat, ca şi contribuţie personală o analiză a finanţării sistemului public de sănătate din România.

Studiul efectuat în acest capitol a scos în evidenţă că acoperirea universală a sănătăţii poate fi sprijinită de cheltuielile pentru sănătate, iar monitorizarea financiară poate contribui la eficacitatea, eficienţa, echitatea şi responsabilizarea tuturor părţilor interesate. Monitorizarea finanţelor din domeniul sănătăţii a avut drept scop îmbunătăţirea strategiilor de realizare a veniturilor şi de alocare a resurselor, pentru a reduce risipa şi pentru a asigura protecţia financiară.

*Conturile naţionale de sănătate* reprezintă un instrument strategic pentru monitorizarea şi evaluarea reformelor sistemelor de sănătate şi pentru sprijinirea gestionării zilnice a resurselor, ele reprezentând, din perspectiva *Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii* (OMS), informaţii prioritare care ajută la analiza performanţelor sistemelor de sănătate. Activităţile organismelor internaţionale, cum ar fi *Organizaţia Mondială a Sănătăţii*, *Organizaţia pentru Cooperare şi Dezvoltare Economică*, *Banca Mondială* şi *Agencia Statelor Unite pentru Dezvoltare Internaţională*, au fost esenţiale pentru extinderea exerciţiilor naţionale de implementare a *Conturilor de Sănătate* şi pentru a se asigura că acestea sunt standardizate, comparabile şi devin instituţionalizate.

Începând cu anul 2011, prin intermediul sistemului *Conturilor de Sănătate* s-a urmărit creşterea comparabilităţii şi evaluarea performanţei, indiferent de diversitatea sistemelor de sănătate existente în lume, creşterea gradului de standardizare, coerenţa şi relevanţa politică şi să faciliteze generării continue de conturi de sănătate şi a utilizării acestora în procesul decizional.

Traseul către o asistenţă medicală universală necesită informaţii financiare esenţiale şi un grad ridicat de protecţie financiară al familiilor, reprezentând o ţintă a *Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă*. Nivelul cheltuielilor directe din buzunarele populaţiei este recunoscut ca fiind o provocare şi un obstacol pentru accesul la asistenţa medicală, reprezentând cea mai ineficientă sursă de finanţare.

Utilizând un sistem omogen şi standardizat la nivel internaţional, prin intermediul informaţiilor furnizate de conturile de sănătate, sunt oferite date comparabile în timp şi între ţări, indiferent de diferenţele de organizare a sistemelor de sănătate, ceea ce antrenează o creştere a calităţii raportării, formării şi a strategiilor de control, sursele mai bune de informaţii facilitând o mai bună înţelegere pentru factorii de decizie politică şi pentru alţi utilizatori.

În România, implementarea metodologiei *SCS 2011* de realizare a unor conturi de sănătate care să furnizeze informații cu privire la cheltuielile totale, precum și indicatorii privind veniturile sistemului medical, s-au realizat prin intermediul prevederilor *Regulamentului (UE) 2015/359 (Official Journal of the European Union, 2015)*, de punere în aplicare a *Regulamentului (CE) nr. 1338/2008 al Parlamentului European și al Consiliului*, în ceea ce privește statisticile referitoare la cheltuielile și sursele de finanțare în domeniul sănătății.

Clasificarea funcțională a asistenței medicale a delimitat activitățile de îngrijire a sănătății care au ca scop îmbunătățirea, menținerea și prevenirea alterării stării de sănătate a indivizilor și colectivităților și atenuarea consecințelor unei stări de sănătate precare, prin utilizarea informațiilor și activităților specializate medicale, a tehnologiei specifice, precum și utilizarea medicinei tradiționale, complementare și alternative. Clasificarea a urmărit delimitarea următoarelor grupuri de activități de îngrijire a sănătății: promovarea și prevenirea sănătății; diagnosticarea, tratamentul, vindecarea și reabilitarea bolilor; îngrijirea persoanelor cu boli cronice, cu deficiențe și dizabilități legate de sănătate; îngrijirea paliativă; realizarea și furnizarea de programe de sănătate comunitare; asigurarea administrării și finanțării sistemelor de sănătate.

Finanțarea sănătății este una dintre componentele principale ale sistemelor de sănătate, clasificarea asistenței medicale în funcție de finanțarea sistemelor de sănătate putând fi folosită ca un instrument pentru realizarea unor analize naționale detaliate, care să ajute specialiștii din domeniul sănătății să obțină o imagine clară și transparentă a finanțării sănătății, iar împreună cu celelalte două clasificări, să ofere instrumentele necesare pentru a reprezenta cât mai cuprinzător, atât finanțarea asistenței medicale, cât și descrierea structurală a fluxului de resurse financiare în sistemul de sănătate.

Prin intermediul schemelor de finanțare a sănătății sunt mobilizate și sunt alocate sume de bani în cadrul sistemelor medicale, pentru a acoperi satisfacerea nevoilor de sănătate curente sau viitoare ale populației, atât la nivel individual, cât și la nivel colectiv.

Sistemul de sănătate din România se află într-o permanentă tranziție, țara noastră având o lungă tradiție privind organizarea acestuia. În conformitate cu Legea nr. 95 din 2006, funcționarea sistemului de sănătate din România este asigurată după modelul de asigurări sociale de sănătate, prin introducerea *Contractului-cadru* care definește pachetul de beneficii pentru asigurați, condițiile de furnizare a serviciilor medicale și modalitățile de plată a ocrotirii sănătății.

În țara noastră, finanțarea serviciilor de sănătate este asigurată, în cea mai mare măsură, din venituri publice, cu o pondere de peste 80% la nivelul anului 2020, majoritatea reprezentând veniturile bugetului *Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS)*, realizate din contribuții sociale, veniturile de la bugetul de stat sau veniturile proprii ale instituțiilor administrației publice centrale sau locale, din bugetul *Ministerului Sănătății*, și al altor ministere cu rețea sanitară proprie, de la bugetele locale, dar și din venituri private, care sunt reprezentate de veniturile asigurate din fondurile de asigurări private de sănătate sau din veniturile aferente schemelor implementate de angajatori pentru asigurarea unor servicii medicale angajaților proprii sau familiilor acestora. Din perspectiva cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor, în anul 2020, România a înregistrat penultima valoare din Uniunea Europeană, cu 713 euro, sumă reprezentând mai puțin de un sfert din media raportată la nivelul Uniunii Europene, de 3269 euro.

Din analiza structurii componenței veniturilor *Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate*, în perioada analizată, se poate observa modificarea acesteia. Astfel, ponderea veniturilor din contribuții de

asigurări sociale de sănătate datorate de asigurați a înregistrat o creștere semnificativă, de 103,87% în anul 2023, comparativ cu 2014. Veniturile nefiscale și veniturile din sume primite de la Uniunea Europeană s-au situat, în perioada analizată, ca pondere în cadrul cheltuielilor totale, sub procentul de 0,5%. Veniturile *Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate* obținute din asigurări sociale de sănătate datorate de angajatori a avut o evoluție negativă, înregistrând o scădere de 87,13% în anul 2023, comparativ cu anul 2014, de la 37,16% în anul 2014, la 4,78% în anul 2023. Acest aspect este datorat transferului sarcinii fiscale a obligațiilor privind contribuțiile sociale de sănătate obligatorii datorate de angajator, la angajat, în cazul veniturilor din salarii și asimilate salariilor, începând cu anul 2018.

Analiza *Sistemului Conturilor de Sănătate* arată faptul că, la nivel european, în proporție de 80%, cheltuielile sunt finanțate din fonduri publice, România aflându-se în situație similară cu celelalte state europene și sprijinind în proporție de peste 80% cheltuielile de sănătate din aceste fonduri. Asupra schemelor de finanțare s-a manifestat influența pandemiei, care a pus presiune pe sistemul public, care a trebuit să acopere atât eforturile de combatere a bolii, cât și măsurile de informare și de educare a populației pentru prevenția răspândirii pandemiei.

Măsurarea și monitorizarea modificărilor în ceea ce privește cheltuielile cu asistența medicală, clasificate în funcție de anumite caracteristici ale beneficiarilor și corelarea ulterioară a acestora cu schimbările stării de sănătate a populației, utilizând indicatori precum speranța de viață, anii de viață sănătoasă și anii de viață ajustați în funcție de calitate, oferă informații cu privire la cheltuielile efectuate și la rezultatele obținute în materie de sănătate. Aceste informații esențiale ajută politicile de sănătate să fie aplicate corespunzător, să asigure eficacitatea asistenței medicale și funcționarea sistemelor de sănătate.

În cazul României, structura cheltuielilor aferente schemelor de finanțare s-a modificat în perioada 2011 – 2022, în favoarea cheltuielilor aferente schemelor guvernamentale și a schemelor contributive obligatorii, a căror pondere a crescut de la 75,25% în anul 2011, la 80,59% în anul 2022. Schemele voluntare de plată au cunoscut o creștere redusă, de 0,47% la 0,8%, neconstituind o formulă de plată a asistenței medicale în România. Cheltuielile private pentru îngrijirea sănătății au cunoscut o dinamică negativă din punct de vedere structural în taxonomia finanțării sistemelor publice de sănătate.

*În capitolul 5* am realizat analiza eficienței finanțării sistemului de sănătate din România raportat la sistemele de sănătate din statele membre ale Uniunii Europene. Cercetarea a avut în vedere identificarea cadrului conceptual privind eficiența finanțării sistemelor de sănătate și măsurarea eficienței prin intermediul indicatorilor de rezultat. O contribuție personală a constituit-o determinarea eficienței sistemului de sănătate românesc prin metoda analizei datelor asociate în context european (Obiectivul 7 al cercetării). Am identificat plafoanele de eficiență față de care indicatorii de input și output a sistemului românesc de sănătate trebuie ajustați în vederea atingerii optimului de eficiență determinat prin intermediul aplicării metodei analizei datelor asociate.

Pentru a oferi o acoperire universală a sănătății și asistență medicală superioară, guvernele ar trebui să fie preocupate în permanență de creșterea resurselor financiare pentru sănătate. Deși există multe strategii de creștere a resurselor în sectorul sănătății, atenția s-a mutat recent către îmbunătățirea eficienței cu care sunt utilizate aceste resurse. O parte din motive sunt că guvernele se confruntă cu presiuni din ce în ce mai mari pentru a limita creșterea cheltuielilor legate de sănătate. Acest lucru se datorează unui număr de factori, inclusiv creșterea rapidă a populației, costurile în creștere ale bolilor,



progresele tehnologice și creșterile așteptărilor publicului. Eficacitatea furnizării de asistență medicală devine o preocupare majoră la nivel mondial din cauza provocărilor economice provocate de criza financiară. În sistemul medical, eficiență se referă la capacitatea furnizorilor de servicii medicale de a oferi îngrijire de înaltă calitate, se referă la capacitatea de a minimiza cheltuielile și de a reduce riscurile, să optimizeze alocarea resurselor și să îmbunătățească rezultatele în sănătate. De asemenea, eficiența ajută la creșterea economică și asigură creșterea satisfacției generale prin promovarea sănătății. Nivelul finanțării sectorului de sănătate dintr-o țară influențează starea de sănătate a populației, iar performanța în sănătate este direct dependentă de procesul eficient de alocare a fondurilor financiare guvernamentale.

Pentru realizarea evaluării performanței unui sistem de sănătate este necesar să cunoaștem limitele sistemului de sănătate, identificarea factorilor care influențează performanța respectivului sistem de sănătate și stabilirea obiectivelor sistemului de sănătate. Printre limitele unui sistem de sănătate putem aminti finanțarea insuficientă, infrastructura inadecvată de sănătate, deficitul de profesioniști din domeniul sănătății, inechitățile în ceea ce privește accesul la asistență medicală datorate statutului socioeconomic, disparităților geografice, distribuția inegală a resurselor de asistență medicală între diferite regiuni sau comunități. Finanțarea insuficientă a asistenței medicale poate avea un impact semnificativ asupra eficacității și eficienței unui sistem de sănătate.

Pentru studiu au fost luate în calcul trei intrări (Inputs I1 - I3) și trei ieșiri (Outputs O1 - O3) pentru un total de 28 de unități de decizie (DMU), statele membre ale Uniunii Europene și Uniunea Europeană ca întreg. Tipul de model utilizat a fost Modelul radial de bază, orientat după intrări, și modelul utilizarea abordării CRS (Constant returns to scale), softul utilizat datele utilizate au fost disponibile pe Eurostat pentru o perioadă de 10 ani (2012-2021). Conform metodei DEA modelele eficiente de sănătate publică sunt cele ale Estoniei, Irlandei, Ciprului, Letoniei, Luxemburgului și Maltei. A fost proiectată diagrama de eficiență, conform căreia, modelul Românesc este ineficient. Conform scorurilor de eficiență, pe țări și la nivel european a rezultat că Suedia a devenit eficientă începând cu anul 2014, Danemarca a devenit eficientă începând cu anul 2017 iar Finlanda a devenit eficientă începând cu anul 2020. A fost proiectată diagrama de eficiență, conform căreia, modelul Românesc este ineficient, valoarea coeficientului obținut (0.9), clasând modelul românesc ca pe locul al doilea după Suedia.

În ceea ce privește cheltuielile cu asistența medicală s-a determinat un plafon de eficiență diminuat cu 1287,18 milioane euro. În ceea ce privește numărul total de paturi de spital, s-a determinat un plafon de eficiență diminuat cu 59 paturi de spital la 100.000 locuitori. Referitor la numărul de medici s-a determinat un plafon de eficiență crescut cu 51998 specialiști. În ceea ce privește speranța de viață sănătoasă bazată pe sănătatea percepută de sine s-a determinat un plafon de eficiență crescut cu 30,9%. În ceea ce privește indicatorii sănătatea foarte bună auto-percepută și mortalitatea tratabilă și prevenibilă a rezidenților nu s-au determinat modificări ale plafoanelor de eficiență. Acești indicatori nu necesită ajustări ale eficienței.

*În capitolul 6* am realizat o analiză comparativă a impactului factorilor socio-economici, de sănătate și de mediu asupra speranței de viață la naștere în statele membre ale Uniunii Europene, inclusiv România, prin utilizarea analizei datelor de tip panel pentru a identifica și cuantifica relațiile cauzale și contribuțiile specifice ale fiecărui factor în determinarea speranței de viață. (Obiectivul nr. 8 al cercetării). Analiza prezentată în document evidențiază o corelație pozitivă între dezvoltarea economică și îmbunătățirea sănătății populației. Creșterea investițiilor în sănătate, educație și infrastructură se dovedește a avea un

impact semnificativ asupra creşterii speranţei de viaţă la naştere. Totuşi, persistenţa unor disparităţi economice şi de acces la servicii de sănătate de calitate între statele membre sugerează necesitatea unor politici mai echitabile şi integrate la nivel european. Tot în acest capitol a fost realizată determinarea corelativă a echilibrului financiar al sistemului de sănătate din România. Analiza realizată a utilizat abordarea PCA pentru determinarea componentelor principale care afectează echilibrul financiar în sistemul de sănătate din România (Obiectivul 9 al cercetării). Abordarea a permis identificarea vulnerabilităţilor legate de managementul financiar în sănătate, şi a propus câteva direcţii strategice care pot fi analizate de decidenţii din sănătate pentru a preveni perturbările viitoare ale sistemelor publice de sănătate

Concluziile cercetării prezintă rezultatele relevante desprinse din studiul literaturii de specialitate cu privire la metodele şi modelele de finanţare a sistemelor publice de sănătate şi urmează să transpună într-un tablou logic principalele aspecte analizate, scoţând în evidenţă soluţiile privind reechilibrarea sistemului public de sănătate din România.

În raport cu obiectivele cercetării, reiese că sub impactul stresului pandemic, măsurile de îmbunătăţire a managementului sănătăţii, de creştere a performanţei şi de eficientizare a alocaţiilor financiare sunt vulnerabile şi nu pot contracara efectele pe care pandemia le are asupra sănătăţii populaţiei, aşa cum se reflectă în indicatorii de morbiditate şi mortalitate colectaţi în timpul pandemiei.

În acest sens, este necesară o regândire a managementului strategic al sănătăţii, o mai bună planificare a achiziţiilor de medicamente şi materiale medicale, o regândire a parteneriatelor cu Comisia Europeană şi cu alte entităţi globale care pot îmbunătăţi în mod eficient impactul pandemiei asupra stării de sănătate a populaţiei, o reechilibrare a cererii şi ofertei în domeniul sănătăţii şi menţinerea programelor strategice, în conformitate cu obiectivele asumate în planificare, având în vedere că aceste programe protejează categoriile de persoane deja afectate medical.

Această cercetare a realizat identificarea vulnerabilităţilor legate de managementul financiar în sănătate, şi a propus câteva direcţii strategice care pot fi analizate de decidenţii din sănătate pentru a preveni perturbările viitoare ale sistemelor publice de sănătate.

## **6. Concluzii finale. Contribuţii originale. Recomandări şi relevanţa cercetării.**

### **Limitele cercetării. Direcţii viitoare de cercetare.**

#### **6.1. Concluzii finale**

Cercetarea privind *Analiza finanţării serviciilor medicale şi efectele asupra performanţei sistemului de sănătate din România* a avut ca scop identificarea vulnerabilităţilor managementului financiar în sănătate şi determinarea eficienţei sistemului de sănătate din România în vederea îmbunătăţirii performanţei acestuia.

1. Cercetarea a pornit de la premisa că în condiţii de diferenţiere financiară, unele modele şi metode se pot evidenţia ca fiind performante generând opţiuni de asimilare din partea unor state, în care sistemul naţional de sănătate s-a dovedit a fi sincopat şi ineficient.
2. Pentru atingerea Obiectivului 1 – Realizarea unui studiu al evoluţiei sănătăţii publice din perspectiva dezvoltării sistemelor de sănătate la nivel internaţional am realizat analiza literaturii de specialitate, care a permis identificarea următoarelor aspecte semnificative:
  - 2.1. Sistemul de sănătate recunoscut la nivel global reprezintă o complementaritate de nevoi şi factori care influenţează sănătatea şi bunăstarea populaţiei;



- 2.2. Sănătatea publică reprezintă un concept transformat sub influența dezvoltării tehnologiilor medicale, funcțiunile acestei științe modificându-se în timp, de la funcțiunile de bază privind prevenția și asigurarea vieții cetățenilor, la funcțiuni moderne, cu privire la bunăstarea biologică și promovarea sănătății prin efortul comunității;
  - 2.3. Serviciile esențiale de sănătate publică au asociate funcții ale sănătății publice, diferențiate în raport cu scopul serviciilor, pe un palier de 10 tipologii distincte privind: evaluarea sănătății publice a populației, investigarea și diagnosticarea, informarea și educarea sanitară, crearea parteneriatelor pentru sănătate, implementarea politicilor de sănătate, protejarea sănătății comunitare, asigurarea accesului echitabil la servicii, dezvoltarea resursei umane specializate, cercetarea medicală și dezvoltarea infrastructurii organizaționale;
  - 2.4. În contextul noilor provocări pandemice la nivel global, s-au unificat eforturile de îmbunătățire a sistemelor sanitare și s-a cristalizat o nouă definiție pentru un viitor durabil și sănătos, respectiv cea a sănătății unice multidimensionale;
  - 2.5. Declanșarea pandemiei COVID-19 a avut ca efect, schimbarea opticii în sistemul de sănătate publică, statele lumii prin intermediul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) încercând să adopte o abordare comună pentru asigurarea unei securități sanitare la nivelul populației globale, accentul punându-se pe elaborarea strategiilor de prevenție și pe limitarea răspândirii bolilor;
  - 2.6. În aceste condiții, s-a intensificat monitorizarea factorilor determinanți ai sănătății de către OMS, în vederea stabilirii strategiilor optime pentru combaterea bolilor, toate eforturile de coordonare având ca rezultat restrângerea perioadei pandemice și o intensificare a educației sanitare prin programe de informare publică.
3. Am realizat o analiză pe baza informațiilor publicate de Organizația Mondială a Sănătății ca urmare a monitorizării capacităților Regulamentului sanitar internațional în perioada 2018-2021. Analiza a evidențiat principalele vulnerabilități și dinamica acestora în perioada analizată pentru un eșantion de șase state membre ale Uniunii Europene, printre care și România. Aceste vulnerabilități împreună cu oportunitățile de dezvoltare, au construit tabloul statusului sanitar al populației, în context global și european, după cum urmează:
    - 3.1. La nivel global, capacitățile monitorizate prin RSI s-au întărit cu 8,11% în perioada 2018-2021;
    - 3.2. În Europa, statusul sănătății populației a fost decelerat, față de nivelul global, cu 5%, pe fondul efectelor pandemiei asupra populației europene îmbătrânite;
    - 3.3. Cele mai puternice influențe ale pandemiei s-au resimțit în state în care populația îmbătrânită a avut cel mai mult de suferit, cum este cazul Italiei și Spaniei, iar în state precum România și Bulgaria efectul alinierii la standardele europene a fost destabilizat de pandemie, totuși în aceste state s-au înregistrat cele mai mari rate de îmbunătățire a capacităților față de momentul inițial 2018, fără a putea aprecia că există uniformizare a statusului de sănătate comparativ cu țările dezvoltate.
  4. Obiectivul 2 al cercetării – Determinarea nevoii de finanțare diferențiată a sistemelor publice de sănătate al studiului a fost atins în capitolul 2, cu ocazia realizării analizei nevoii de finanțare a sistemelor publice de sănătate, fiind realizate, cu această ocazie, pentru cele șase modele de

- finanţare, diagramele oportunităţi/vulnerabilităţi, care evidenţiază din punct de vedere financiar şi managerial echilibrul dintre performanţă şi nevoia de resurse a fiecărui model.
5. S-a realizat evaluarea de tip diagnostic a sistemelor publice de sănătate din cele şase state analizate, arătându-se diferenţiat particularităţile specifice şi efectele disturbanţelor la nivelul fiecărui stat. Analiza arată faptul că, atât din punct de vedere managerial, cât şi din punct de vedere economic, performanţa este atinsă în statele în care modelele descentralizate de tip Beveridge sau Bismarck au fost implementate cu succes, în timp ce în state precum România şi Bulgaria, în care experienţa fostului sistem Semashko nu a fost pe deplin depăşită, performanţa şi managementul financiar al resurselor continuă să genereze neproductivităţi ale serviciilor de sănătate, fiind constatate incidente pe fondul infrastructurii deficitare sau în ceea ce priveşte accesul la terapii noi.
  6. Pentru atingerea Obiectivului 3 - Modelarea simulativă a diferenţelor dintre principalele surse de finanţare ale sistemelor de sănătate europene, pe baza observaţiilor desprinse din analiza diagnostic, s-a realizat procedura de modelare, pe baza unui model geospaţial pentru perioada 2000-2021, model care a scos în evidenţă următoarele aspecte ale sistemului de sănătate din România:
    - 6.1. România are cea mai mică alocare a cheltuielilor cu sănătatea din PIB, comparativ cu cele 5 state europene analizate;
    - 6.2. Această alocare îşi regăseşte similarităţile, în special cu alocările statului leton şi spaniol, procentul de similaritate fiind de 75%;
    - 6.3. România are un sistem de sănătate finanţat preponderant din surse publice;
    - 6.4. Acest sistem nu are o reprezentare similară cu celelalte state analizate, România fiind ţara care alocă pentru sănătate cele mai multe fonduri publice în coşul total al alocării, acesta din urmă fiind cel mai scăzut la nivelul eşantionului;
    - 6.5. Contribuţia financiară privată la sănătate nu depăşeşte 25%, media fiind de 21% în intervalul analizat;
    - 6.6. Nivelul de similaritate cu celelalte state europene este unul scăzut, de maxim 24% în cazul Bulgariei;
    - 6.7. Din contribuţia privată la sănătate, mai mult de 95% este reprezentată de cheltuielile pe care le acoperă pacientul;
    - 6.8. Nivelul de similaritate este scăzut, România având un nivel de similaritate de 34% cu Bulgaria şi 24% cu Germania, în ceea ce priveşte costurile pe care le acoperă pacientul.
  7. Pentru atingerea Obiectivului 4 - Analiza principalelor abordări privind finanţarea sănătăţii publice la nivel internaţional şi naţional, am analizat principalele provocări şi oportunităţi ale finanţării sănătăţii publice, arătând următoarele:
    - 7.1. Asigurarea sănătăţii publice este în directă interdependenţă cu disponibilitatea unor resurse adecvate: financiare, umane, materiale, tehnologice.
    - 7.2. În majoritatea statelor lumii printre care şi România, finanţarea este compusă dintr-o combinaţie de fonduri publice şi private care asigură în mod direct funcţionarea sistemelor de sănătate publică şi le sprijină indirect, prin intermediul organismelor de furnizare a asistenţei medicale;
    - 7.3. Calitatea şi cantitatea resurselor financiare afectează tipurile şi eficacitatea activităţilor de sănătate publică. Din perspectivă economică, modul în care politicile publice pot fi utilizate,

influențează schimbarea în finanțarea sănătății publice și a calității serviciilor furnizate, prin abordarea tipurilor și mecanismelor de finanțare;

- 7.4. Analiza abordărilor privind finanțarea sănătății publice la nivel internațional și național a scos în evidență faptul că în general, cheltuielile pentru sănătate pot fi finanțate prin cinci mecanisme: din impozitele generale ale statului, din contribuțiile de asigurări sociale, din contribuțiile de asigurări voluntare, din donații caritabile sau ajutoare financiare și din cheltuieli individuale directe;
- 7.5. Au fost evidențiate următoarele provocări și oportunități privind finanțarea sănătății publice:
  - Declanșarea pandemiei COVID-19 a schimbat parțial paradigma finanțării sistemelor de sănătate și a adus în prim plan nevoia socială de sănătate a unei populații cu rată demografică în scădere și o rată de îmbătrânire în creștere. La nivel european, au fost necesare instituirea unor politici publice de sănătate, în special în domeniul prevenției îmbolnăvirilor, fiind derulate campanii intensive de informare a populației, pentru care s-au alocat fonduri substanțiale;
  - Principala oportunitate apărută post-pandemic, a fost creșterea gradului de conștientizare a nevoii publice de sănătate, restructurarea circuitelor spitalicești și instituirea unor proceduri mai clare de atingere a calității serviciilor medicale. A fost mutat accentul pe pacient, condițiile medicale și hoteliere fiind supuse evaluărilor periodice, inclusiv prin instituirea unor clasamente ale nivelului de calitate în spitalele publice. Alte oportunități post-pandemice au constat în schimbarea abordărilor privind calitatea în domeniul sănătății și integrarea beneficiarului de servicii în structurile de interes a managementului sanitar;
  - Principalele amenințări au constat în nevoia accelerată de finanțare, crearea unor noi orientări privind modul de construire a centrelor de cost, apariția unor noi boli care au necesitat eforturi susținute, atât din punct de vedere al resurselor materiale, cât și umane, înregistrându-se în continuare efecte la nivelul statusului mental al populației afectate de COVID-19;
  - Pe termen lung apreciem că nevoile sistemelor medicale își vor muta centrul de greutate către zona de investigații digitale, urmând a se dezvolta sectorul telemedicinii și consultațiilor de la distanță, acordurile de colaborare intra-spitalicești fiind dinamizate spre această perspectivă.
8. Am introdus și definit conceptul de Taxonomie a finanțării sistemelor publice de sănătate. În opinia noastră, taxonomia finanțării sistemelor publice de sănătate reprezintă acea organizare bugetară publică prin care se pot atinge, în mod echitabil, indicatorii economico-sanitari, astfel încât să poată fi atins obiectivul de furnizare a unor servicii medicale optime, în funcție de nevoile de sănătate ale populației, în acord cu progresul tehnologic și nivelul așteptat de calitate a acestora.
9. Am arătat că în sectorul sănătății, țările au niveluri diferite de venit, existând o diversitate a abordărilor în ceea ce privește formarea bugetelor și alocarea resurselor. În acest sens, am arătat că statele lumii printre care și România au programe menite să îmbunătățească sănătatea publică prin promovarea sănătății și prevenirea bolilor.

10. În opinia noastră, bugetele sănătăţii au un rol important, nu numai pentru a îmbunătăţi bunăstarea, ci şi pentru a reduce povara asupra sistemelor de sănătate şi presiunea asupra bugetelor publice, pentru a proteja cetăţenii de ameninţările la adresa sănătăţii publice. Astfel, programele ar trebui să grupeze toate resursele necesare pentru a-şi atinge obiectivele, inclusiv veniturile salariale ale personalului, bunurile şi serviciile, subvenţiile şi transferurile, precum şi investiţiile instituţiilor medicale destinate protejării sănătăţii publice.
11. Am arătat că adoptarea Obiectivelor de dezvoltare durabilă, a inclus acoperirea universală a sănătăţii ca una dintre ţinte, ca mijloc de promovare a sănătăţii şi a bunăstării şi de asigurare a protecţiei sociale pentru toţi. Organizaţia Mondială a Sănătăţii a identificat acoperirea universală şi a stabilit obiectivul de a creşte cu 1 miliard numărul de persoane care beneficiază de acoperire universală a sănătăţii până în 2023. În consecinţă, am arătat că acoperirea universală a sănătăţii a fost identificată ca fiind prioritatea principală pentru toate sistemele de sănătate din lume.
12. Analiza realizată privind acoperirea universală a sănătăţii publice a reliefat că realizarea acestui deziderat, inclusiv protecţia împotriva riscurilor financiare, accesul la servicii medicale de calitate şi accesul la medicamente şi vaccinuri sigure, eficiente, de calitate şi la preţuri accesibile pentru toţi, din perspectiva Atlasului finanţării în domeniul sănătăţii 2018, este posibilă dacă sistemele de finanţare a sănătăţii sunt concepute astfel încât: să obţină resurse financiare suficiente şi durabile pentru sănătate, care apoi să fie alocate în mod echitabil şi eficient, mobilizarea lor trebuind să asigure durabilitate şi sustenabilitate; să pună în comun şi să gestioneze resursele financiare colectate pentru a garanta echitatea în finanţare şi utilizare, astfel încât să asigure protecţie financiară pentru toţi; şi să utilizeze resursele financiare obţinute pentru a oferi stimulente adecvate atât furnizorilor cât şi beneficiarilor, în condiţii de eficienţă şi sustenabilitate financiară sporită.
13. Prin studiul abordărilor privind finanţarea sănătăţii publice la nivel internaţional şi naţional, am evidenţiat că reformele privind finanţarea sănătăţii implică, pe lângă modificarea mecanismelor de finanţare a sănătăţii şi schimbarea arhitecturii acestora, precum şi a fluxurilor de fonduri de la sursele de venituri către beneficiari. Obiectivele de bază ale agendei de finanţare a sănătăţii din cadrul facilităţii globale de finanţare urmăresc creşterea atât a volumului, cât şi a eficienţei resurselor publice interne pentru sănătate, iar indicatorii de bază utilizaţi de acest mecanism privind finanţarea sănătăţii sunt: cheltuielile de sănătate pe cap de locuitor finanţate din surse interne; raportul dintre cheltuielile publice pentru sănătate şi cheltuielile publice totale; procentul din cheltuielile curente de sănătate dedicat asistenţei medicale primare şi incidenţa cheltuielilor financiare catastrofale.
14. Am arătat că sistemele publice de sănătate au suferit, în urma pandemiei, restructurări semnificative, fiind modificat punctul de greutate din asistenţa centrată pe pacient, la asistenţa de calitate orientată către nevoile specifice de sănătate ale populaţiei. Această mutare a centrului de greutate a inclus modificări în finanţarea sistemelor publice de sănătate, fiind dinamizat managementul sanitar şi tipologia participării actorilor sistemelor de sănătate.
15. Pentru atingerea Obiectivului 5 al cercetării - Realizarea unui tablou diagnostic pe baza analizei stratificat dinamice a finanţării sistemului public din România pornind de la schemele de finanţare a sănătăţii, am utilizat următoarele instrumente:

- 15.1. Am realizat analiza stratificat dinamică a finanțării sistemului public de sănătate din România prin raportare la statisticile europene, pe baza schemelor de finanțare. Am arătat că înțelegerea modului în care resursele sunt obținute, prin sistemele de finanțare, precum și distincția între finanțarea publică și cea privată a finanțării asistenței medicale, este importantă din perspectiva finanțării. În opinia noastră, o creștere a finanțării trebuie să fie atât durabilă, cât și echitabilă, astfel încât factorii de decizie politică să își fundamenteze luarea deciziilor în ceea ce privește mecanismele existente, dar și cele preconizate pentru finanțarea sistemelor de sănătate.
- 15.2. Analiza elementelor componente ale finanțării sistemului public de sănătate a fost realizată în capitolul 3. Astfel, veniturile prezentate în cadrul schemelor de finanțare oferă informații privind finanțarea cheltuielilor din domeniul sănătății, cu precădere despre modul în care sunt obținute veniturile care finanțează diferitele scheme și despre sursele care asigură finanțare. Identificarea modalității de realizare a veniturilor poate face diferența între partea de finanțare privată față de cea publică. Cheltuielile cu sănătatea reprezintă un instrument de măsurare pentru o anumită perioadă de timp în cadrul Conturilor de Sănătate. Așa cum am arătat, calculul cheltuielilor aferente sistemelor de sănătate conține două mari categorii de cheltuieli: cheltuieli prin sisteme publice și sisteme de sănătate contributive obligatorii și cheltuieli ale sistemelor de finanțare voluntară a asistenței medicale.
- 15.3. Analiza stratificat dinamică a finanțării sistemului public de sănătate din România, prin raportare la statisticile europene, pe baza schemelor de finanțare, a scos în evidență următoarele aspecte:
- Analiza stratificat dinamică a cheltuielilor totale de îngrijire a sănătății: În Europa, cheltuielile totale de îngrijire a sănătății s-au aflat pe un trend crescător, respectiv de la 1.026.687 milioane euro în anul 2011, la 1.591.900 milioane euro în anul 2021, rata de creștere fiind de 55,05%. România a avut o rată de creștere mai accelerată a cheltuielilor totale în perioada analizată, respectiv 122,85%, de la 6.199 milioane euro în anul 2011, la 13.815 milioane euro în anul 2021, ocupând locul 16 în clasamentul UE-27. Nivelul cheltuielilor totale din România reprezintă 0,76% din valoarea medie a cheltuielilor totale la nivelul UE-27. Comparativ cu statele mai dezvoltate precum Germania, Franța și Italia au alocat fonduri care reprezintă 28,18% în cazul Germaniei, 20,20% în cazul Franței sau 11,70% în cazul Italiei. Această distribuție evidențiază diferite abordări și priorități naționale în ceea ce privește finanțarea sănătății, precum și diferențele în puterea economică și demografia țărilor respective .
  - Analiza stratificat dinamică a cheltuielilor aferente schemelor guvernamentale și schemelor contributive obligatorii de finanțare a asistenței medicale: Conform analizei efectuate, am observat faptul că în Europa, cheltuielile aferente schemelor guvernamentale și schemelor contributive obligatorii de finanțare a asistenței medicale s-au aflat pe un trend crescător, respectiv de la 797.640 milioane euro în anul 2011, la 1.291.267 milioane euro în anul 2021, rata de creștere fiind de 61,89%. Ponderea acestor cheltuieli în cadrul cheltuielilor totale a fost de 80%. România a avut o rată de creștere adecvată a acestor cheltuieli în perioada analizată, respectiv 162,48%, de la

4.665 milioane euro în anul 2011, la 12.245 milioane euro în anul 2021, ocupând locul 15 în clasamentul UE-27. România se poziţionează în partea inferioară a distribuţiei cu o pondere de aproximativ 0.76% din totalul cheltuielilor aferente schemelor guvernamentale şi schemelor contributive obligatorii de finanţare a asistenţei medicale la nivelul UE27. Aceasta indică faptul că, în comparaţie cu economiile mai mari şi mai dezvoltate din UE, precum Germania (29,96%) şi Franţa (20,67%), cheltuielile medii aferente schemelor guvernamentale şi schemelor contributive obligatorii ale României pentru sănătate sunt relativ reduse.

- Analiza stratificat dinamică a cheltuielilor voluntare de plată a asistenţei medicale: Din analiza efectuată, am observat faptul că în Europa, cheltuielile voluntare de plată ale asistenţei medicale s-au aflat pe un trend crescător, respectiv de la 53.517 milioane euro în anul 2011, la 69.445 milioane euro în anul 2021, rata de creştere fiind de 29,76%. Nivelul acestor cheltuieli au reprezentat pentru România o pondere de 0,10% din valoarea medie a cheltuielilor voluntare de plată ale asistenţei medicale la nivelul UE-27. Prin comparaţie, în cadrul statelor mai dezvoltate precum, Franţa, Germania şi Spania s-au consumat fonduri care au avut o pondere de 36,35% în cazul Franţei, 15,33% în cazul Germaniei şi 10,85% în cazul Spaniei, aspect care indică faptul că în România, există fie un acces mai limitat sau o preferinţă mai scăzută pentru astfel de scheme, fie o eficienţă mai mare în gestionarea costurilor asociate asistenţei medicale.
- Analiza stratificat dinamică a cheltuielilor private pentru îngrijirea sănătăţii: Urmare analizei realizate se observă faptul că în Europa, cheltuielile private pentru îngrijirea sănătăţii s-au aflat pe un trend crescător, respectiv de la 175.213 milioane euro în anul 2011, la 231.118 milioane euro în anul 2021, rata de creştere fiind de 31,91%, iar ponderea acestor cheltuieli în cadrul cheltuielilor totale fiind de 15%. România a avut o rată de creştere importantă a acestor cheltuieli în perioada analizată, respectiv 81%, de la 1.505 milioane euro în anul 2011, la 2.729 milioane euro în anul 2022, ocupând locul 17 în clasamentul UE-27. Nivelul acestor cheltuieli reprezintă 1,00% din valoarea medie a cheltuielilor private pentru îngrijirea sănătăţii la nivelul UE-27. Prin comparaţie, în cadrul statelor mai dezvoltate precum, Germania, Italia şi Franţa, s-au consumat fonduri care au reprezentat 23,42% în cazul Germaniei, 17,09% în cazul Italiei, 12,4% în cazul Franţei, aspect care indică faptul că în România nivelul consumat al cheltuielilor private de plată ale asistenţei medicale situându-se astfel în partea inferioară a clasamentului între statele membre analizate.

16. Pentru atingerea Obiectivului 6 – Realizarea unei analize critice a finanţării sănătăţii publice din România prin intermediul Sistemului Conturilor de Sănătate, am utilizat metode de investigaţie ştiinţifice, pornind de la clasificările internaţionale şi date statistice raportate de Eurostat, observând următoarele:

16.1. Cadrul extins al Sistemului Conturilor de Sănătate este format din Interfeţele Sistemului Conturilor de Sănătate (Interfaţa beneficiarilor serviciilor medicale; Interfaţa de furnizare a serviciilor medicale; Interfaţa de finanţare) şi Clasificarea internaţională a Conturilor de

Sănătate (Tipurile de bunuri și servicii furnizate; Furnizorii de bunuri și servicii; Schemele de finanțare).

- 16.2. Identificarea nevoilor specifice ale sistemelor de sănătate a pornit de la premisa că în orice stat, inclusiv România, decidenții politici au nevoie de informații de actualitate și fiabile pentru a formula politici de sănătate și pentru a monitoriza punerea în aplicare a acestora. Cunoscând faptul că finanțarea este unul dintre pilonii sistemului de sănătate, calitatea datelor privind finanțarea este foarte importantă. Calitatea serviciilor medicale este un element important ca și finanțarea dar greu de cuantificat. Pornind de la aceste considerente, am arătat că utilizarea unui sistem omogen și standardizat la nivel internațional prin intermediul informațiilor furnizate de conturile de sănătate, poate oferi date comparabile în timp și între țări, indiferent de diferențele de organizare a sistemelor de sănătate, aducând o creștere a calității raportării, formării și strategiilor de control. Totodată, am scos în evidență că în urma îmbunătățirii surselor de informații se facilitează o mai bună înțelegere pentru factorii de decizie politică și alți utilizatori.
- 16.3. Analiza principalelor aspecte privind finanțarea sănătății publice pe baza Sistemului Conturilor de Sănătate în România, a scos în evidență că implementarea metodologiei SCS 2011 de realizare a unor conturi de sănătate care să furnizeze informații cu privire la cheltuielile totale, precum și indicatorii privind veniturile sistemului medical, s-a realizat prin intermediul prevederilor Regulamentului (UE) 2015/359 de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 1338/2008 al Parlamentului European și al Consiliului în ceea ce privește statisticile referitoare la cheltuielile și sursele de finanțare în domeniul sănătății.
- 16.4. Am evidențiat direcțiile principale de acțiune în România, care, urmând inițiativa organismelor internaționale precum Organizația Mondială a Sănătății, Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică, Eurostat, a dezvoltat cadrul metodologic pentru îmbunătățirea indicatorilor privind cheltuielile curente de sănătate, identificându-se cele mai bune soluții de corelare a cheltuielilor SCS cu cheltuielile înregistrate în cadrul Sistemului conturilor naționale - SCN și Sistemului European de Statistici Integrate de Protecție Socială. Am arătat că Institutul Național de Statistică este organismul care asigură cadrul metodologic, colectarea și analiza datelor în România, prin intermediul raportului periodic - Sistemul Conturilor de Sănătate (SCS) în România, ultimul raport fiind realizat la sfârșitul anului 2022 pentru anul 2020.
- 16.5. Analiza principalelor aspecte privind finanțarea sănătății publice pe baza Sistemului Conturilor de Sănătate în România s-a realizat conform diagramei sintetice de clasificare prezentată în capitolul 4. În acest sens, clasificarea internațională a serviciilor de sănătate la nivel general cuprinde: Servicii curative (HC. 1); Servicii de recuperare (HC. 2); Servicii de îngrijire a sănătății pe termen lung (HC. 3); Servicii auxiliare de îngrijire a sănătății (HC. 4); Bunuri medicale (HC. 5); Servicii de prevenție (HC. 6); Conducerea și administrarea sistemului de sănătate și a celui de finanțare a sănătății (HC. 7); Alte servicii de îngrijire medicală neclasificate în altă parte (HC. 9); Elemente de memorandum: Raportare (HC.RI); Elemente de memorandum: Servicii de sănătate conexe (HC.R).
- 16.6. Analiza Sistemului Conturilor de Sănătate arată faptul că, la nivel european, în proporție de 80%, cheltuielile sunt finanțate din fonduri publice, România aflându-se în situație similară cu



celelalte state europene și sprijinind în proporție de peste 80% cheltuielile de sănătate din aceste fonduri. Asupra schemelor de finanțare s-a manifestat influența pandemiei, care a pus presiune pe sistemul public, fiind necesar să se acopere atât eforturile de combatere a bolii, cât și măsurile de informare și de educare a populației pentru prevenția răspândirii pandemiei.

17. Pentru atingerea Obiectivului 7 - Determinarea în context european a eficienței sistemului de sănătate românesc prin metoda analizei datelor asociate, am realizat un studiu extins al eficienței finanțării la nivel european, analiza scoțând în evidență următoarele aspecte:
  - 17.1. Există preocupări prioritare cu privire la atingerea nivelurilor de eficiență ale sistemelor de sănătate. La nivel global, acestea se referă la distribuția instabilă a resurselor pentru asigurarea accesului egal la servicii de sănătate; creșterea capacității furnizorilor de servicii medicale pentru oferirea îngrijirilor de înaltă calitate; reducerea risipei în sistemele de sănătate; crearea unui sistem unitar de evaluare a performanțelor sistemelor de sănătate pe baza indicatorilor de monitorizare; implicarea tuturor părților interesate în procesul de stabilire a obiectivelor și de prioritizare a acestora.
  - 17.2. Am arătat că pentru atingerea unei eficiențe a utilizării resurselor de sănătate, este nevoie de o abordare sistemică a intrărilor prin intermediul bunei guvernante și leadership-ului, astfel încât obiectivele finale de securitate sanitară și bunăstare să fie permanent monitorizate prin nivelul de acces la servicii și calitatea acestora.
  - 17.3. Măsurarea eficienței sistemelor de sănătate reprezintă o bază adecvată pentru evaluarea performanței acestora. În acest sens, am prezentat o abordare conceptuală a principalilor indicatori de rezultat specifici sistemelor de sănătate. Acești indicatori constituie markeri ale potențialelor lacune în furnizarea de asistență medicală. Am arătat că prin implementarea și monitorizarea indicatorilor de performanță se asigură mai facil îmbunătățirea calității serviciilor și gestionarea sistemelor de sănătate.
  - 17.4. Am prezentat sub forma unor scheme de performanță abordările OECD privind îmbunătățirea schemelor de sănătate în funcție de domeniile tematice, starea de sănătate a populației, factorii de risc, accesul la servicii medicale, calitatea și rezultatele îngrijirilor, cheltuielile pentru sănătate, personalul din domeniul medical, sistemul farmaceutic, îmbătrânirea și îngrijirea pe termen lung.
  - 17.5. Utilizând același algoritm, cercetarea a scos în evidență cadrul metodologic pentru performanța sistemului de sănătate din România în funcție de indicatorii demografici, indicatorii de morbiditate și mortalitate, determinanții sănătății, resursele și activitatea rețelei sanitare.
  - 17.6. Am utilizat metoda DEA pentru determinarea eficienței sistemului de sănătate românesc în context european. Am utilizat un model radial de bază orientat după intrări, folosind trei indicatori de input și trei indicatori de output monitorizabili pe o perioadă de 10 ani.
  - 17.7. Pentru testarea eficienței celor 28 de DMU-uri (27 state membre și UE) a fost utilizat programul DEA SOFTWARE. Cercetarea a arătat că în Europa în anul 2021 doar 9 DMU-uri sunt eficiente. Sistemele de sănătate eficiente pe toată perioada analizată sunt cele ale Estoniei, Irlandei, Ciprului, Letoniei, Luxemburgului și Maltei. În dinamică, au câștigat sporuri de eficiență, devenind eficiente, sistemele Luxemburgului în anul 2016 după o singură



- sincopă în anul 2015, Suedia începând cu anul 2014, Danemarca începând cu anul 2017 iar Finlanda începând cu anul 2020.
- 17.8. Am arătat că România se situează pe palierul ineficient al statelor europene, ocupând locul doi după Suedia, conform punctajului calculat.
  - 17.9. Setul de referință determinat pentru eficientizarea sistemului românesc este sistemul irlandez, iar vulnerabilitățile determinate pentru sistemul de sănătate din România vizează cele trei inouturi (cheltuielile cu asistența medicală, numărul total de paturi de spital și numărul de medici, dar și outputul speranța de viață sănătoasă bazată pe sănătatea percepută de sine. Pentru celelalte două outputuri (sănătatea foarte bună autopercepută și mortalitate atratabilă și prevenibilă a rezidenților) nu au fost identificate vulnerabilități ale sistemului românesc pentru perioada analizată.
  - 17.10. Au fost proiectate plafoanele de eficiență pentru ajustarea performanței sistemului românesc. Conform acestor plafoane, cheltuielile cu asistența medicală ar trebui diminuate cu cel puțin 1287 milioane euro, numărul total de paturi la 100000 locuitori ar trebui diminuat cu 59 paturi, iar numărul de medici activi în sistemul medical ar trebui crescut cu aproximativ 52000 de specialiști. Modificarea acestor parametri ai sistemului de sănătate ar trebui efectuată concomitent cu creșterea indicatorului speranță de viață sănătoasă bazată pe sănătatea percepută cu cel puțin 31% față de nivelul indicatorului din anul 2021.
18. Cu referire la Obiectivul 8 - Investigarea impactului factorilor socio-economici, de sănătate și de mediu asupra speranței de viață la naștere în țările Uniunii Europene, utilizând o analiză comparativă a datelor de tip panel pentru a identifica și cuantifica relațiile cauzale și contribuțiile specifice ale fiecărui factor în modelarea speranței de viață la naștere, prin utilizarea analizei comparative a datelor de tip panel, am putut identifica și cuantifica relațiile cauzale dintre diferiți factori și speranța de viață la naștere, evidențiind contribuțiile specifice ale fiecărui factor studiat.
    - 18.1. Am definit clar factorii analizați, care au inclus variabile socio-economice, factori de sănătate și factori de mediu, asigurând o bază solidă pentru analiza ulterioară și facilitând interpretarea rezultatelor în contextul specific al fiecărui factor
    - 18.2. Am explicat cum am colectat și utilizat datele panel pentru a realiza o analiză longitudinală a țărilor din UE, permițând astfel o înțelegere mai profundă a dinamicilor pe termen lung și a efectelor transversale. Am aplicat metode statistice avansate pentru a gestiona posibilele probleme de autocorelație și heteroscedasticitate în date.
    - 18.3. Am prezentat modelele econometrice utilizate, cum ar fi modelul cu efecte fixe și modelul cu efecte aleatoare, explicând avantajele și limitările fiecărui model în contextul analizei noastre. Am descris cum aceste modele ne-au ajutat să izolăm și să cuantificăm impactul fiecărui factor asupra speranței de viață, controlând pentru posibilele variabile omise sau confundatoare.
    - 18.4. Am discutat în detaliu rezultatele obținute, indicând care factori au avut cele mai semnificative efecte asupra speranței de viață și modul în care acești factori interacționează între ei. De exemplu, am observat că factorii economici au un impact mai mare în anumite contexte, în timp ce factorii de mediu sunt decisivi în alte situații. Am evidențiat, de asemenea, particularitățile naționale sau regionale care influențează aceste relații.

- 18.5. În final, am discutat implicațiile studiului realizat pentru formularea politicilor publice și practicile de sănătate. Am sugerat recomandări specifice pentru îmbunătățirea condițiilor de viață și a sănătății publice în diverse țări ale UE și România, bazându-mă pe rezultatele empirice obținute.
- 18.6. Având în vedere rezultatele specifice pentru România, care indică o corelație mai slabă între factorii economici și speranța de viață comparativ cu alte state membre, este necesară o concentrare sporită pe îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate și pe creșterea investițiilor în sănătate publică. De asemenea, este necesară adoptarea unor politici mai stricte de protecție a mediului pentru a combate efectele poluării industriale. Aceste recomandări sunt concepute pentru a valorifica analiza datelor de tip panel, cu scopul de a elabora politici informate și sustenabile. Acestea intenționează să promoveze îmbunătățirea speranței de viață în România și alte state membre ale Uniunii Europene, abordând eficient factorii cheie care influențează acest indicator.
19. Pentru atingerea Obiectivului 9 - Determinarea corelativă a echilibrului financiar al sistemului de sănătate din România, în capitolul 6, au fost evaluați și interpretați principalii indicatori financiari din România folosind metoda Principal Component Analysis (PCA). Rezultatele au arătat corelații puternice între veniturile bugetare din sectorul medical și cheltuielile efectuate în acest sector, ceea ce sugerează că acestea sunt, în general, previzibile. Veniturile bugetare provenite din asistența socială au arătat o corelație semnificativă cu cheltuielile acestora din buget. Cheltuielile pentru produse farmaceutice și materiale medicale specifice, inclusiv dispozitive medicale, au arătat, de asemenea, corelații puternice cu cheltuielile bugetare.
- 19.1. Am realizat o analiză complexă a situației financiare a sistemului de sănătate românesc utilizând Principal Component Analysis (PCA). Această metodologie a fost folosită pentru a evalua și interpreta principalii indicatori financiari, permițând o înțelegere mai profundă a structurii financiare și a dinamicii sistemului de sănătate.
- 19.2. Am demonstrat că dinamica veniturilor în sectorul medical este relevantă pentru a înțelege și a prezice comportamentul bugetar în acest sector.
- 19.3. Am evaluat diverse aspecte financiare ale sistemului de sănătate, inclusiv venituri, cheltuieli, investiții și datorii. Aceasta a inclus analiza modului în care acești indicatori influențează capacitatea sistemului de a oferi servicii de sănătate durabile și eficiente.
- 19.4. Prin aplicarea PCA, am reușit să reduc complexitatea datelor financiare, extrăgând componentele principale care captează cea mai mare parte a variației în setul de date. Aceasta a facilitat identificarea și focalizarea pe factorii cheie care contribuie la echilibrul financiar al sistemului. Analiza a dezvăluit corelații semnificative între diferitele variabile financiare, oferind o perspectivă asupra modului în care interacțiunile dintre aceste variabile afectează sănătatea financiară a sistemului.
- 19.5. Rezultatele analizei PCA au oferit date empirice pentru formularea de recomandări privind politicile publice din România, arătând că îmbunătățirile în gestionarea financiară și alocația resurselor ar putea contribui la un sistem de sănătate mai robust și mai responsabil la nevoile populației
- 19.6. Am arătat că alocarea fondurilor în domeniul sănătății a urmărit întotdeauna să găsească un echilibru între problemă și soluție. Cu toate acestea, rezultatele strategiei de gestionare a

alocărilor au generat inconsecvențe care perpetuează dezechilibre de la an la an. Credem că o reechilibrare a alocațiilor ar putea contribui la eliminarea sinergiei în domeniul sănătății. Această redistribuire ar trebui să țină seama de impactul pe care factorii economici și bugetari îl au asupra factorilor de sănătate și invers, astfel încât, la un moment dat, după ajustări succesive, să se poată atinge distanța minimă dintre previziune și realizare sau între nevoie și finanțarea nevoilor.

- 19.7. Pe baza constatărilor, am propus inițiative de reformă pentru a îmbunătăți gestionarea financiară a sistemului de sănătate, cum ar fi optimizarea cheltuielilor, îmbunătățirea eficienței în colectarea veniturilor și evaluarea periodică a performanței financiare, contribuind semnificativ la înțelegerea echilibrului financiar al sistemului de sănătate din România și ați oferind un fundament solid pentru deciziile strategice viitoare în domeniul sănătății publice.
- 19.8. Investițiile sociale trebuie să se concentreze pe oameni și să sprijine îmbunătățirea competențelor și a capacităților. Cele mai importante măsuri pentru o investiție socială optimă sunt: educația, sănătatea, competențele profesionale, gestionarea căutării unui loc de muncă, gestionarea reabilitării și o bună educație a copiilor. Efectele economice ale recente crize economice globale, efectele economice negative, precum și tendința demografică la nivelul Uniunii Europene conduc, de asemenea, la afectarea mediului economic și social european.
- 19.9. Apreciez că este necesară o regândire a managementului strategic al sănătății, o mai bună planificare a achizițiilor de medicamente și materiale medicale, o regândire a parteneriatelor cu Comisia Europeană și cu alte entități globale care pot îmbunătăți în mod eficient statusul sanitar al populației, reechilibrarea cererii și ofertei, echilibrarea în domeniul sănătății și menținerea programelor strategice, în conformitate cu obiectivele asumate în planificare, având în vedere că aceste programe protejează categoriile de persoane deja afectate medical.

În concluzie, cercetarea a demonstrat că poate fi efectuată o ajustare viabilă a sistemului de sănătate publică din România astfel încât să se reducă disparitatea statusului sănătății publice în raport cu performanțele altor sisteme europene.

Prin cercetare, au fost atinse și realizate toate cele nouă obiective ale cercetării pe cuprinsul a șase capitole, utilizând un instrumentar bibliografic de 531 titluri și o metodologie a cercetării complexă.

## **6.2. Contribuții originale**

Studiul realizat la nivel teoretic și practic identifică instrumente implementabile utilizând o metodologie complexă bazată pe analiză și modelare sub forma unor contribuții proprii semnificative:

1. Am realizat pe baza studiului literaturii de specialitate șase diagrame ale implementării RSI în 6 statele europene, printre care și România, diagramele fiind polarizate pe evidențierea capacităților îmbunătățite și a riscurilor aferente fiecărui sistem de sănătate publică.
2. Am realizat evaluarea de tip diagnostic a sistemelor publice de sănătate din șase state analizate, arătându-se diferențiat particularitățile specifice și efectele disturbanțelor la nivelul fiecărui stat.
3. Am formulat și demonstrat următoarea ipoteză economică: Componenta marginală a creșterii speranței de viață manifestă caracter reflexiv în raport cu puterea de cumpărare, dacă și numai dacă, în termeni reali, puterea de cumpărare evoluează pentru majoritatea cetățenilor unui stat în

- limitele valorii medii de cumpărare (mediana), strict mai mică decât puterea de cumpărare comunitară.
4. Am arătat că starea de sănătate a populației este sensibilă la puterea de cumpărare, existând diferențe de marjă ale profilului segregat în raport cu profilul general, în funcție de nivelul de dezvoltare socio-economică a statului subiect și de factorii de risc salutogeni care impactează sănătatea populației în statul țintă.
  5. Prin analiza efectuată, am arătat că, atât din punct de vedere managerial, cât și din punct de vedere economic, performanța este atinsă în statele în care modelele descentralizate de tip Beveridge sau Bismarck au fost implementate cu succes, în timp ce în state precum România și Bulgaria, în care experiența fostului sistem Semashko nu a fost pe deplin depășită, performanța și managementul financiar al resurselor continuă să genereze neproductivități ale serviciilor de sănătate, fiind constatate incidente pe fondul infrastructurii deficitare sau în ceea ce privește accesul la terapii noi.
  6. Am realizat modelarea simulativă a diferențelor dintre principalele surse de finanțare ale sistemelor de sănătate europene, pe baza unui model geospațial pentru perioada 2000-2019, model care a scos în evidență vulnerabilitățile sistemului de sănătate din România.
  7. Am analizat principalele provocări și oportunități ale finanțării sănătății publice și am realizat previziuni privind modificările viitoare în sistemele de sănătate.
  8. Am introdus și definit conceptul de Taxonomie a finanțării sistemelor publice de sănătate.
  9. Am realizat analiza stratificat dinamică a finanțării sistemului public de sănătate din România prin raportare la statisticile europene, pe baza schemelor de finanțare.
  10. Am utilizat metode de investigație științifice pentru a realiza analize critice a finanțării sănătății publice din România prin intermediul Sistemului Conturilor de Sănătate
  11. Am evidențiat direcțiile principale de acțiune în România pentru îmbunătățirea indicatorilor privind cheltuielile curente de sănătate, și găsirea de soluții de corelare a cheltuielilor SCS cu cheltuielile înregistrate în cadrul Sistemului conturilor naționale - SCN și Sistemului European de Statistici Integrate de Protecție Socială.
  12. Am prezentat sub forma unor scheme de performanță abordările OECD privind îmbunătățirea schemelor de sănătate în funcție de domeniile tematice
  13. Am utilizat metoda DEA pentru determinarea eficienței sistemului de sănătate românesc în context european și am identificat plafoanele de eficiență față de care indicatorii de input și output a sistemului românesc de sănătate trebuie ajustați în vederea atingerii optimului de eficiență determinat prin intermediul aplicării metodei analizei datelor asociate.
  14. Am investigat prin aplicarea unui model panel de date cu efecte fixe, influența factorilor sezonieri asupra speranței de viață la nivel european, concentrându-mă asupra României ca studiu de caz, aspect care a permis analiza comparativă a influenței factorilor de risc și socio-economici asupra sănătății publice la nivelul țărilor membre europene.
  15. Am dezvoltat un cadru analitic robust care să identifice și să cuantifice impactul diferitelor variabile independente (nivelul de educație, mediu, libertatea economică) asupra variabilei dependente, speranța de viață. Această metodologie a fost esențială pentru a asigura că diferențele constatate în speranța de viață sunt atribuite cu precizie influențelor factorilor specifici analizați, și nu unor caracteristici neobservate ale țărilor incluse în studiu.

16. Am oferit o perspectivă detaliată asupra modului în care factorii structurali și politicile publice influențează sănătatea în diferite contexte naționale, punând în lumină particularitățile și provocările cu care se confruntă România în context european și am contribuit la literatura existentă aducând dovezi empirice din date recente și aplicând metode statistice avansate pentru a sprijini elaborarea politicilor de sănătate publică eficiente la nivelul Uniunii Europene.
17. Am subliniat importanța acțiunilor strategice care vizează îmbunătățirea factorilor de sănătate publică cu impact imediat asupra creșterii economice durabile.
18. Am susținut necesitatea dezvoltării politicilor publice adecvat finanțate cu impact asupra reducerii inegalităților și îmbunătățirea parametrilor de sănătate, care să contribuie la bunăstarea economică a populației și creșterea economiei românești
19. Am prezentat determinarea corelativă a echilibrului financiar al sistemului de sănătate din România prin intermediul metodei PCA și am demonstrat că dinamica veniturilor în sectorul medical și sănătate sunt relevante pentru a înțelege și a prezice comportamentul bugetar în acest sector.
20. Am demonstrat că dinamica cheltuielilor bugetare privind asistența socială are o corelație foarte puternică cu dinamica veniturilor bugetare, evidențiind astfel existența politicilor coerente ale finanțării cheltuielilor cu asistența socială.
21. Am arătat că alocarea fondurilor în domeniul sănătății a urmărit întotdeauna să găsească un echilibru între problemă și soluție. Cu toate acestea, rezultatele strategiei de gestionare a alocărilor au generat inconsecvențe care perpetuează dezechilibre de la an la an. În acest context am arătat că o reechilibrare a alocărilor ar putea contribui la eliminarea sinergiei în domeniul sănătății
22. Am formulat următoarele propuneri de îmbunătățire a performanței sistemului de sănătate din România prin:
  - Atingerea acoperirii universale a sănătății în condițiile unei optime monitorizări financiare, cu cointeresarea tuturor părților interesate;
  - Creșterea nivelului de securitate sanitară a populației din România;
  - Consolidarea măsurilor de pregătire și răspuns la amenințările geopolitice pentru sănătate;
  - Identificarea unor surse alternative de finanțare a sistemului de sănătate din România (intensificarea cercetării medicale și dezvoltarea cooperării internaționale în domeniu);
  - Creșterea contribuției financiare private la sănătate în România;
  - Reducerea risipei în sistemul public de sănătate;
  - Creșterea gradului de monitorizare a calității serviciilor de sănătate românești.
  - Efectuarea de demersuri pentru modernizarea infrastructurii sanitare românești;
  - Îmbunătățirea capacității logistice a sistemului medical din România.
  - Îmbunătățirea eficienței sistemului de sănătate românesc pe baza plafoanelor de eficiență calculate cu ajutorul metodei DEA (cheltuielile cu asistența medicală ar trebui diminuate cu cel puțin 1287 milioane euro, numărul total de paturi la 100000 locuitori ar trebui diminuat cu 59 paturi, iar numărul de medici activi în sistemul medical ar trebui crescut cu aproximativ 52000 de specialiști). Modificarea acestor parametri ai sistemului de sănătate ar trebui efectuată concomitent cu creșterea indicatorului speranță de viață sănătoasă bazată pe sănătatea percepută cu cel puțin 31% față de nivelul indicatorului din anul 2021;
  - Sprijinirea sistemului de sănătate românesc și atingerea performanței în sănătate prin intermediul investițiilor sociale sustenabile concentrate pe oameni. Considerăm că un aport

important îl reprezintă perfecţionarea sistemului educaţional în sensul unei mai bune cunoaşteri a riscurilor sanitare şi a eficientizării prevenţiei prin informarea adecvată a populaţiei, în special a celei de vârstă tânără.

- Atingerea performanţei în sănătate printr-o regândire a managementului strategic al sănătăţii, o mai bună planificare a achiziţiilor de medicamente şi materiale medicale, o regândire a parteneriatelor cu Comisia Europeană şi cu alte entităţi globale.

### 6.3. Relevanţa cercetării şi recomandări

Impactul diferenţierii financiare asupra sistemelor de sănătate a fost aprofundată în condiţii de specifice sistemelor de sănătate europeană. Au fost explorate modalităţile în care modele şi metodele propuse s-au dovedit a fi eficiente în generarea de opţiuni de eficienţă a sistemelor de sănătate. Am propus schimbarea paradigmei către asistenţa medicală bazată pe performanţă urmărindu-se evidenţierea necesităţii acestei schimbări şi a implicaţiilor acesteia pentru sistemele de sănătate. A fost analizat modul în care ţări precum România au implementat conceptul privind performanţa în sistemul de sănătate. În opinia noastră performanţa în sănătate va reprezenta unică garanţie a unei funcţionalităţi eficiente pentru sistemul românesc în contextul actual al provocărilor induse de criza economică şi dificultăţile în asigurarea alocărilor suficiente pentru buna funcţionare a sistemului. Am realizat evaluarea eficienţei modelelor de finanţare diferenţiată. În acest sens m-am concentrat pe evaluarea diferitelor modele utilizate în finanţarea sistemelor de sănătate şi pe analiza eficienţei acestora şi am examinat modul în care aceste modele contribuie la îmbunătăţirea eficienţei generale a sistemului. Pentru depăşirea problemelor de sincronizare în sistemul naţional de sănătate m-am concentrat pe ineficienţele observate din cauza lipsei de sincronizare şi am propus strategii financiare îmbunătăţite pentru sistemul sanitar românesc. Pentru asigurarea eficienţei sistemului de sănătate din România, propun următoarele recomandări:

1. Adoptarea de politici publice adecvate şi adaptate nevoilor de sănătate ale populaţiei:

- Atingerea acoperirii universale a sănătăţii în condiţiile unei optime monitorizări financiare, cu cointeresarea tuturor părţilor interesate;
- Promovarea activă a noi programe de prevenţie prin informaţii cu privire la factorii de risc şi modalităţile de prevenire a diferitelor afecţiuni şi prin promovarea activă a unui stil de viaţă sănătos;
- Îmbunătăţirea culturii sanitare a populaţiei prin se poate încuraja şi responsabiliza individul în ceea ce priveşte propria sănătate;
- Introducerea în şcoli a educaţiei sanitare va contribui la formarea unor adulţi responsabili şi conştienţi de importanţa unei vieţi sănătoase;
- Consolidarea unor măsuri de pregătire şi răspuns la ameninţări privind sănătatea populaţiei;
- Eficientizarea politicilor de asigurare a calităţii actului medical prin implementarea unor standarde şi proceduri clare, monitorizarea constantă a serviciilor medicale şi evaluarea periodică a rezultatelor.

2. Regândirea parteneriatelor cu Comisia Europeană şi cu alte entităţi globale:

- Însuşirea de bune practici în finanţarea sistemului de sănătate pentru asigurarea sustenabilităţii şi eficienţei acestuia prin adoptarea unor politici şi strategii de finanţare bazate pe principii de echitate şi solidaritate pentru a spori incluziunea socială;

- Creşterea cooperării cu instituțiile Uniunii Europene și internaționale în asigurarea schimburilor rapide de informații și tehnologii medicale și pentru găsirea de soluții la provocările comune în ceea ce privește sănătatea populației pentru a asigura accesul universal la servicii de sănătate de calitate și pentru a răspunde la amenințările globale precum pandemiile sau schimbările climatice;
- Reechilibrarea cererii și ofertei în domeniul sănătății printr-o planificare strategică și o colaborare strânsă între autorități, furnizori de servicii medicale și comunitatea medicală, prin asigurarea investițiilor în infrastructura medicală și dezvoltarea resurselor umane în domeniul sănătății;
- Creșterea gradului de acoperire a serviciilor medicale pentru îmbunătățirea accesului a îngrijiri specializate;
- Echilibrarea distribuției resurselor de asistență medicală între diferite regiuni sau comunități prin implementarea unor politici și programe de redistribuire a personalului medical și a echipamentelor în zonele cu deficiențe și dezvoltarea infrastructurii medicale în regiunile mai puțin dezvoltate, astfel încât acestea să poată oferi servicii de calitate și să atragă profesioniști în domeniul medical;
- Creșterea gradului de implicare a activității medicale primare și secundare în actul medical prin asigurarea unei monitorizări mai constante a pacienților și o diagnosticare mai rapidă a problemelor de sănătate.

### 3. Creșterea capacității administrative în sănătate:

- Adoptarea unor reforme legislative în sănătate privind protejarea sănătății populației și drepturilor pacienților;
- Realizarea unei comunicări active și eficiente între toți actorii implicați în actul medical, inclusiv pacienți și familiile acestora, pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale și creșterea încrederii în sistemul de sănătate;
- Creșterea implicării factorilor de decizie la nivel central, regional și local în identificarea și asigurarea funcționalității sistemului de sănătate prin dezvoltarea unor soluții mai eficiente și personalizate pentru fiecare comunitate locală, regiune în parte o mai bună distribuție a resurselor în domeniul sănătății.
- Sprijinirea sistemului de sănătate românesc și atingerea performanței în sănătate prin intermediul investițiilor sociale sustenabile concentrate pe oameni.

### 4. Îmbunătățirea finanțării sistemului de sănătate:

- Adoptarea unor măsuri macro-fiscale pentru reducerea subfinanțării și asigurarea sustenabilității sistemului de sănătate;
- Creșterea contribuției financiare private la sănătate în România;
- Creșterea taxelor sau impozitelor speciale destinate exclusiv finanțării în domeniul sănătății;
- Dezvoltarea parteneriatelor public-privat pentru a aduce resurse suplimentare în sistemul de sănătate respective colaborarea cu companii private, ONG-uri sau alte instituții interesate de îmbunătățirea accesului la servicii medicale;
- Creșterea eficienței și transparenței cheltuielilor din sistemul de sănătate prin adoptarea unor politici de achiziție strategică a medicamentelor și echipamentelor medicale, negocierea contractelor cu furnizorii de servicii medicale;



- Consolidarea sistemelor de sănătate, prin sporirea rezilienței acestora și optimizarea utilizării resurselor lor;
- Creșterea investițiilor în infrastructură medicală, recrutarea și formarea adecvată a personalului medical, precum și implementarea unei politici de achiziții eficiente a medicamentelor și echipamentelor medicale;
- Identificarea unor surse alternative de finanțare a sistemului de sănătate din România (intensificarea cercetării medicale și dezvoltarea cooperării internaționale în domeniu);
- Asigurarea accesibilității la medicamente a populației din perspectiva prețurilor și a disponibilității.

#### 5. Regândirea managementului strategic al sănătății:

- Orientarea către rezultate a activităților de management spitalicesc;
- Menținerea programelor strategice, în conformitate cu obiectivele asumate în planificare;
- Creșterea transparenței decizionale la nivelul unităților spitalicești;
- Creșterea gradului de digitalizarea spitalelor;
- Îmbunătățirea infrastructurii spitalicești prin asigurarea unor planuri viabile de investiții;
- Creșterea implicării active a personalului medical în actul de decizie, în procesul de asigurare a calității, prin participarea la programe de formare și dezvoltare profesională;
- Creșterea gradului de comunicare inter-instituțională în sistemul de sănătate;
- Reducerea deficitului de profesioniști din domeniul sănătății prin măsuri de atragere și retenție a personalului medical, precum și investiții semnificative în formare și educație în domeniul sănătății.
- Îmbunătățirea eficienței sistemului de sănătate românesc pe baza plafoanelor de eficiență calculate cu ajutorul metodei DEA (cheltuielile cu asistența medicală ar trebui diminuate cu cel puțin 1287 milioane euro, numărul total de paturi la 100000 locuitori ar trebui diminuat cu 59 paturi, iar numărul de medici activi în sistemul medical ar trebui crescut cu aproximativ 52000 de specialiști). Modificarea acestor parametri ai sistemului de sănătate ar trebui efectuată concomitent cu creșterea indicatorului speranță de viață sănătoasă bazată pe sănătatea percepută cu cel puțin 31% față de nivelul indicatorului din anul 2021;

#### 6.4. Limitele cercetării

Limitele prezentei cercetări constau în dificultatea identificării bazelor de date consolidate, obiectivele sanitare fiind monitorizate în mod diferit de organisme precum OECD, Eurostat, FMI, OMS, etc. Aceste organisme monitorizează și colectează date în moduri diferite, utilizând criterii și metodologii distincte. Acest lucru poate duce la discrepanțe și dificultăți în identificarea bazelor de date consolidate care să ofere un tablou complet și precis al obiectivelor sanitare la nivel global.

Totodată, identificarea datelor pentru ultimul an calendaristic reprezintă o provocare deosebită, deoarece colectarea și transmiterea datelor statistice presupune un proces informațional greoi și complex. Acest proces necesită implicarea mai multor instituții și organizații care trebuie să furnizeze și să verifice informațiile referitoare la diferite aspecte economice și sociale. În plus, adunarea datelor poate fi dificilă din cauza lipsei de cooperare a unor entități sau din cauza discrepanțelor între metodele de colectare utilizate.

O altă limită o reprezintă lipsa indicatorilor statistici relevanți, aceștia trebuind a fi deduși pe baza variației altor indicatori sau chiar omiși din analiză. Aceasta poate conduce la interpretări greșite sau la



concluzii incomplete în ceea ce priveşte situaţia sau tendinţele economice. Lipsa indicatorilor statistici relevanţi poate afecta planificarea strategică a guvernului sau persoanelor interesate, deoarece nu există date exacte pentru a fundamenta deciziile. Absenţa acestor indicatori poate compromite comparabilitatea şi evaluarea performanţei în timp, ceea ce face dificilă monitorizarea progresului sau a eficienţei.

### **6.5. Direcţii viitoare de cercetare**

Autorul îşi propune să continue prezenta cercetare prin implementarea următoarelor două direcţii viitoare de cercetare:

- D1. Analiza previzionată a evoluţiei sistemului de sănătate românesc în contextul crizei europene sistemice.
- D2. Aplicarea metodei scenariilor pentru identificarea alternativelor sustenabile de dezvoltare a sistemului de sănătate românesc în era digitalizării.
- D3. Realizarea unei analize privind sursele de finanţare a serviciilor medicale din România şi impactul lor asupra calităţii şi accesibilităţii acestor servicii.
- D4. Evaluarea şi cuantificarea modului în care nivelul de finanţare influenţează performanţa sistemului de sănătate românesc, cu accent pe indicatori precum: rata mortalităţii, speranţa de viaţă sau acoperirea asigurării medicale.
- D5. Studiu privind evaluarea rolului sectorului privat în furnizarea serviciilor medicale în România, analizând implicaţiile financiare pentru pacienţi şi calitatea actului medical oferit.
- D6. Impactul inovaţiilor în finanţarea serviciilor medicale din România asupra sustenabilităţii şi performanţei sistemului de sănătate.