

II 39.659  
—

**UNIVERSITATEA „DUNĂREA DE JOS” DIN GALAȚI  
FACULTATEA DE ECONOMIE ȘI ADMINISTRAREA  
AFACERILOR**

**INA CROITORU**

**UN MODEL DE MANAGEMENT PERFORMANT AL  
ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE DIN  
ROMÂNIA**

**REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT**

**CONDUCĂTOR ȘTIINȚIFIC  
Prof.univ.dr. NICULAE NICULESCU**

**GALAȚI  
2011**

11 39. 659

MINISTERUL EDUCAȚIEI, CERCETĂRII, TINERETULUI ȘI SPORTULUI  
UNIVERSITATEA „DUNĂREA DE JOS” DIN GALAȚI  
RECTORATUL

Către .....

Vă facem cunoscut faptul că pe data de **26.03.2011** ora **10.00**, în sala **I05 a Facultății de Economie și Administrarea Afacerilor** va avea loc susținerea publică a tezei de doctorat intitulată „**UN MODEL DE MANAGEMENT PERFORMANT AL ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA**” elaborată de doamna **ing.econ. CROITORU INA**, în vederea conferirii titlului științific de doctor în Domeniul de doctorat **Management**.

Comisia de doctorat are următoarea componență:

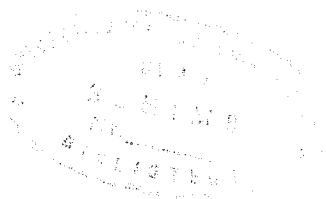
- Președinte:** Conf.univ.dr.econ. Costel Nistor  
Decan, Facultatea de Economie și Administrarea Afacerilor  
Universitatea „Dunărea de Jos” din Galați
- Conducător de doctorat:** Prof.univ.dr.econ. Nicolae Niculescu  
Universitatea „Petre Andrei” din Iași
- Referent 1:** Prof.univ.dr.econ. Tatiana Mosteanu  
Academia de Studii Economice București
- Referent 2:** Prof.univ.dr.econ. Gheorghe Zaman  
Membru corespondent al Academiei Române  
Director, Institutul de Economie Națională al Academiei Române
- Referent 3:** Prof.univ.dr.econ. Viorel Lefter  
Prorector, Academia de Studii Economice București
- Referent 4:** Conf.univ.dr.econ. Adrian Micu  
Universitatea „Dunărea de Jos” din Galați

Cu această ocazie vă transmitem rezumatul tezei de doctorat și vă invităm să participați la susținerea publică. În cazul în care doriți să faceți eventuale aprecieri sau observații asupra conținutului lucrării, vă rugăm să le transmiteți în scris pe adresa Universității, str. Domnească nr. 47, 800008, Galați, Fax 0236 461353.

RECTOR,  
Prof.univ.dr.ing. Viorel Mânzu

Secretar Serviciu Doctorat,  
Ing. Luiza Axinte

267832



## CUPRINS

<b>Introducere</b>	<b>3</b>
<b>Capitolul 1. Sisteme de asigurări de sănătate, avantaje, dezavantaje, limite</b>	<b>10</b>
1.1. Scurt istoric, definiții și tipuri ale asigurărilor de sănătate	10
1.2. Elemente caracteristice ale principalelor tipuri de sisteme de asigurări de sănătate	18
1.2.1. Asigurările publice de sănătate, sau asigurările obligatorii prin impozitare generală	18
1.2.2. Asigurările obligatorii cu taxe dedicate sănătății	21
1.2.3. Asigurările sociale de sănătate	22
1.2.4. Asigurările de sănătate private	25
1.2.5. Asigurările comunitare de sănătate	29
1.2.6. Conturile de economii medicale	31
1.2.7. Noi metode de finanțare	33
1.3. Tipuri de sisteme de asigurări practicate în diverse state ale lumii	35
1.3.1. Statele Unite ale Americii	35
1.3.2. Canada	41
1.3.3. Australia	43
1.3.4. Germania	45
1.3.5. Franța	48
1.3.6. Regatul Unit Englez	51
1.3.7. Olanda	53
1.3.8. Elveția	54
1.3.9. Cehia	55
1.3.10. Polonia	56
1.4. Concluzii la capitolul 1	57
<b>Capitolul 2. Sistemul de asigurări sociale de sănătate din România</b>	<b>62</b>
2.1. Scurt istoric al asigurărilor de sănătate din țara noastră	62
2.2. Instituții și organisme principale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România	73
2.2.1. Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate	73
2.2.2. Casele Județene de Asigurări Sociale de Sănătate	83
2.2.3. Ministerul Sănătății și Familiei	86
2.2.4. Autoritățile de Sănătate Publică	87
2.2.5. Colegiul Medicilor din România	89
2.2.6. Colegiul Farmaciștilor din România	89
2.2.7. Alți actori	90
2.3. Colectarea fondurilor necesare finanțării serviciilor de sănătate	90
2.4. Plata furnizorilor de servicii de sănătate	100
2.5. Concluzii la capitolul al 2-lea	114
<b>Capitolul 3. Piața serviciilor de sănătate din România</b>	<b>120</b>
3.1. Rolul pieței serviciilor de sănătate în cadrul economiei naționale	120
3.2. Nevoia și cererea de servicii de sănătate în România	122
3.3. Oferta de servicii de sănătate din România	143
3.4. Relațiile între nevoia, cererea și oferta de servicii de sănătate	169
3.5. Concluzii la capitolul al 3-lea	176
<b>Capitolul 4. Asigurările private de sănătate din România</b>	<b>179</b>
4.1. Evoluția sistemului de asigurări private de sănătate în România	179
4.2. Tipuri de asigurări private de sănătate	183

4.3. Oferta de servicii a societăților românești de asigurări	190
4.4. Concluzii la capitolul al 4-lea	196
<b>Capitolul 5. Informatizarea serviciilor de sănătate din România premisă a unui management performant</b>	<b>198</b>
5.1. Importanța informației în cadrul organizației	198
5.2. Nivelul de dezvoltare a rețelelor informaționale din sănătate la nivel global	199
5.3. Analiza sistemului informațional al sectorului serviciilor de sănătate din România	216
5.4. Propuneri de îmbunătățire a sistemului informațional al sectorului serviciilor de sănătate din România	224
5.5. Concluzii la capitolul al 5-lea	233
<b>Capitolul 6. Licitajia electronică în procurarea medicamentelor și materialelor sanitare - instrument posibil de scădere a costurilor serviciilor medicale</b>	<b>235</b>
6.1. Conceptul de achiziție publică	235
6.2. Reguli privind achizițiile publice în Uniunea Europeană și în România	240
6.3. Locul licitației electronice în cadrul achizițiilor publice	245
6.4. Achiziții ale unităților sanitare din România efectuate prin licitații electronice	256
6.5. Concluzii la capitolul al 6-lea	262
<b>Capitolul 7. Un model de management performant al asigurărilor sociale de sănătate</b>	<b>265</b>
7.1. Conceptul de management performant în asigurările de sănătate	265
7.2. Etape în construirea modelului de management al asigurărilor sociale de sănătate	274
7.2.1. Analiza SWOT a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România	274
7.2.2. Abordarea prin anchetă asupra populației	293
7.2.3. Abordarea prin informatori-cheie	314
7.3. Model de management performant al sistemului de asigurări sociale de sănătate	323
<b>Concluzii</b>	<b>349</b>
<b>Bibliografie</b>	<b>359</b>
<b>Anexe</b>	

## INTRODUCERE

Managementul administrației sistemului de sănătate românesc a suferit importante schimbări odată cu afirmarea pluripartitismului, impactul schimbărilor politice fiind considerabil asupra organizării și modului de acțiune, pe măsură ce a avut loc trecerea de la conducerea de tip autoritar, caracteristică statului totalitar, la conducerea democratică. Astfel, orientarea actuală vizează administrațiile centralizate pe cetățean, reprezentative, competente și eficiente, în care să fie promovate valori precum echitatea și calitatea ridicată a serviciilor. Pentru aceasta, managementul sistemului de asigurări de sănătate va trebui să aibă în vedere transformarea atitudinilor și comportamentelor funcționarilor publici, crearea unui serviciu public integrat, eficient și transparent din punctul de vedere al gestiunii sale, astfel încât să se satisfacă interesul public general și nu interesele alianțelor politice sporadice caracteristice mediului politic și economic românesc actual.

Rezultatele studiilor specialiștilor din țările dezvoltate cu tradiție în managementul administrațiilor publice se concentrează într-o viziune holistică a sistemului de management, care, adaptată serviciilor de sănătate, ar trebui să se bazeze pe următoarele componente: **piața serviciilor de sănătate, organizarea serviciului public de sănătate, furnizarea și finanțarea serviciilor de sănătate, imaginea organizației, respectiv cultura și filosofia organizației** care oferă astfel de servicii.

Principala problemă cu care se confruntă sistemul sanitar românesc rămâne totuși cea legată de finanțarea serviciilor de sănătate. Finanțarea oricărui tip de activitate economică este dependentă de structura, tipul și resursele sistemului în care se desfășoară acea activitate și nu în ultimul rând de cadrul juridic care guvernează respectivul domeniu de activitate. Prin urmare, finanțarea serviciilor de sănătate, privite ca sector strategic al oricărei economii naționale, depinde de structura sistemului de sănătate, resursele umane și financiare și de reglementările juridice ce stau la baza organizării și funcționării acestuia.

Lucrarea de față a fost concepută cu scopul de a înțelege seria transformărilor suferite de sistemul de sănătate românesc, de la perioada sa de început și până în prezent și cu scopul de a analiza și evalua cât mai corect posibil starea lui actuală, iar în urma stabilirii unui diagnostic, pentru stabilirea unui model de management eficient și adaptat cadrului economico-social actual.

În încercarea de a răspunde cerințelor viziunii holistice a sistemului de management prezentate mai sus, lucrarea a fost structurată pe șapte capitole în care s-a urmărit o abordare deductivă a unor concepte și instrumente legate de finanțarea serviciilor de sănătate precum **asigurările sociale de sănătate, piața serviciilor de sănătate, nevoia, cerea și oferta de servicii de sănătate, actorii din cadrul sistemului, modul de utilizare a informațiilor în sistem, achizițiile publice ale furnizorilor de servicii de sănătate** și studiul aspectelor de ordin general sau specifice sectorului sănătății. Aceasta cuprinde un număr de 36 tabele, 99 figuri și reprezentări grafice, 288 trimiteri în text și 4 anexe.

Stabilirea tematicii capitolelor și a succesiunii lor a urmărit conferirea unui caracter unitar lucrării, plecând de la prezentarea tuturor modalităților de finanțare a sistemelor de sănătate care se practică la nivel global și de la modul în care acestea se aplică, evidențind efectele pe care recurgerea la un anumit tip de finanțare a sănătății le are în cadrul celor mai reprezentative state ale lumii și continuând cu prezentarea și analiza sistemului românesc de finanțare a serviciilor de sănătate. Demersul analizei a urmărit identificarea tuturor aspectelor pozitive și negative care se manifestă ca urmare a implementării sistemului de asigurări sociale de sănătate,

precum și a cauzelor care le generează, pentru a obține o imagine a stării de fapt actuale a sistemului și pentru a putea stabili elementele de corecție necesare și ordinea aplicării acestora în vederea adaptării tipului de management pentru a se ajunge la performanță.

Pentru stabilirea determinanților sistemului de asigurări sociale de sănătate s-au folosit ca instrumente de studiu și analiză informațiile rezultate din rapoartele oficiale ale comisiilor de evaluare naționale și internaționale, coroborate cu informațiile rezultate din chestionarul conceput pentru determinarea imaginii consumatorilor despre sistemul de asigurări sociale de sănătate, administrația acestuia și a nivelului de satisfacție a acestora vis-a-vis de furnizarea serviciilor de sănătate, precum și datele rezultate în urma interviuării managerilor de la diverse niveluri ale sistemului.

Modelul astfel conceput reprezintă o sinteză a viziunii celor care administrează în prezent sectorul serviciilor de sănătate precum și a consumatorilor de servicii de sănătate, posibilitatea de aplicare a acestuia fiind condiționată de cadrul legislativ și politico-ideologic care va domina în viitorul apropiat mediul economico-social românesc.

## **CAP. 1. SISTEME DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE: AVANTAJE, DEZAVANTAJE, LIMITE**

### **1.1. Scurt istoric, definiții și tipuri ale asigurărilor de sănătate**

În cadrul acestui prim subcapitol este definit conceptul de asigurare socială de sănătate ca modalitate de finanțare a serviciilor de sănătate și sunt prezentate elementele caracteristice ale acesteia și evoluția sistemelor de asigurări sociale de sănătate în diverse state ale lumii.

### **1.2. Elemente caracteristice ale principalelor tipuri de sisteme de asigurări de sănătate**

În cadrul analizei s-a continuat cu abordarea celorlalte modalități de finanțare a serviciilor de sănătate utilizate la nivel mondial, începând cu asigurările publice clasice de tipul asigurării prin impozitare generală, continuând cu asigurările de sănătate private, asigurările comunitare de sănătate, conturile de economii pentru sănătate și terminând cu noile metode de finanțare a serviciilor de sănătate utilizate în țările dezvoltate.

### **1.3. Tipuri de sisteme de asigurări practicate în diverse state ale lumii**

În acest subcapitol sunt trecute în revistă sistemele de asigurări de sănătate practicate în câteva state ale lumii precum Australia, Statele Unite ale Americii, Canada, Regatul Unit Englez, Germania care constituie modele pentru țările fără tradiție în finanțarea sănătății precum și sistemele din ale state europene, ca de exemplu Franța, Elveția, Cehia și Polonia.

### **1.4. Concluzii la capitolul 1**

Finalul capitolului a fost rezervat realizării unor paralele între modalitățile de finanțare a serviciilor de sănătate pentru a stabili care sunt avantajele, dezavantajele și limitele fiecăruia dintre acestea. Astfel, concluziile care s-au impus au vizat următoarele (tabelul 1):

**Tabelul 1. Avantaje, dezavantaje și limite ale diverselor tipuri de sisteme de finanțare a serviciilor de sănătate**

TIPUL SISTEMULUI DE FINANȚARE	AVANTAJE	DEZAVANTAJE	LIMITE
ASIGURĂRI OBLIGATORII PRIN IMPOZITARE GENERALĂ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nu apar probleme legate de atragerea contribuabililor la fond;</li> <li>- dispersia riscului de boală se face în cadrul unui segment mare al populației;</li> <li>- există posibilitatea de a colecta resurse consistente datorită multitudinii tipurilor de taxe și impozite ce pot fi impuse de stat;</li> <li>- elimină selecția adversă și selecția riscului;</li> <li>- acoperirea este universală;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- se poate apela la presiune politică manifestată de unele grupuri de interese;</li> <li>- ineficiența utilizării fondurilor datorită numărului mare de obiective ce trebuie atinse simultan;</li> <li>- provocări mici oferite de managementul serviciilor publice;</li> <li>- scăderea calității prestației medicale datorită lipsei concurenței;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- în cazul existenței sectoarelor informale, o parte a populației se poate sustrage de la plata impozitelor și taxelor, mai puțin a taxelor pe consum;</li> <li>- până când devine deplin funcțional, sistemul trebuie susținut prin utilizarea paralelă a unei alte alternative de finanțare;</li> </ul>
ASIGURĂRI OBLIGATORII PRIN TAXE DEDICATE SĂNĂTĂȚII	<ul style="list-style-type: none"> <li>- izolează sumele alocate sănătății de competiția cu alte activități economice finanțate de la bugetul de stat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- reduce flexibilitatea luării deciziilor privind finanțările publice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stabilirea modului de utilizare a fondului este de natură politică</li> </ul>
ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rezolvă problema echității, în sensul că se subvenționează bătrânii de către tineri, bolnavii de către populația sănătoasă și săracii de către bogați</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apare problema hazardului moral, atât al consumatorului cât și al prestatorului de servicii medicale;</li> <li>- posibil ca eficiența sistemului să scadă în timp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eficiența maximă se atinge în combinație cu o altă alternativă de finanțare</li> </ul>
ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE PRIVATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- utilizarea eficientă a fondurilor;</li> <li>- reprezintă o alternativă viabilă de finanțare atât în țările în curs de dezvoltare dar mai ales în țările dezvoltate, utilizată pentru atingerea acoperirii universale;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apariția fenomenului de selecție adversă;</li> <li>- exclud de la asigurare unele categorii sociale;</li> <li>- uneori se ajunge la dispersia mică a riscurilor;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- necesită o legiferare foarte bine pusă la punct;</li> <li>- sunt condiționate de un nivel de trai ridicat al populației;</li> </ul>
ASIGURĂRI COMUNITARE DE SĂNĂTATE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- există posibilitatea asiguraților de a se implica în organizarea și supravegherea funcționării sistemului de sănătate;</li> <li>- reprezintă o alternativă viabilă de finanțare atât în țările în curs de dezvoltare dar mai ales în țările dezvoltate, utilizată pentru atingerea acoperirii universale;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nu se realizează dispersia riscului (grupul poate fi destul de redus);</li> <li>- uneori nu se respectă principiul echității în legătură cu accesul la serviciile de sănătate;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- depinde de existența unor organizații mutualc și a unor autorități locale capabile să se implice în finanțare</li> </ul>
CONTURJ DE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- reduce povara financiară a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apare problema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- posibil de practicat doar în</li> </ul>

ECONOMII MEDICALE	generațiilor active, care nu mai plătesc pentru generațiile ieșite la pensie	hazardului moral atât al consumatorului cât și al furnizorului de servicii de sănătate	șările cu nivel de dezvoltare ridicat
-------------------	--	--	---------------------------------------

## CAP.2 SISTEMUL DE ASIGURĂRI SOCIALE DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

### 2.1. Scurt istoric al asigurărilor de sănătate din țara noastră

În cadrul acestui subcapitol este analizat sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, începând cu constituirea acestuia și până în prezent, fiind prezentate principalele etape ale reformării sistemului sanitar din țara noastră și implicit ale reformării modalității de finanțare a serviciilor de sănătate. Accentul este pus pe explicarea mecanismului de finanțare și pe evidențierea aspectelor pozitive și negative caracteristice sistemului Semașko, sistemului de finanțare prin fond special destinat sănătății și sistemului de asigurări sociale de sănătate instituit prin Legea 145/1997, ce a început să funcționeze efectiv de la 1 ianuarie 1999.

### 2.2. Instituții și organisme principale din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România

În scopul completării imaginii sistemului de asigurări sociale de sănătate din țara noastră se face prezentarea principalilor actori ce activează în cadrul acestuia și a rolului și funcțiilor îndeplinite de către Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate (C.N.A.S.S.), casele județene de asigurări sociale de sănătate, Ministerul Sănătății, autoritățile județene de sănătate publică, Colegiul Medicilor din România, Colegiul Farmaciștilor din România și a altor actori ale căror acțiuni pot influența luarea deciziilor legate de finanțarea serviciilor de sănătate.

### 2.3. Colectarea fondurilor necesare finanțării serviciilor de sănătate

Prezentarea continuă cu analiza modului de colectare a fondurilor destinate finanțării serviciilor de sănătate, evidențind tipurile și ponderea surselor de finanțare a serviciilor de sănătate, începând cu anul 1990 și evoluția veniturilor Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (F.N.U.A.S.S), de la constituirea acestuia și până în prezent. Astfel, sursele de venit ale sectorului îngrijirii sănătății în perioada de după 1990 au fost următoarele (tabelul 2):

**Tabelul 2.** Ponderea surselor de finanțare a sectorului sănătății, pe tipuri de venituri, în perioada 1990-2004 (în % față de total surse de finanțare)

SURSA DE FINANȚARE	1990	1992	1995	1998	1999	2000	2002	2003	2004
Bugetul de Stat (impozite generale)	100	80,1	58,5	27,8	17,5	12,3	15,5	14,4	14,4
Bugetele Locale (impozite și taxe locale)	.	.	18	0,6	0,5	0,3	0,7	1	1,4
Fond special cu taxe dedicate sănătății	n.e.	16,8	18,2	3	2,5	2,5	n.e.	n.e.	n.e.



Asigurare socială (F.N.U.A.S.S)	n.e.	n.e.	n.e.	64,4	75,1	77	79,7	81	82,7
Surse externe	.	3,1	5,3	4,2	4,4	7,9	3,9	3,5	1,4
Plăți directe	.	.	.	.	.	.	0,2	0,1	0,1

Sursa: Raportul Ministerului Economiei și Finanțelor, 2007<sup>1</sup>

n.e. = non existente la momentul respectiv

După cum se observă din tabel, între anii 1990 și 1997 principala sursă de finanțare a fost bugetul de stat, decizia de alocare a resurselor fiind rezultatul procesului anual de fundamentare și aprobare a bugetului prin care se stabilea partea din acesta ce urma să revină sectorului sănătății, prin intermediul ministerului de resort.

Începând cu anul 1992 se remarcă apariția unei noi surse reprezentată de fondul special colectat din taxe dedicate sănătății care includea contribuția angajatorilor de 2% din fondul total de salarii și taxele din vânzarea și promovarea produselor alcoolice și tutunului, ce completează finanțarea de la bugetul de stat.

Tot din 1992 apar și noile surse sub forma donațiilor, contribuțiilor de la fonduri caritabile sau împrumuturilor externe, însă nesubstanțiale comparativ cu celelalte două surse de finanțare. Împrumuturile externe au jucat un rol substanțial în dezvoltarea sectorului îngrijirii sănătății din România, acestea regăsindu-se sub forma proiectelor inițiate de organizații financiare internaționale, la care țara noastră a fost membră.

Plățile directe prezente în tabel, reprezintă participarea asiguraților la acoperirea cheltuielilor cu serviciile medicale prin co-plată.

Începând cu anul 1998, România trece la finanțarea a sistemului de sănătate prin asigurări de sănătate obligatorii în urma aprobării Legii 145/1997. Conform Legii asigurărilor sociale de sănătate, a fost instituit Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate ce se constituie din următoarele tipuri de surse:

**contribuții ale persoanelor fizice și juridice;**

**subvenții primite de la bugetul de stat;**

**donații, sponsorizări, dobânzi și venituri obținute din exploatarea patrimoniului**

**C.N.A.S.S. de caselor județene de asigurări de sănătate;**

**prelevări din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății Publice;**

**alte venituri obținute în condițiile legii.**

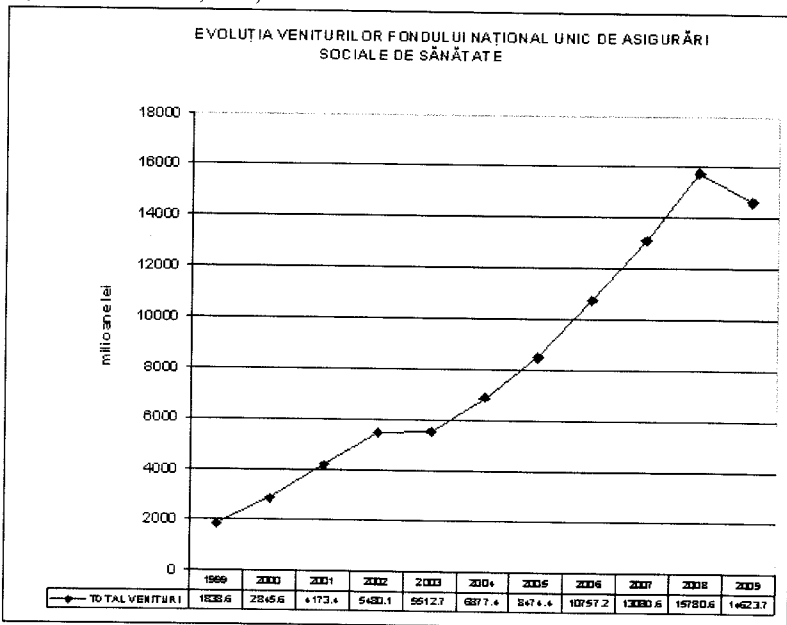
Conform dispozițiilor **Ordonanței Guvernului nr. 86/2003** aprobată cu modificări prin Legea 609/2003 și completări ulterioare, colectarea contribuțiilor la F.N.U.A.S.S. de la angajatori și persoane cu calitatea de salariat se face prin A.N.A.F., în contul unic al C.N.A.S.S. deschis la organele fiscale teritoriale. Pentru persoanele fizice care înregistrează venituri de alt tip decât din salarii, colectarea se face în urma completării de către acestea a unor documente fiscale ce trebuie depuse la organele fiscale de care aparțin, calculul contribuțiilor datorate fondului făcându-se la sediul casei județene de asigurări de sănătate<sup>2</sup>, pe baza documentelor eliberate de organul fiscal, iar încasarea

<sup>1</sup> citat de Vlădescu și alții în Romania Health System Review. The European Observatory on Health Systems and Policies, no.3, vol.10, 2008, p. 50, 55

<sup>2</sup> sau la sediul caselor de asigurări de sănătate ale Ministerului Transporturilor, Locuințelor și Turismului respectiv caselor Ministerului Ordinii Publice Siguranței Naționale și Autorității

se face direct prin casieria acesteia. Contribuția angajaților la fond este stabilită ca procent de 5,5% din totalul veniturilor din salarii, a angajatorilor ca 5,2% din fondul brut de salarii acordate angajaților, iar pentru persoanele care se asigură facultativ, 10,7% din veniturile de altă natură decât cele din salarii<sup>3</sup>.

Evoluția veniturilor **Fondului Național Unic al Asigurărilor Sociale de Sănătate**, de la constituirea sa și până la sfârșitul anului 2009 este prezentată în figura 1 (Sursa : C.N.A.S.S., 2010).



**Figura 1.** Evoluția veniturilor **Fondului Național Unic al Asigurărilor Sociale de Sănătate**, de la constituirea sa și până la sfârșitul anului 2009

#### 2.4. Plata furnizorilor de servicii de sănătate

După analizarea modului de colectare a veniturilor F.N.U.A.S.S. are loc prezentarea modalităților de plată a furnizorilor de servicii ce intră în relații contactuale cu terțul plătitor reprezentat de casa de asigurări sociale de sănătate.

Astfel, în urma contractării cu casele de asigurări sociale de sănătate, furnizorii pot fi plătiți în funcție de tipul acestora, anume **practicienii individuali** (medici de familie, medici specialiști) sau **instituții sanitare** (spitale, centre de sănătate, etc.).

În literatura de specialitate<sup>4</sup> se cunosc următoarele metode de plată a **practicienilor individuali**:

**a. Plata prin capitație** - reprezintă o modalitate de rambursare a contravalorii serviciilor medicale prestate în funcție de numărul de pacienți înregistrați pe listele unui medic, pentru o anumită perioadă de timp dată.

Judecătorești, în cazul contribuabililor ce lucrează în domeniile administrate de acestea

<sup>3</sup> conform Legii nr. 95/2006 publicată în Monitorul Oficial al României nr.372/28 aprilie 2006 cu completări și modificări ulterioare

<sup>4</sup> Țurlea E., Gheorghe A., *Finanțarea îngrijirilor de sănătate din România*, în Managementul și Organizarea Asigurărilor Sociale de Sănătate, Ed. Universității din București, 2007, p.24,27

**b. Plata per serviciu prestat pacientului** – presupune o stabilire prealabilă a unei unități de plată și a prețului acesteia. În acest caz prestatorul de servicii trebuie să întocmească și să trimită terțului plătitor raportări lunare cu cantitatea și tipul serviciilor prestate pe o perioadă de o lună, urmând ca acesta din urmă, după verificarea raportărilor și prin utilizarea unei scheme tarifare unice, să ramburseze sumele convenite fiecărui furnizor de servicii în parte.

**c. Plata în funcție de realizarea unor obiective** – este mai degrabă o plată subsidiară capitației și se utilizează atunci când se dorește realizarea unui anumit volum de servicii ce sunt necesare de regulă în cadrul programelor sau subprogramelor naționale, ca de exemplu realizarea imunizărilor prin vaccinare, a examenelor pentru stabilirea stării de sănătate a populației, etc.

**d. Plata sub formă de sumă fixă** – reprezintă de fapt, plata prin salariu și se folosește de cele mai multe ori în combinație cu acordarea de bonusuri sau alt fel de avantaje pe lângă suma fixă acordată lunar, pentru a stimula creșterea performanțelor personalului din sistem, însă creșterea calității și volumului de servicii se va produce doar dacă se monitorizează corect performanțele pentru care se acordă acele avantaje.

Ca mecanisme de plată a unităților sanitare citate în literatura de specialitate se cunosc:

**a. Plata pe unitate de serviciu furnizată** – presupune existența unui acord semnat în prealabil între terțul plătitor și furnizorul de servicii prin care se convine asupra unui tarif primit pentru o anumită unitate de servicii prestată de către acesta din urmă. Această unitate de servicii poate fi definită ca *ziua de spitalizare, serviciu prestat sau procedură aplicată, sumă fixă pe pacient tratat, costul pe tip de pacient (D.R.G.)*.

**b. Plata prin buget** – presupune alocarea unor sume fixe pentru un an, mărirea acestora fiind stabilită fie pe bază de buget normativ, buget calculat pe baza costurilor istorice sau buget calculat pe baza numărului anticipat de pacienți.

Astfel, în urma contractării cu furnizorii de servicii de sănătate, au loc consumuri din fondul caselor de asigurări de sănătate, concretizate la nivel național prin cheltuieli din F.N.U.A.S.S.

Retrospectiv, în perioada 1999-2009 se constată o evoluție a cheltuielilor Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate prezentată în figura 2, (Sursa: C.N.A.S.S., 2010).

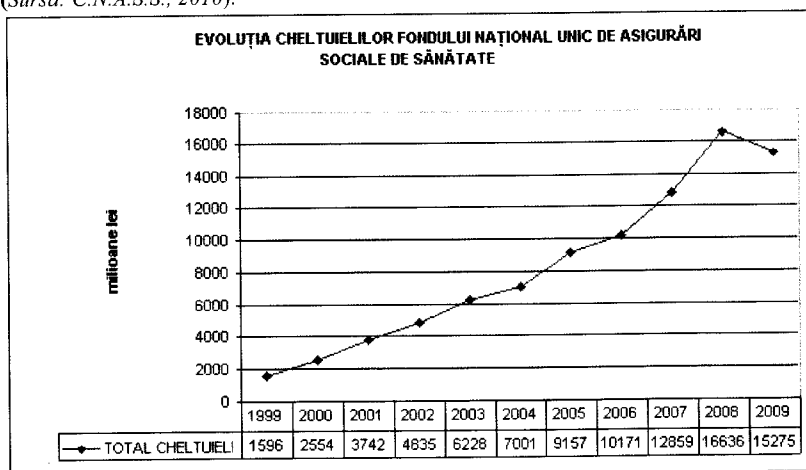


Figura 2. Evoluția cheltuielilor Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate din 1999 până în 2009

### 2.5. Concluzii la capitolul al 2-lea

Sistemul sanitar din țara noastră este o organizație complexă rezultată în urma reformării vechiului sistem național de sănătate ce funcționase în România până în 1989, aflată în dezvoltare și construită cu scopul de a furniza servicii de sănătate în cadrul pieței de profil și în condițiile acesteia.

Din punctul de vedere al organizării, sistemul național de sănătate se prezintă schematic ca în figura 3., iar finanțarea acestuia se face în principal prin mecanismul asigurărilor sociale de sănătate.

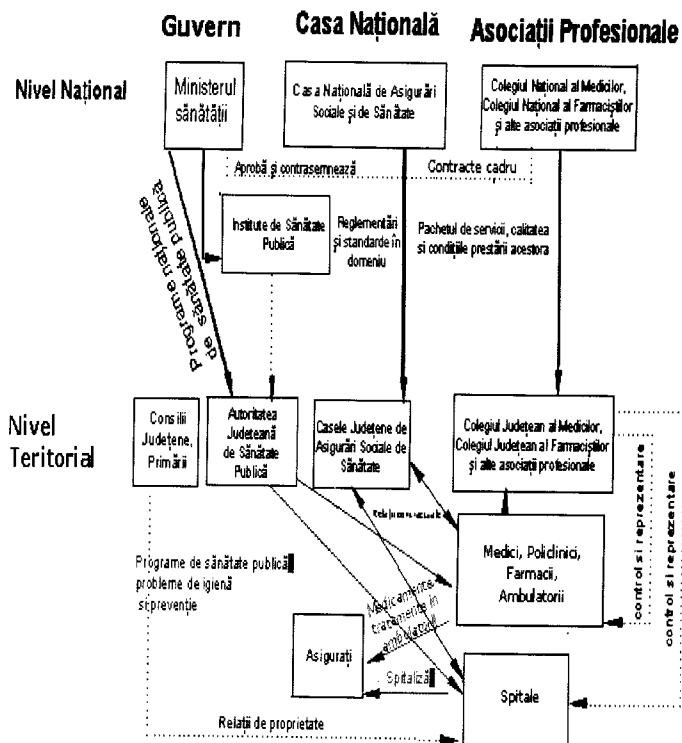


Figura 3. Organizarea sistemului de sănătate din România

Finanțarea prin asigurări sociale de sănătate, demarată de la 01 ianuarie 1999 are la bază constituirea unui fond național unic de asigurări de sănătate, pe baza contribuțiilor tuturor persoanelor fizice care obțin venituri și a persoanelor juridice sau fizice care angajează personal salariat, fond din care se rambursează furnizorilor de servicii de sănătate care contractează cu casele de asigurări sociale de sănătate, valoarea serviciilor prestate în anumite perioade de timp.

Specific acestui mod de finanțare a serviciilor de sănătate este faptul că s-a separat furnizorul de servicii de sănătate de finanțatorul acestora, cu scopul de a se căpăta o mai mare autonomie în ceea ce privește managementul fondurilor destinate sănătății, punându-se accentul pe încheierea de contracte între cei care cumpără (în cazul acesta terțul plătitor, adică casele de asigurări sociale de sănătate ca reprezentante ale asiguraților) și cei care oferă servicii de sănătate.

Elementele esențiale ale reformei realizate în domeniul sănătății în România au fost următoarele:

- •au fost modificate principiile politicii sanitare și fixate noi obiective strategice, stabilindu-se totodată metodele utilizate în aplicarea măsurilor de reformă;
- •au avut loc modificări structurale cu scopul de a descentraliza gestiunea serviciilor de sănătate, bazate pe trecerea patrimoniului sanitar din proprietatea statului în proprietatea organelor administrațiilor locale sau proprietatea privată a unor anumite categorii de furnizori de servicii medicale pentru administrarea mai eficientă a acestuia și pentru a încuraja practicile independente în unități publice sau private;
- •a fost adaptată legislația prin modificarea și completarea cadrului legislativ la contextele economice, financiare și politice naționale și internaționale;
- •s-a mărit treptat numărul actorilor implicați în sistem, aceștia căpătând noi roluri și atribuții cu scopul de a defini structura sistemului și de a-l face cât mai eficient posibil.

### **CAP.3. PIAȚA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA**

#### **3.1. Rolul pieței serviciilor de sănătate în cadrul economiei naționale**

Piața serviciilor de sănătate are un rol deosebit în cadrul economiei oricărui stat, prin dezvoltarea acesteia asigurându-se o mai bună satisfacere a nevoilor de sănătate ale populației și o mai bună adaptare a ofertei la cererea de servicii de sănătate. Această piață are câteva caracteristici care o fac să se deosebească net de celelalte piețe ale bunurilor și serviciilor:

În cadrul ei se remarcă două segmente: *piața serviciilor publice de sănătate*, în cadrul căreia predominant este criteriul utilității și *piața serviciilor de sănătate private*, care funcționează pe principiul rentabilității;

Nevoia de servicii de sănătate se manifestă diferit, aceasta putându-se încadra atât în categoria nevoilor primare, cât și în cadrul unor categorii de nevoi superioare;

Intrarea în categoria ofertanților de servicii de sănătate este restricționată atât în ceea ce privește intrarea în profesiunea de medic, cât și în ceea ce privește organizarea unităților medicale în care se pot desfășura activități de prestări servicii de sănătate, ce trebuie să se alinieze la criteriile impuse de lege și de organisme ce se ocupă cu normarea calității acestor servicii;

Spre deosebire de piețele normale, în care prețul joacă rol decisiv, pe această piață nu se pot stabili corelații directe între cantitatea și calitatea serviciilor medicale prestate la un moment dat unui individ și costul acestor servicii, acest lucru putând fi posibil doar în cadrul segmentului privat al pieței serviciilor de sănătate;

Există mai multe modele de cumpărare a serviciilor de sănătate, în fiecare stat utilizându-se modelul/modelele care se adaptează cel mai bine contextului

economic, definirea acestora corelându-se cu modelul predominant de organizare a sistemului de sănătate din statul respectiv. Păreră specialiștilor este aceea că strategiile de cumpărare a serviciilor de sănătate constituie factorul cel mai important care stă la baza îmbunătățirii performanțelor sistemelor de sănătate<sup>5</sup>

Principalul rol al serviciilor de sănătate în cadrul economiei unei țări este acela că prin asigurarea stării optime de sănătate a populației active din cadrul unei țări, se asigură de fapt o creștere a nivelului PIB-ului, datorită faptului că populația aptă de muncă va da un randament crescător al producției de bunuri și servicii.

### **3.2. Nevoia și cererea de servicii de sănătate în România**

Determinarea nevoii de servicii de sănătate reprezintă o condiție importantă în asigurarea unui management corect al fondului de asigurări de sănătate, indiferent dacă este vorba de fondurile publice sau private. Din acest punct de vedere interesează atât aprecierile cantitative, dar mai ales calitative ale segmentelor în care se împarte populația țării, în funcție de starea sănătății și de estimările care se fac legat de evoluția stării de sănătate a populației având la bază mai multe criterii, precum vârsta, sexul, modul de viață, nivelul de trai, antecedentele genetice, etc.

Pe de altă parte, în cadrul serviciilor publice de sănătate, poziția de contribuabil la veniturile publice conferă cetățenilor drepturi în calitate de clienți, aceștia nemaifiind priviți ca simpli consumatori finali. Mai mult decât atât, o mai bună relație furnizor-consumator de servicii de sănătate implică și existența posibilității de a alege, informarea permanentă asupra tarifului serviciului și identificarea unor opțiuni. Din acest motiv, managerii serviciilor de sănătate vor trebui să acorde o atenție mai mare dezvoltării unei relații bune cu clienții, mai ales când aceștia participă activ la procesul de realizare a serviciului public respectiv.

Astfel, fiecare stat realizează proiecțiile proprii legate de populație, plecând de la datele concrete ce se pot colecta, analiza și centraliza pentru a determina nivelul unor indicatori statistici utilizați pentru a reflecta dimensiunile cererii potențiale și efective de servicii de sănătate pentru anumite perioade.

### **3.3. Oferta de servicii de sănătate din România**

În cadrul pieței serviciilor de sănătate, oferta de servicii de sănătate se referă la totalitatea serviciilor prestate în unități publice sau private în care sunt cuprinse servicii de diagnostic, servicii ambulatorii, de spitalizare sau alte activități ce vizează domeniul medical sau paramedical.

În momentul de față se diferențiază o ofertă publică, care răspunde doar la o anumită parte din nevoia socială, o altă parte din această nevoie socială rămâne neacoperită, în timp ce o altă parte rămâne să fie satisfăcută prin oferta privată. Din acest motiv, unii economiști vehiculează ideea că cererea și oferta de servicii în sănătate trebuie abordate și determinate independent.

În ceea ce privește țara noastră, este indiscutabil faptul că schimbările petrecute în economia și societatea românească după 1989 au avut influență și asupra sistemului de sănătate, în cadrul căruia, cea mai mare schimbare s-a resimțit legat de oferta de servicii și modul de finanțare a acestora. Urmărind tendința din spațiul european, de descentralizare a serviciilor de sănătate și de trecere a unităților sanitare publice de sub tutela administrației centrale prin transferarea patrimoniului lor la nivel

<sup>5</sup> Vlădescu, C., Enăchescu, D., Dragomirișteanu, A., et colab., *Politici de alocare a resurselor și de planificare a personalului medical în sistemele de sănătate. România în contextul internațional*. Editura Centrului pentru politici și servicii de sănătate, București, 2001, p. 35-38

local, au avut loc concomitent apariția și dezvoltarea unor noi tipuri de furnizori de servicii de sănătate caracteristici sectorului privat<sup>6</sup>

Astfel numărul furnizorilor de servicii de sănătate de talie mică a crescut și odată cu acesta și nivelul tehnologic, cu repercusiuni asupra calității actului medical. Însă deși numărul furnizorilor de servicii a crescut, România se situează destul de departe comparativ cu țările europene în ceea ce privește personalul de specialitate ce prestează servicii de sănătate.

### 3.4. Relațiile între nevoia, cererea și oferta de servicii de sănătate

Importanța abordării pieței pentru managerii serviciilor de sănătate reiese din rezultatele analizei, care, coroborate cu recomandările specialiștilor, au scos în evidență faptul că, în condițiile ineficienței cronice a sectorului public al serviciilor de sănătate din România, delimitarea clară între oferta publică și oferta privată, modul de determinare a nivelului nevoii și a cererii de servicii de sănătate și adecvarea ofertei la acestea reprezintă cheia de boltă a întregii structuri administrative a sistemului de sănătate

Pentru a ilustra și înțelege mecanismul apelării la serviciile de sănătate este nevoie de o abordare sistemică de genul modelului comportamental al utilizării serviciilor de sănătate în cadrul căruia se delimitează patru componente (figura 4)<sup>7</sup>:

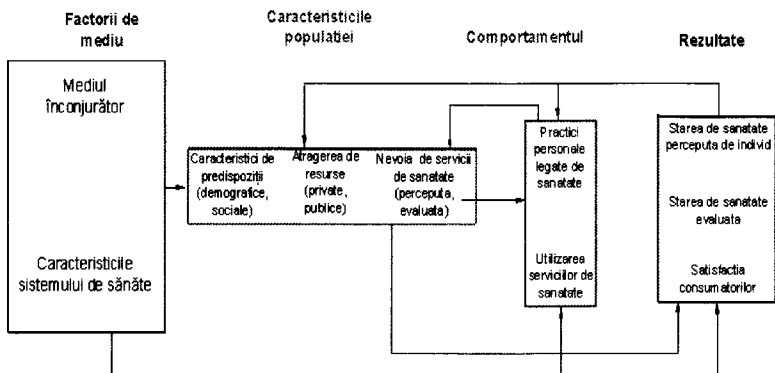


Figura 4. Model comportamental al utilizării serviciilor de sănătate

În cadrul pieței serviciilor de sănătate există relații specifice între nevoia, cererea și oferta de servicii în funcție de care, la un moment dat se pot manifesta mai multe tipuri de dezechilibre

O piață ideală a serviciilor de sănătate ar fi aceea în care orice nevoie de servicii de sănătate ar genera cererea de servicii care să fie satisfăcută printr-o ofertă compatibilă ce vine în întâmpinarea acesteia, la un preț stabilit în cadrul pieței.

În sistemele reale de sănătate situația este diferită, din multiple motive, astfel încât în cadrul lor sau a subsistemelor care se ocupă cu finanțarea acestora se iau în

<sup>6</sup> Croitoru, I., *The Importance of Management Contract in Increasing the Efficiency of Health Units in Romania*, în Buletinul Științific al Universității George Bacovia, Bacău, anul XI, nr. 1/2008, ISSN: 1454-5675, p. 205-216

<sup>7</sup> după Williams S.J., Torrens P.R., *Introduction to Health Services*, Delmar, Washington D.C., 1999, p. 89

calcul doar acele nevoi pentru care există ofertă capabilă să le satisfacă cel puțin parțial, iar funcționarea acestor sisteme, în ansamblul lor, are la bază existența unor relații specifice între actorii din cadrul acestora.

Unii specialiști consideră că între nevoile reale și cererea de servicii de sănătate există decalaje ce devin cu atât mai mari cu cât nivelul ofertei este mai scăzut. Mai mult, cererea de servicii medicale nu este nelimitată și poate fi chiar previzibilă cu suficientă acuratețe dacă se cunosc suficient informații legate de starea sănătății populației, scopurile furnizorilor și stilul de lucru al fiecărei categorii de furnizori.

### 3.5. Concluzii la capitolul al 3-lea

Pentru a se ajunge la managementul performant al asigurărilor sociale de sănătate managerii trebuie să țină cont de faptul că piața serviciilor de sănătate reprezintă un tip special de piață, ce se caracterizează prin:

**incertitudine** (nu se cunoaște cu exactitate când vor avea asigurării nevoie de servicii, ce cantitate de servicii va fi apelată într-un anumit interval de timp, cât de complexe vor trebui să fie acestea și ce efecte utile va avea prestarea acestora);

**asimetrie** (neconcordanță între informațiile care există și circulă în cadrul sistemului de sănătate între părțile implicate în activitatea sanitară, precum furnizorii de servicii, consumatori, terți plătitori, sau reprezentanți ai autorităților);

**inexistența mecanismelor proprii de stabilire a tarifelor** serviciilor de sănătate ;

existența **problemelor de etică** concretizate în nevoia de a lua decizii sub influența a numeroși factori obiectivi și subiectivi, tinând permanent cont de existența unei granițe ce nu trebuie depășite, între cercetare și tratament, între eficient din punct de vedere economic și corect din punct de vedere etic sau moral și nu în ultimul rând, între viață și moarte.

Guvernul poate avea un rol important în stimularea prevenirii îmbolnăvirilor și menținerea stării normale de sănătate a indivizilor, prin utilizarea unor instrumente specifice, de tipul programelor de sănătate și campaniilor de prevenire a îmbolnăvirilor, cu influență asupra cererii de servicii pe termen mediu și lung.

Piața serviciilor de sănătate este continuu perfectibilă, din trei considerente, care explică impasul acesteia și necesitatea intervenției guvernamentale continue :

**Eșecul pieței** – acesta este legat de condițiile ce se constituie ca și constrângeri asupra modului său normal de funcționare și poate fi analizat atât din perspectiva cererii cât și din perspectiva ofertei de servicii de sănătate.

**Existența unor externalități negative** – acestea se concretizează în efectele pe care le produce prestarea de servicii de sănătate asupra altor categorii de persoane decât cele cărora le sunt destinate serviciile propriu-zise.

**Costurile serviciilor de sănătate** – reprezintă un alt motiv care reclamă intervenția guvernamentală în cadrul pieței serviciilor medicale și care stă la baza stabilirii procentului din PIB alocat sistemului de sănătate. De aici iau naștere cele mai multe controverse privind gradul de intervenție guvernamentală, reformarea și finanțarea sistemelor de sănătate, sau oportunitatea existenței parteneriatului public-privat în sănătate.

Indicatorii de sănătate în România au înregistrat o îmbunătățire constantă în ultimul deceniu. Este important, însă ca acest proces să continue, iar pentru aceasta



factorii de elaborare a politicii în domeniul sănătății și C.N.A.S.S. vor trebui să urmărească patru obiective fundamentale:

- asigurarea unui acces sporit;
- reducerea poverii cheltuielilor de sănătate pentru populație;
- orientarea cheltuielilor îndeosebi asupra măsurilor preventive și asistenței primare
- îmbunătățirea performanței spitalelor și a calității serviciilor de asistență medicală.

În prezent cheltuielile pentru sănătate sunt cu precădere orientate spre asistența pe baza spitalizării, care este costisitoare. Corectarea acestui dezechilibru este un pas deosebit de important pe care România îl poate face pentru atingerea acestor obiective în vederea îmbunătățirii indicatorilor de sănătate și a creșterii beneficiilor de pe urma investițiilor publice în domeniul sănătății<sup>8</sup>.

## **CAP.4. ASIGURĂRILE PRIVATE DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA**

### **4.1. Evoluția sistemului de asigurări private de sănătate în România**

În cadrul acestui subcapitol este prezentat sectorul asigurărilor de sănătate private din țara noastră, ca element posibil de preluare a unei părți din riscul financiar al îmbolnăvirii populației. Este evidențiat faptul că acestea există în cadrul economiei românești de scurtă vreme și faptul că din punctul de vedere al categoriilor de asigurări de sănătate private oferta este diversificată și se adresează unei game largi de asigurați potențiali.

### **4.2. Tipuri de asigurări private de sănătate**

Asigurările private de sănătate pot fi clasificate după diverse criterii, în funcție de care se structurează și oferta firmelor de asigurări care furnizează acest tip de servicii.

Gama largă de contracte de asigurare de sănătate privată pe care firmele de specialitate le oferă pe piață este determinată de o serie de factori precum caracterul individual sau colectiv al contractului, procedurile medicale incluse sau excluse, raportul dintre cuantumul despăgubirilor și cel al primelor, riscurile acoperite, raportul public/privat legat de finanțarea serviciilor de sănătate<sup>9</sup>, etc.

Cele mai frecvente produse oferite de companiile de asigurări sunt:

- Asigurarea medicală standard
- Asigurarea medicală extinsă
- Asigurarea pentru intervenții chirurgicale
- Asigurarea asistenței medicale pe termen lung
- Asigurarea medicală pentru boli incurabile
- Asigurarea venitului în perioada de incapacitate de muncă
- Asigurarea de accidente
- Asigurarea de călătorie
- Asigurarea dentară
- Asigurarea colectivă de sănătate

265832

<sup>8</sup> Nota de față dezvoltă constatările și concluziile celor mai recente lucrări în domeniul sănătății ale Băncii Mondiale utilizate în cadrul programului Băncii de sprijinire a sectorului de sănătate din România în următorii trei ani începând cu anul 2007 (World Bank, Romania – *Health Sector Policy Note ESCHD*, 2007)

<sup>9</sup> Dan Constantinescu, *Tratat de asigurări*, Ed. Economică. București, 2004, p. 44

### **4.3. Oferta de servicii a societăților românești de asigurări**

În țara noastră, oferta de asigurări private de sănătate provine din partea multor furnizori, dintre care se remarcă 11 societăți de asigurare<sup>10</sup>. Așa cum arată statisticile, evoluția pieței asigurărilor de sănătate a fost destul de lentă datorită, pe de o parte, mentalității consumatorului român de servicii de sănătate, care consideră în continuare că acestea trebuie furnizate de către sistemul asigurărilor de stat, iar pe de altă parte lipsei legislației clare în domeniu. Asigurările de sănătate private au fost instituite și prevăzute să se dezvolte ca o alternativă viabilă de finanțare la plata din buzunar a serviciilor de sănătate și la finanțarea prin sistemul public de asigurări de sănătate considerat deficitar din cauza îmbătrânirii populației, a creșterii costurilor serviciilor medicale și a dezechilibrului existent între numărul mic de contribuabili la fondul național unic de asigurări de sănătate și numărul mare de beneficiari de servicii.

Deși a cunoscut o creștere nesemnificativă din punctul de vedere al participării la finanțarea serviciilor de sănătate și chiar dacă pe parcursul celor 6 ani de la legiferarea acestui domeniu al asigurărilor în țara noastră în anul 2004, piața asigurărilor private de sănătate a cunoscut fluctuații, specialiștii apreciază că aceasta are perspective favorabile de dezvoltare, prevăzând creșteri până la 20 milioane euro în următorii cinci ani și până la 100 milioane euro peste 10 ani.

O evaluare a pieței asigurărilor private din țara noastră este destul de greu de evidențiat, datorită criteriilor de clasificare a asigurărilor, care împart tipurile de contracte de asigurări de sănătate în funcție de cele două mari grupe, asigurările generale și asigurările de viață. Din acest punct de vedere, oferta societăților de asigurare românești este destul de variată și cuprinde un număr mare de produse adaptate la categoriile actuale de clienți potențiali.

Dezvoltarea unei piețe a asigurărilor private de sănătate în țara noastră este oportună, întrucât, în actualul context economic, aceasta ar reprezenta o alternativă de completare a finanțării unui sector costisitor cum este cel al serviciilor de sănătate, alături de finanțarea oferită de sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

### **4.4. Concluzii la capitolul al 4-lea**

Funcționarea unui parteneriat între finanțarea publică și cea privată poate fi considerată oportună întrucât acesta este practicat cu succes în multe state care fac parte din Uniunea Europeană și în care contextul economic și problematica finanțării sectorului sănătății sunt asemănătoare cu cele din România.

Necesitatea dezvoltării sistemului de asigurări private de sănătate în țara noastră este demonstrată și prin faptul că sistemul public nu acoperă în întregime, sub raportul categoriilor de populație și din punct de vedere geografic, gama de servicii medicale la care asigurații din sistemul de asigurări sociale ar trebui să aibă acces. Astfel, principalul rol al dezvoltării sistemului de asigurări private de sănătate este acoperirea deficitului dintre cerințele pieței serviciilor medicale și posibilitățile de acoperire a lor oferite de sistemul public, nepunându-se problema concurării acestuia din urmă.

Factorii politici de decizie susțin în momentul de față, urmând exemplul politicilor Uniunii Europene, deschiderea către sistemul privat de îngrijire și de finanțare a serviciilor medicale, întrucât este important să se stimuleze responsabilitatea individuală față de menținerea sănătății, fapt demonstrat în primul rând prin reformarea actuală a sistemului de sănătate românesc.

<sup>10</sup> este vorba despre Aliantz Țiriac Asigurări S.A., Asiban Asigurare-Reasigurare S.A., Asirom S.A., Astra Asigurări -Uniqua Group Austria, BCR Asigurări, BCR Asigurări de Viață, BT Asigurări, Generali Asigurări S.A., ING, Interamerican Romania, Omniasig Vienna Insurance Group.

## **CAP.5. INFORMATIZAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA PREMIȘĂ A UNUI MANAGEMENT PERFORMANT**

### **5.1. Importanța informației în cadrul organizației**

Existența unui sistem informațional al sistemului de sănătate are o mare importanță atât în cadrul asistenței medicale cât și pentru asigurarea legăturilor între centrii de decizie și ceilalți actori care participă în cadrul acestuia. Reforma din cadrul sistemului sanitar din România a impus și schimbarea fundamentală a sistemului informațional al serviciilor medicale și de asigurare.

Având în vedere faptul că în cadrul sistemului informațional al ocrotirii sănătății trebuie colectat, prelucrat și stocat un volum foarte mare de informații ce stau la baza deciziilor viitoare și a evaluării stării de sănătate a populației, se subînțelege importanța conceperii unei infrastructuri informaționale care să permită atingerea acestor obiective în timp real.

Una dintre condițiile necesare pentru ca o organizație să-și poată atinge obiectivele este ca în cadrul acesteia comunicarea să se facă cât mai ușor, iar informațiile folosite de către manageri să fie cât mai corecte, complete și de actualitate. De calitatea și modul de obținere a informațiilor depind funcțiile de planificare și previziune ale unui management eficient al organizației. De asemenea, în cadrul comunicării organizaționale, o componentă esențială este reprezentată de comunicarea managerială, datorită impactului atât direct cât și indirect pe care aceasta îl are asupra evoluției colectivităților umane, de aceasta depinzând succesul sau insuccesul în atingerea obiectivelor pe termen scurt sau lung.

### **5.2. Nivelul de dezvoltare a rețelelor informaționale din sănătate la nivel global**

Studiile specialiștilor din țările dezvoltate, precum Statele Unite, Canada, sau țările din Europa Occidentală pun în evidență faptul că, pe măsură ce progresul tehnic a făcut posibilă colectarea, stocarea, transmiterea și utilizarea cât mai rapidă a informației, în domeniul îngrijirii sănătății au apărut organizații publice sau private care au ca scop construirea și administrarea unor infrastructuri capabile să gestioneze informațiile legate de starea de sănătate a populației, modalitățile de tratament și tarifele intervențiilor practicate de furnizorii de servicii de sănătate, astfel încât să se asigure buna gestionare a fondurilor din care se acoperă costurile acestor servicii.

Astăzi apar din ce în ce mai multe organizații oficiale, fie private, fie ale statului, care au ca obiect de activitate asigurarea schimbului de informații pentru entitățile ce funcționează în domeniul sănătății. Înaintea acestora au funcționat unele organizații regionale pentru informații din domeniul sănătății, care reprezintă entități al căror obiectiv este acela de a contracta convenții cu diverse instituții cu care să facă schimb de informații și date din domeniul sănătății, la anumite standarde.

Treptat a fost pusă la punct și legislația privind utilizarea informaticii medicale, care se referă la stabilirea acelor principii legale complexe și adaptabile ce pot fi utilizate atât în informatică cât și în domeniile legate de sănătate. Aceasta guvernează problemele ridicate de etică, confidențialitate și fezabilitate (operabilitate) care apar de fiecare dată atunci când se folosesc mijloacele electronice de colectare, transmitere și administrare de date referitoare la prestarea serviciilor de sănătate. Legislația informaticii medicale se aplică deci tuturor problemelor legate de tehnologia informației, îngrijirea sănătății și accesul la informație, stabilind

deasemenea circumstanțele în care datele și înregistrările pot fi utilizate în alte domenii care au legătură cu îngrijirea pacienților.

Progresul tehnologic a făcut posibilă dezvoltarea de infrastructuri destinate schimbului de informații între numeroase state ale lumii, fie dezvoltate fie în curs de dezvoltare, însă din acest motiv, în cadrul sistemelor informaționale ale unor state se remarcă incompatibilități mari între infrastructura de telecomunicații și softul sofisticat care trebuie utilizat în cazul serviciilor de îngrijire a sănătății, precum și existența unor sisteme disparate de îngrijire a sănătății pe teritoriul european, în care diferă foarte mult mecanismele de plată, limba în care se comunică, protocoalele clinice și de tratament.

În ceea ce privește nivelul de dezvoltare a pieței informaticii medicale europene, se prevede o creștere continuă a acesteia datorită programelor naționale și regionale inițiate de autoritățile de sănătate publică și guverne și deasemenea o consolidare a poziției vânzătorilor europeni de tehnologie, pe fondul menținerii concurenței în domeniu la nivel global.

### **5.3. Analiza sistemului informațional al sectorului serviciilor de sănătate din România**

După 1990, în România s-au derulat numeroase acțiuni care au avut ca scop introducerea de noi tehnici și tehnologii moderne menite să îmbunătățească accesul la informație atât a personalului calificat din domeniul serviciilor de sănătate cât și a consumatorilor de servicii de sănătate. România a trecut practic la construirea unui sistem informatic al sectorului sănătății cu mult timp după adoptarea Legii Asigurărilor de Sănătate nr. 145/1997.

Timp de ani de zile reformarea sistemului serviciilor de sănătate a urmărit asigurarea echității în finanțare și acoperirea generală a riscului, lucru care nu este posibil dacă nu se urmăresc și corelează corect informațiile din sistem. Conștientizând acest lucru, decidenții au hotărât trecerea de la sistemul clasic de circulație și gestionare a informației medicale la realizarea unui Sistem Informatic Unic Integrat al asigurărilor de sănătate în România<sup>11</sup>.

Sistemul a fost conceput și are o structură ierarhică de tip piramidal, în care vârful este reprezentat de către Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate (C.N.A.S.S.), cu rol de colector de date, centralizator al acestora și de organ de decizie privind documentele și instrumentele care asigură feed-back-ul și funcționarea întregului sistem de servicii de sănătate, nivelul intermediar este reprezentat de către casele județene de asigurări sociale de sănătate (C.J.A.S.S.) care organizează și supraveghează desfășurarea activităților de bază din cadrul sistemului, iar nivelul de bază corespunde furnizorilor de servicii medicale și farmaceutice ce colectează, prelucrează și emit informații medicale legate de asigurați și informații cu caracter administrativ ce servesc la fundamentarea decontărilor ce vor avea loc între aceștia și casele județene de asigurări de sănătate cu care au încheiat contracte.

La ora actuală, pe piața românească există o serie de soluții informatice, concretizate sub forma aplicațiilor dedicate caselor de asigurări sociale de sănătate, cabinetelor medicale individuale (medicilor de familie sau de altă specialitate clinică sau paraclinică), spitalelor și farmaciilor, concepute cu scopul de a asigura circulația informațiilor specifice domeniului sănătății, de a se reduce cheltuielile neeconomice

<sup>11</sup> conform unui comunicat de presă al C.N.A.S.S. privind soluțiile propuse de aceasta pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale, din data de 20.12.2006, găsit la [www.enas.ro/mass-media/comunicate-de-presa](http://www.enas.ro/mass-media/comunicate-de-presa).



Modernizarea infrastructurii informaționale actuale reprezintă o condiție hotărâtoare pentru asigurarea managementului corect al asigurărilor sociale de sănătate și care se bazează pe:

- crearea unui sistem care să aibă în centrul său asiguratul, identificat prin codul numeric personal, posesor al unui card de indentificare utilizat ca mecanism de confirmare a serviciilor medicale prestate și ca identificator pentru accesarea datelor istorice despre pacient;
- reglementarea cadrului legal cu privire la comunicarea datelor între casa de asigurări de sănătate și entitățile care gestionează date despre asigurați;
- integrarea datelor gestionate în cadrul sistemului prin implementarea unor soluții informatice adecvate: sistem concentrat pe relația dintre sistem și utilizator; sistemul cu un spectru complet de entități care să realizeze alimentarea structurii medicale conectate; sistemul legat cu o arie de agenți medicali și practicieni care să lucreze direct sau indirect cu utilizatorii săi; baze de date care să asigure și să deservască depozitele tuturor formelor de date de care sistemul are nevoie pentru a-si realiza scopurile în mod optim etc.;
- evidența clară a veniturilor posibil de realizat pentru asigurarea bunei funcționări a ansamblului.

În opinia noastră<sup>13</sup>, principal, un flux informațional coerent al unei case județene de asigurări de sănătate, componentă a sistemului de asigurări de sănătate național, ar putea funcționa conform schemei reprezentată în figura nr. 6.

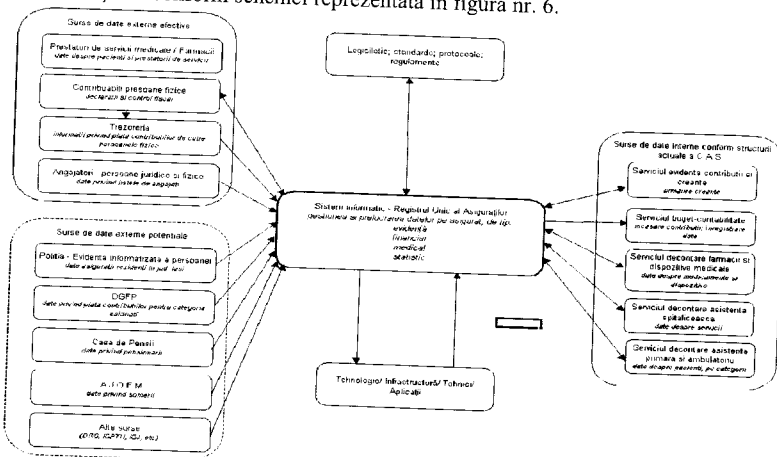


Figura nr.6 . Flux informațional posibil al activităților din cadrul unei case județene de asigurări de sănătate

Pe lângă sursele de date efective, reprezentate de prestatorii de servicii medicale de tipul medicilor de familie, medicilor specialiști, spitale, farmacii, etc., în noua schemă se remarcă apariția unor noi componente în sistem, ce reprezintă surse de date potențiale necesare completării informațiilor despre anumite categorii de consumatori de servicii de sănătate ce nu figurează în bazele de date ale furnizorilor

<sup>13</sup> Croitoru, I., Tibichi, R., *Modalități de Îmbunătățire a Comunicării în Cadrul Sistemului de Asigurări Sociale de Sănătate din România*, lucrare susținută la Conferința „Jean Monet” European Union, Global Governance and Sustainable Development, Centrul de Studii Europene al Universității „Al. I. Cuza” din Iași, mai 2010

de servicii. În acest sens, o serie de date importante referitoare la rezidenții dintr-un anumit teritoriu pot proveni de la poliție, datele referitoare la veniturile populației și evoluția lor viitoare pot proveni de la direcțiile generale ale finanțelor publice și de la casele de pensii, datele referitoare la numărul persoanelor asistate social pot proveni de la agențiile județene de ocupare a forțelor de muncă. Nu trebuie pierdute din vedere nici sursele precum inspectoratele școlare județene, direcțiile pentru protecția minorilor sau alte organizații care dețin evidențe legate de persoanele cu dizabilități.

În acest caz, se remarcă o creștere a importanței a serviciului de evidență asigurați, responsabil cu gestionarea unui Registru Unic al Asiguraților, care să cuprindă datele referitoare la situația financiară a asiguraților, apelarea serviciilor de sănătate de către aceștia și statistici.

În noua schemă, serviciul evidență asigurați centralizează datele provenite de la sursele efective și potențiale de date externe și la compară permanent cu datele interne provenite de la departamentele de decontare cu furnizorii de servicii, pe baza raportărilor acestora din urmă. Practic, se realizează o evidență a veniturilor efective și potențiale ale contribuabililor, necesară pentru fundamentarea veniturilor fondului de asigurări sociale de sănătate și o comparație între cererea și oferta de servicii de sănătate, asigurându-se astfel feed-back-ul necesar funcției de control a managementului fondului de asigurări sociale de sănătate.

## **5. 5. Concluzii la capitolul al 5-lea**

O primă concluzie care se impune este faptul că un sistem al serviciilor de sănătate informatizat funcțional are efecte atât asupra gestionării resurselor sale cât și asupra calității actului medical, care la rândul lor au efect asupra stării de sănătate a populației, conducând la dezvoltare durabilă.

Nivelul actual al realizării și implementării S.I.U.I. în România nu permite gestionarea eficientă a fondurilor, problema principală fiind depășirea termenelor de plată a contravalorii serviciilor prestate de furnizorii ce contractează cu casele județene de asigurări.

Conform declarațiilor persoanelor ce lucrează la implementarea sistemului, acesta este considerat deja depășit din anumite puncte de vedere, prezentând dezavantaje ce ar putea fi eliminate dacă s-ar concepe un sistem informational elastic, dezvoltat local și orientat pe servicii.

Asigurarea accesului în timp real la informații se va putea face doar dacă vor fi rezolvate următoarele probleme:

- se prevăd modificări conceptuale ale structurii astfel încât în centrul preocupărilor să se afle asigurații și nu furnizorii de servicii;
- se prevăd modificări de legislație, astfel încât să apară o obligație pentru instituțiile exemplificate mai sus de a transmite la intervale de timp bine precizate toate informațiile legate de persoanele rezidente, nerezidente, asigurate, neasigurate, persoanele cu dizabilități, familiile dezorganizate, consumul de produse ce pot afecta sănătatea corporală și mentală a indivizilor, etc.;
- se întocmesc și se distribuie cardurile de sănătate tuturor asiguraților, pentru ca prin intermediul acestora să se poată obține toate datele necesare stabilirii corecte a serviciilor de sănătate prestate în orice perioadă de timp;
- la nivelul caselor județene de asigurări sociale de sănătate se reformulează organigramele și statele de funcțiuni astfel încât serviciul de evidență asigurați să preia funcțiile de prelucrare a datelor și transferului de informații asigurate în prezent de serviciul tehnologia informației, acestuia din urmă rămânându-i ca

sarcină doar întreținerea și dezvoltarea infrastructurii de comunicare a sistemului informațional.

## **CAP.6. LICITAȚIA ELECTRONICĂ ÎN PROCURAREA MEDICAMENTELOR ȘI MATERIALELOR MEDICALE, INSTRUMENT POSSIBIL DE SCĂDERE A COSTURILOR SERVICIILOR MEDICALE**

### **6.1. Conceptul de achiziție publică**

În cadrul acestui subcapitol este abordată problematica licitației electronice ca mijloc de achiziționare a medicamentelor și materialelor sanitare ale furnizorilor de servicii de sănătate publice de dimensiuni mari, cum este cazul spitalelor, cu scopul de a stabili dacă, prin modificările legislației ce guvernează domeniul achizițiilor publice care obligă ca aprovizionarea cu consumabile ce depășesc plafoane valorice prestabilite să se facă prin astfel de mijloace, se ajunge la eficientizarea activității acestor furnizori.

### **6.2. Reguli privind achizițiile publice în Uniunea Europeană și în România**

Modificările legislației românești privind achizițiile publice au la bază recomandările și prevederile legale ale Uniunii Europene legate de asigurarea transparenței în ceea ce privește utilizarea banilor publici, pe de o parte pentru asigurarea fluxului informațional necesar funcționării pieței extinse a Europei și pe de altă parte asigurării unui control mai eficient al jucătorilor de pe această piață precum și în scopul asigurării condițiilor necesare pentru externalizarea unor servicii publice.

### **6.3. Locul licitației electronice în cadrul achizițiilor publice**

Licitarea electronică reprezintă un tip de afacere și negociere din cadrul comerțului electronic, alături de magazinul electronic, aprovizionarea electronică (E-procurement), supermagazinul electronic (E-mall) sau piața unui terț (Third Party Marketplace) și se referă la derularea unor procese de vânzare-cumpărare și încheieri de acte folosind mecanismele ofertei și regulile licitației tradiționale. În acest caz, bunurile/serviciile oferite spre vânzare/cumpărare sunt prezentate în regim multimedia, semnarea contractelor, livrarea și plata putând fi de asemenea integrate. Ca principale avantaje oferite de acest mod de achiziționare atât pentru achizitor cât și pentru ofertant, se remarcă reducerea întârzierilor și eficacitatea crescută, faptul că nu este necesară prezentarea și transportul fizic al bunurilor până în momentul vânzării, dispariția surplusurilor și a stocurilor și posibilitatea de a fi globalizate.

### **6.4. Achiziții ale unităților sanitare din România efectuate prin licitații electronice**

Ca urmare a introducerii obligativității de transmitere spre publicare a anunțurilor în SEAP și a implementării sistemului de transmitere automată a acestora spre publicare în JOUE, România se situează actualmente pe primul loc în rândul statelor membre, în ceea ce privește numărul de anunțuri publicate prin mijloace electronice (urmată de Finlanda – 90% din total anunțuri)<sup>14</sup>.

Chiar dacă încă de la începutul anului 2007 au fost puse la dispoziția autorităților contractante, de către operatorul SEAP, anumite facilități tehnice pentru aplicarea cererii de oferte on-line, statisticile arată că doar 950 de autorități contractante au utilizat această oportunitate până la sfârșitul anului 2007, numărul total

<sup>14</sup> [www.e-licitatie.ro](http://www.e-licitatie.ro), statistici ale procedurilor de atribuire suportate de operatorul SEAP



de cereri de oferte on-line fiind de 19.000, iar din punct de vedere valoric, achizițiile contractate astfel reprezentând doar 1% din totalul achizițiilor.

Situații anormale, din punctul de vedere al frecvenței utilizării, au fost înregistrate și în ceea ce privește utilizarea licitației electronice ca fază finală a unor proceduri de atribuire. Această facilitate este pusă în prezent la dispoziția autorităților contractante, permițând acestora să beneficieze de reducerile de prețuri ce pot fi obținute prin această modalitate de atribuire a contractelor de achiziții publice, însă nu s-au înregistrat decât 1500 de cereri de organizare a unei faze finale de licitație electronică.

Din analiza planurilor anuale de achiziții ale spitalelor din România reiese faptul că există numeroase premise favorabile în ceea ce privește oportunitatea utilizării licitației electronice ca procedură de achiziție, întrucât un asemenea agent economic achiziționează produse și servicii de mare diversitate, iar publicarea pe SEAP ar spori transparența modului de utilizare a fondurilor publice și gradul de încredere al participanților la piață. Concret însă, nu se remarcă utilizarea licitației electronice, nici măcar în limita plafonului minim specificat prin legislație până anul trecut, devenit obligatoriu din anul curent (2009) când au fost emise și normele metodologice de aplicare ce prevăd sancțiunile aplicabile în cazul nerespectării plafonului.

#### **6.5. Concluzii la capitolul al 6-lea**

Concluziile acestui capitol, în urma studierii conceptului de achiziție publică, a regulilor privind achizițiile publice în țara noastră și în Uniunea Europeană și nivelului achizițiilor unităților sanitare de tipul spitalelor efectuate prin licitație electronică, au scos în evidență faptul că sectorul sanitar românesc se adaptează destul de lent acestor prevederi legale, iar influența asigurării transparenței achizițiilor publice de consumabile de tipul medicamentelor și materialelor sanitare este deocamdată nesemnificativă.

Implicarea caselor de asigurări sociale de sănătate în procesul achiziționării de medicamente și materiale medicale pentru furnizorii de servicii de sănătate de talie mare (spitale) și implicit pentru derularea unor programe naționale de sănătate poate avea loc dacă se concep strategii posibil de adoptat de către Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate. Un model al unei astfel de strategii de achiziție a medicamentelor și materialelor sanitare ar putea fi următorul:

1. Listarea firmelor care operează pe codul C.A.E.N. al obiectului achiziției și a istoricului acestora (inclusiv a punctajului cumulat din colaborările anterioare cu casele de asigurări - este necesară existența unei baze de date și a unor schimburi informaționale cu Ministerul Industriilor și Comerțului) și a celor nou intrate pe piață;
2. Ordonarea furnizorilor în funcție de prețul oferit/produs (dezvoltarea unei noi baze de date referitoare la cota de piață pe care o pot deține astfel furnizorii) ;
3. Stabilirea necesarului anual de către C.N.A.S.S., pe baza necesarului raportat de către casele județene și aprobarea acestuia în urma încheierii de contracte de furnizare de materiale sanitare cu casele din teritoriu;
4. C.N.A.S.S. organizează licitația, pe bază de cerere de oferte din partea firmelor autorizate să participe la licitație;
5. Firmele câștigătoare urmează să contracteze cu casele județene (care au semnat anterior contracte de furnizare cu C.N.A.S.S.) pentru a stabili structura ofertei finale și unitățile sanitare către care vor face livrările, precum și condițiile în care acestea vor avea loc;

6. Pe măsura efectuării livrărilor vor avea loc decontările directe de la C.J.A.S.S. la furnizorii de materiale sanitare, efectuarea livrării făcându-se „franco beneficiar” doar după lansarea unei comenzi de către biroul de achiziții al unităților sanitare, comandă ce trebuie vizată de către compartimentul „achiziții” al C.J.A.S.S.;

7. În momentul depășirii plafonului acceptat de C.J.A.S.S. pentru fiecare unitate sanitară în parte pentru care s-a obligat să furnizeze materiale sanitare în urma contractării, unitatea sanitară respectivă își completează nevoia de pe piața liberă sau participând la licitații în nume propriu, acoperind-o din fonduri proprii.

## **CAP. 7. UN MODEL DE MANAGEMENT PERFORMANT AL ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE**

Capitolul este dedicat stabilirii unui model de management al sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România care conduce la obținerea performanței în cadrul acestui sector important al economiei naționale.

### **7.1. Conceptul de management performant în asigurările de sănătate**

Acest subcapitol a fost rezervat prezentării conceptului de management performant în asigurările de sănătate. Astfel, după analizarea elementelor componente ale sistemului de management caracteristice organizațiilor de servicii din țările dezvoltate (care sunt *piața serviciilor, tipul de servicii, sistemul de furnizare a serviciilor, imaginea organizației* și respectiv *cultura și filosofia organizației* care administrează tipul de servicii) au rezultat următoarele concluzii referitoare la adaptarea acestor elemente la organizațiile publice de servicii de sănătate din țara noastră:

a) managementul performant al unei case de asigurări sociale de sănătate poate fi asigurat doar dacă există suficiente informații legate de costul serviciilor prestate în cadrul sistemului, prețul serviciilor de substituție furnizate pe piața liberă, numărul furnizorilor de servicii publice și private de sănătate, schimbările de preferințe ale consumatorilor, segmentul de populație servit de către organizație (în acest caz asigurații), capacitatea organizației de a investi pentru a crește calitatea serviciilor și a diversifica paleta de servicii oferite, previziunile legate de prețul serviciilor, dacă gradul de înzestrarea tehnică al organizației este ridicat și, mai ales, dacă poziția organizației este una avantajoasă în cadrul pieței;

b) o mare atenție trebuie acordată faptului că cererea de servicii de sănătate este o componentă a pieței serviciilor de sănătate care nu trebuie identificată cu nevoia socială și că pentru satisfacerea cât mai bună a nevoii de servicii trebuie să se dezvolte legături cu furnizorii ce funcționează în sfera relațiilor de piață;

c) legat de tipurile de servicii prestate în cadrul sistemului de sănătate și de modul de furnizare a acestora este de remarcat faptul că organizațiile de tipul caselor județene de asigurări de sănătate au posibilitatea să contracteze atât cu furnizorii de servicii publice cât și cu cei privați apărând în acest caz oportunitatea de a alinia calitatea serviciilor publice la cea a serviciilor private de sănătate, de a putea diversifica paleta serviciilor și de a putea stimula orientarea consumatorilor către serviciile cele mai eficiente, atât din punct de vedere economic cât și medical;

d) pentru ca acest lucru să reușească este nevoie ca managerii să știe să stabilească relații de marketing ce pot fi salutare în rezolvarea unor probleme complexe apărute în relațiile cu asigurații, relații care pot oferi soluții viabile utile nu doar la rezolvarea acestor probleme ci și la redefinirea comportamentului organizațional în funcție de variabilele identificate pe piață la un anumit moment;

astfel de relații de marketing se pot stabili atât între casa de asigurări și medicii contractanți, cât și între medici și pacienți sau între casa de asigurări și consumatorii de servicii

e) implicarea casei de asigurări în dezvoltarea relațiilor de marketing și reglarea modului de furnizare a serviciilor de sănătate va trebui să se bazeze pe resursele umane din cadrul sistemului, pe cunoașterea consumatorilor și pe tehnologia și instrumentele utilizate în procesul de planificare și furnizare a serviciilor; acest lucru crește complexitatea misiunii managerilor din sistem, întrucât ei vor trebui să identifice și să folosească metode și tehnici de management adecvate și să practice stilul de conducere corespunzător mobilizării și orientării resurselor umane din cadrul organizației spre acest obiectiv și inducerii unui comportament participativ al consumatorilor de servicii.

Crearea imaginii despre organizație trebuie să fie una dintre preocupările principale atât ale managerilor organizațiilor care activează pe piața concurențială cât și a managerilor organizațiilor publice. În cazul acestora din urmă responsabilitatea este amplificată deoarece în structurile organizațiilor publice se integrează și reprezentanții politicului, cu influență esențială asupra imaginii organizației și adoptării politicilor și strategiilor organizației.

Conturarea acestei imagini va depinde de calitatea serviciilor oferite, capacitatea managerilor de a identifica cererea reală de servicii și flexibilitatea organizației și a managementului acesteia.

Scopul principal al organizației reprezentate de o casă de asigurări sociale de sănătate este satisfacerea nevoilor de sănătate ale unui număr de indivizi limitat la grupul asiguraților. Atingerea acestuia reprezintă în subsidiar atingerea scopului urmărit de stat, concretizat în a îmbunătăți starea sănătății populației, pentru a cărei realizare organizația trebuie să adapteze mijloacele pe care le furnizează pe de o parte Ministerul Sănătății și administrațiile locale (spitalele și angajații acestora) și pe de alta furnizorii de servicii de pe piața liberă, în calitate de posesori ai factorilor de producție.

Se remarcă faptul că serviciile de sănătate la care asigurații au teoretic acces universal și în funcție de care se stabilește gradul de satisfacție a acestora, sunt prestate de către furnizori ce se administrează distinct de administrația caselor de asigurări și care prestează practic aceleași tipuri de servicii și altor categorii de consumatori decât asigurații (în speță neasigurații, asigurații privați și/sau cei care plătesc din buzunar)

În aceste condiții, ne aflăm în situația în care se dorește alegerea celui tip de management al unei organizații publice (casa de asigurări sociale de sănătate) care încercă să se comporte ca un agent economic ce funcționează pe principiul obținerii de profit și care are ca principal obiectiv satisfacerea unor nevoi sociale (nevoia de servicii de sănătate), utilizând fonduri publice la care contribuie toate persoanele fizice și juridice ce obțin venituri, pentru rambursarea serviciilor prestate de furnizori ce aparțin atât rețelei publice cât și rețelei private.

## **7.2. Etape în construirea modelului de management al asigurărilor sociale de sănătate**

Al doilea subcapitol prezintă etapele parcurse pentru determinarea modificărilor care trebuie aduse actualului sistem de asigurări sociale de sănătate din România pentru a se crea condițiile necesare unui management performant al acestuia.

Pentru stabilirea determinantilor sistemului de asigurări sociale de sănătate s-au folosit ca instrumente de studiu și analiză informațiile rezultate din rapoartele

oficiale ale comisiilor de evaluare naționale și internaționale, coroborate cu informațiile rezultate din chestionarul conceput pentru determinarea imaginii consumatorilor despre sistemul de asigurări sociale de sănătate, administrația acestuia și a nivelului de satisfacție a acestora vis-a-vis de furnizarea serviciilor de sănătate, precum și datele rezultate în urma interviuării managerilor de la diverse niveluri ale sistemului.

Pe parcursul demersului întreprins pentru a concepe un model performant de management al asigurărilor sociale de sănătate s-a recurs în cadrul capitolelor anterioare la analiza indicatorilor sistemului de sănătate din România, anume:

a) caracteristicile demografice, socio-economice, și epidemiologice ale populației;

b) indicatorii de utilizare a serviciilor;

c) resursele sistemului sanitar.

Pentru completarea acestui demers și pentru o mai corectă apreciere a problemelor care caracterizează sistemul la ora actuală și la a căror rezolvare trebuie să contribuie managementul sistemului de asigurări sociale de sănătate, s-a apelat și la:

d) analiza S.W.O.T. a sistemului de sănătate din România;

e) abordarea prin anchetă a populației;

f) abordarea prin cercetarea consensului informatorilor-cheie.

Astfel au fost determinate toate schimbările care trebuie să aibă loc:

- *la nivelul subsistemului organizatoric* (pentru a asigura cadrul formal de exercitare a managementului și premisele funcționării sistemului la parametrii stabiliți);
- *la nivelul subsistemului informațional* (pentru a se asigura fluxurile informaționale necesare atingerii obiectivelor);
- *la nivelul subsistemului decizional și metodologic.*

### **7.2.1. Analiza S.W.O.T. a sistemului sanitar din România**

A urmărit centralizarea rezultatelor studiilor și analizelor întreprinse de către instituții și organisme cu activitate în domeniul sănătății referitoare la sistemul sanitar din țara noastră. În acest scop au fost consultate următoarele documente ale căror concluzii s-au constituit ca punct de plecare în modelarea managementului sistemului sanitar și al managementului fondurilor de asigurări sociale de sănătate:

1. Propunerile Comisiei Prezidențiale Pentru Analiza și Elaborarea Politicilor din Domeniul Sănătății Publice prezentat sub formă de raport cu titlul „Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului” (2009)
2. Rapoartele Organizației Mondiale a Sănătății pe anii 2008 „Asistența Primară – acum mai mult decât oricând”, respectiv 2007 „Un viitor mai sănătos: securitatea sănătății publice la nivel global în secolul XXI”
3. Statisticile Organizației Mondiale a Sănătății publicate în „Global Health Observatory”
4. Raportul Băncii Mondiale pentru anul 2007 privind politicile sectorului sănătății pentru România.

S-au identificat șase arii majore în care trebuie să se intervină, pentru a se putea atinge obiectivul principal al sistemului sanitar și al sistemului de asigurări sociale de sănătate, anume îmbunătățirea stării de sănătate a populației și asigurarea accesului echitabil al acesteia la serviciile de sănătate: **Finanțarea sistemului de sănătate, Organizarea sistemului de sănătate, Asistența spitalicească, Politica**

## **medicamentului, Intărirea asistenței primare, Resurse umane în domeniul serviciilor de sănătate**

Au fost analizate fiecare dintre aceste ari de interes, stabilindu-se punctele tari, punctele slabe, oportunitățile și amenințările.

În urma identificării domeniilor în care trebuie intervenit pentru îmbunătățirea performanțelor sistemului de sănătate, s-au stabilit următoarele condiții ce trebuie îndeplinite în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru a se ajunge la un management performant al acestuia:

- Construirea și organizarea sistemului de asigurări sociale de sănătate trebuie să aibă la bază situarea asiguratului (individului) în centrul său, pentru a nu se ajunge la conflicte datorate diferențelor de structură între organizația reprezentată de C.N.A.S.S. cu rol de terț plătit și organizația reprezentată de Ministerul Sănătății ca organizator al activităților din sistem și finanțator secundar;
- Serviciile de sănătate furnizate de către unitățile ce contractează cu casele de asigurări sociale de sănătate trebuie să fie integrate, astfel încât să poată fi asigurată îngrijirea continuă la toate nivelurile de asistență, 24 de ore pe zi, 365 zile pe an;
- Organizarea sistemului trebuie să permită accesul facil la informații relevante, astfel încât să se asigure transparența necesară luării deciziilor corecte;
- Cetățenii vor trebui să devină parteneri în sistem și să contribuie atât la furnizarea și controlul informațiilor cât și la luarea deciziilor;
- Funcționarea sistemului de asigurări de sănătate trebuie să fie rezultatul cooperării între discipline și profesii, să aibă la bază crearea de echipe multidisciplinare și mai ales cooperarea intersectorială în scopul identificării determinantilor sănătății cu impact crescut asupra acesteia.

### **7.2.2. Ancheta asupra populației**

Realizarea unei anchete asupra populației bazată pe metoda chestionarului a avut în vedere studiul imaginii despre organizația reprezentată de Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Iași și a satisfacției consumatorilor de servicii de sănătate de pe raza județului Iași. Stabilirea acestei imagini a servit la identificarea schimbărilor ce trebuie făcute în cadrul organizației pentru îmbunătățirea managementului.

Demersul realizării anchetei a presupus derularea următoarelor etape:

#### **•Etapa I. Planificarea anchetei**

##### **I.1. Stabilirea obiectivelor:**

- Evidențierea imaginii despre C.J.A.S.S. Iași a persoanelor care locuiesc sau își desfășoară activitatea pe raza județului Iași;
- Evidențierea imaginii despre sănătatea proprie a participanților la chestionar;
- Evidențierea gradului de satisfacție a consumatorilor de servicii de sănătate care participă la interviu;
- Determinarea nivelului de comunicare între C.J.A.S.S. și asigurații proprii.

I.2. Stabilirea necesarului de persoane care trebuie contactate în vederea realizării studiului. În acest sens au fost antrenate 6 persoane care activează în medii diferite și în ocupații diferite (mediul universitar, ambulatoriul spitalului „Sf. Spiridon” Iași, Serviciul Militar „Dr. Czihac” Iași, cabinet de medicină de familie, pensionar, voluntar de IMM) pentru a distribui chestionarele către persoane care acceptă să participe la interviu, respectiv o persoană pentru prelucrarea datelor.

I.3. Stabilirea grupului de indivizi care urmează să fie studiat.

Pentru a definitiva eșantionul ce urmează să participe la interviu s-a răspuns la următoarele întrebări:

- Care este unitatea de analiză? **individul**;
- Care este zona de interes?  **județul Iași (eventual județele adiacente)**;
- Care sunt grupurile particulare de interes incluse în studiu? **categoriile de asigurați** (pensionari, elevi, studenți, salariați, liber-profesioniști);
- Care este modul de colectare a datelor (**întrevederi personale și e-mail**);
- Din punctul de vedere al apelării serviciilor de sănătate, grupul asupra căruia se aplică studiul, în speță cel reprezentat de consumatorii de servicii de sănătate de pe raza județului Iași, este unul omogen sau eterogen? **Structura grupului a fost astfel aleasă încât să fie reprezentate toate segmentele de asigurați**;
- Cum se stabilește mărimea eșantionului, astfel încât gradul de eroare să se înscrie între limite acceptabile? **Mărimea eșantionului 176 persoane. Grad de eroare acceptat la întregul eșantion +/- 3%**;

Astfel, componența eșantionului și distribuția persoanelor în cadrul acestuia este prezentată în tabelul următor:

Mărimea eșantionului studiat ca număr de persoane și distribuția acestuia

JUDEȚUL DE REȘEDINȚĂ	JUDEȚUL IAȘI			ALTE JUDEȚE		
		<b>158</b>			<b>18</b>	
MEDIUL	URBAN			RURAL		
	<b>153</b>			<b>23</b>		
DISTRIBUȚIA PE SEXE	BĂRBĂTESC			FEMEIESC		
	<b>80</b>			<b>96</b>		
DISTRIBUȚIA DUPĂ VÂRSTĂ	SUB 18 ANI		ÎNTRU 18 ȘI 65 ANI		PESTE 65 ANI	
	<b>8</b>		<b>132</b>		<b>36</b>	
OCUPAȚIA	ELEV	STUDENT	SALARIAȚ	LIBER-PROFESIONIST	PENSIONAR	ASISTAT SOCIAL
	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>95</b>	<b>9</b>	<b>34</b>	<b>2</b>

•**Etapă a II-a** Pregătirea operațională a realizării interviului

II.1. Stabilirea tipului de date care trebuie colectate în vederea atingerii obiectivelor: chestionarul este constituit din 28 întrebări, din care 27 închise și 1 deschisă, care au fost adaptate la gradul de informare a subiecților, clar formulate, inechivoce, care respectă o anumită ordine psihologică.

II.2. Alegerea modului de colectare, stocare, procesare și analiză a datelor: colectarea chestionarelor, centralizarea datelor în tabele și procesarea acestora utilizând programul Excell.

II.3. Stabilirea calendarului derulării anchetei: 15.04.2010-30.04.2010 pre-testare; 01.05.2010 – 31.07.2010 colectarea chestionarelor; 01.08.2010-30.08.2010 centralizarea și prelucrarea datelor, 30.09.2010 prezentarea rezultatelor.

II.4. Contactarea și pregătirea persoanelor care urmează să fie implicate în colectarea datelor: s-au contactat 5 persoane care activează în locuri de muncă diferite, care intră în contact cu persoane de categorii diferite și care au consimțit să distribuie chestionare. Acestea au fost avertizate asupra posibilității de a influența răspunsurile primite de la persoanele participante la interviu și instruite să procedeze astfel încât această influență să fie cât mai mică.

II.5. Administrarea unei pre-testări, pe un eșantion restrâns de persoane (20), pentru definitivarea întrebărilor care vor face parte din chestionar 15.04.2010-30.04.2010.

În cadrul **anexei 3** din teza de doctorat este prezentată forma finală a chestionarul utilizat pentru interviu.

•**Etapa a-III-a. Colectarea datelor**

Administrarea chestionarului: 150 de chestionare au fost distribuite prin intermediul celor 5 persoane participante la organizarea interviului, restul de 50 chestionare au fost trimise prin poșta electronică.

Notarea reacției și observațiilor celor ce participă la interviu: a fost realizată la sfârșitul etapei, prin centralizarea părerilor persoanelor care au distribuit chestionare, în legătură cu reacția și comentariile celor intervievați.

•**Etapa a-IV-a. Analiza și interpretarea datelor**

IV.1. Gruparea răspunsurilor în tabele.

IV.2. Utilizarea programelor de statistică pentru stabilirea relațiilor între variabile.

•**Etapa a-V-a. Prezentarea rezultatelor și a recomandărilor**

Rezultatele analizei prin interviu asupra populației evidențiază următoarele concluzii legate de măsurile ce trebuie întreprinse de managerul instituției pentru îmbunătățirea imaginii acesteia și a relațiilor cu asigurații și furnizorii de servicii:

În urma studierii imaginii pe care o are populația față de instituția casei de asigurări sociale de sănătate rezultă faptul că nu sunt îndeplinite câteva condiții de bază, cum ar fi existența unei rețele funcționale de comunicare cu asigurații și a unei structuri (birou, departament) în cadrul organigramei a cărei funcție să fie asigurarea acestei comunicări, pentru realizarea unui „sistem centrat pe cetățean” recomandat de studiile de specialitate;

Asigurații nu au o imagine pozitivă despre instituție și nu dispun de informații suficiente referitoare la rolul și funcțiile pe care aceasta trebuie să le îndeplinească în sistem, mai mult, nu conștientizează faptul că ei înșiși joacă un rol important în cadrul acestuia și că ar putea contribui la eficientizarea activităților desfășurate;

Nu există un sistem bine pus la punct de asigurare a circulației informațiilor și de realizare a *funcției de control a managementului*. Se remarcă persistența unor probleme mai vechi legate de modul de circulație a documentelor ce conțin date legate de serviciile prestate, care pot duce la alterarea informațiilor raportărilor către casele de asigurări și implicit la luarea unor decizii pe baza unor informații eronate;

Implicarea mai puternică a asiguraților în asigurarea bunei funcționări a sistemului ar putea fi făcută rezervând mai multe locuri în consiliul de administrație al caselor județene de asigurări pentru reprezentanții acestora.

### **7.2.3. Abordarea prin informatori-cheie**

Pentru identificarea problemelor și nevoilor existente la nivelul instituției reprezentate de Casa Județeană de Asigurări Sociale de Sănătate Iași s-a recurs la una dintre metodele de stabilire a consensului, anume abordarea informatorilor-cheie.

Acest demers a presupus desfășurarea unor întrevederi individuale cu persoane care dețin suficiente informații despre activitatea care se desfășoară la nivelul instituției, pentru a stabili impresiile acestora cu privire la punctele tari, punctele slabe, oportunitățile și amenințările care privesc organizația respectivă, pentru a putea stabili în final schimbările care trebuie să intervină în organizarea, desfășurarea și controlul activităților viitoare astfel încât să se poată atinge obiectivele propuse.

Dat fiind faptul că au fost alese să participe la anchetă persoane competente în domeniul asigurărilor sociale de sănătate, rezultatele anchetei sunt susceptibile de a putea fi utilizate la o extrapolare la nivelul tuturor caselor de asigurări sociale de sănătate din țară.

Totodată, în urma analizei răspunsurilor lor, s-au putut stabili cu suficientă acuratețe elementele unei strategii de îmbunătățire a situației existente și planificarea aplicării acesteia.

În elaborarea modelului final de management s-a luat în considerare și faptul că orice studiu care se bazează pe percepții sau impresii ține cont mai mult de situația prezentă sau de acțiuni și activități care au avut loc, neglijând aspectele viitoare care pot influența atingerea obiectivelor propuse.

**Obiectivul abordării** a constat din:

Stabilirea schimbărilor care trebuie realizate în structura și organizarea instituției în vederea îmbunătățirii activităților desfășurate în cadrul acesteia;

Conceperea unei strategii care trebuie abordată pentru atingerea obiectivelor fixate de instituție;

Stabilirea schimbărilor cadrului organizatoric, instituțional și de ordin legislativ ce trebuie să aibă loc pentru a putea opera schimbările din structura instituției și aplicarea strategiei.

**Compunerea chestionarului** utilizat în anchetă:

Chestionarul este compus dintr-o serie de întrebări deschise, dintre care o primă serie se referă la activitatea instituției iar o a doua se referă la persoana respondenților (**Anexa 4**). Stabilirea întrebărilor finale și a ordinii acestora s-a făcut în urma unei pretestări.

**Analiza și interpretarea rezultatelor** a vizat următoarele aspecte:

1. Organizarea și funcționarea casei județene de asigurări sociale de sănătate Iași
2. Bugetul asigurărilor sociale de sănătate
3. Contractarea furnizorilor de servicii de sănătate
4. Relația cu asigurații, furnizorii de servicii și imaginea instituției
5. Organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate

**Concluziile** rezultate în urma analizării răspunsurilor și sugestiilor date de participanții la interviu, referitoare la schimbările ce trebuie aduse în sistem pentru a asigura buna funcționare a acestuia, prevăd următoarele:

1. Revenirea la statutul inițial al C.N.A.S.S. prevăzut prin Legea 145/1997;
2. Din punctul de vedere al structurii organizatorice, la nivelul sistemului de asigurări sociale de sănătate trebuie eliminate casele de asigurări sociale de sănătate paralele, este vorba de Casa O.P.S.N.A.J. și Casa Ministerului Transporturilor și introduse instituțiile de acreditare a furnizorilor, organismele de standardizare și asigurătorii complementari;
3. Limitarea implicării Ministerului Sănătății în gestionarea F.N.U.A.S.S. și limitarea funcțiilor acestuia în sistem la acelea de finanțator al investițiilor de capital ale instituțiilor medicale aparținând statului, reglementator de standarde medicale și responsabil cu politica medicamentului și programe de sănătate finanțate exclusiv de la bugetul de stat;
4. Continuarea procesului de descentralizare și de acordare a autonomiei instituțiilor teritoriale;
5. Revizuirea structurilor organizatorice de la nivelul caselor județene de asigurări și apelarea la organigrame flexibile care să permită adaptarea acestora la necesitățile locale de funcționare a acestora;
6. Revizuirea funcțiilor îndeplinite de departamentele care intră în relație cu asigurații și a infrastructurii de comunicare cu aceștia, pentru a se putea concepe un sistem centrat pe cetățean, în care dimensionarea bugetului fondului de asigurări sociale de sănătate să se facă pe baza determinării cât



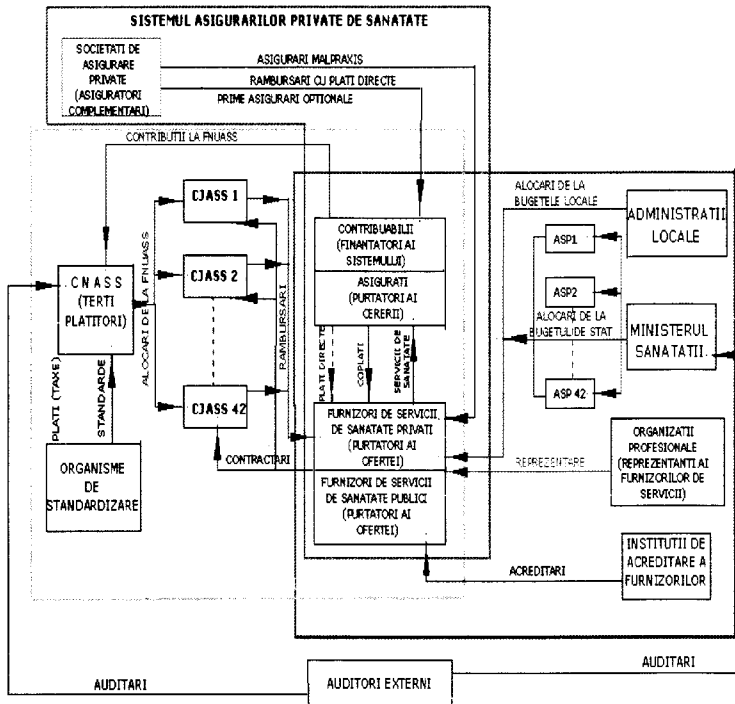
mai exacte a nevoii de servicii de sănătate iar contractarea să urmărească alinierea ofertei la cerere;

7. Apelarea la standardizarea activităților, acolo unde este posibil și utilizarea unor mijloace adecvate pentru a putea fi mai eficientă activitatea de control al efectuării actului medical/serviciului propus spre decontare.

### 7.3. Model de management performant al sistemului de asigurări sociale de sănătate

În ultimul subcapitol este elaborat modelul de management adecvat îndepărtării neajunsurilor din cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate și creării premiselor de obținere a performanței.

Pentru a se crea premisele managementului performant al sistemului de asigurări sociale de sănătate în cadrul modelului propus s-au prevăzut unele modificări ale structurii organizatorice ale acestuia, trecându-se de la structura actuală de tip clasic la o structură de tip modern care să permită atât îmbunătățirea managementului proceselor decizionale, cât și managementul resurselor umane, financiare și informaționale.



**Figura 7.** Organizarea sistemului de asigurări sociale de sănătate și interacțiunea sa cu sistemul de servicii de sănătate și sistemul asigurărilor de sănătate private în cadrul modelului de management

Spre deosebire de actuala organizare a sistemului de asigurări sociale de sănătate, ale cărui probleme de funcționalitate, organizare și randament au fost prezentate în capitolele anterioare, structura organizatorică aferentă modelului propus

asigură unitatea de comandă, stabilește o ierarhie strictă (au fost eliminate structurile care îngreunau desfășurarea activității, în speță casele de asigurări paralele O.P.S.N.A.J. și C.A.S.M.T.), conține elementele necesare pentru uniformizarea metodelor de lucru la nivelul tuturor componentelor (au fost introduse organismele de standardizare a tehnicilor, metodelor și indicatorilor utilizați în analiza și evaluarea activității caselor județene de asigurări sociale de sănătate) și asigură independența financiară a sistemului, prin faptul că este prevăzută colectarea F.N.U.A.S.S. prin aparatul fiscal propriu al C.N.A.S.S.

Modelul de organizare a sistemului propus înlătură o serie de neajunsuri, ca de exemplu urmărirea modului de colectare și utilizare a F.N.U.A.S.S., prin faptul că acordă instituției C.N.A.S.S. atribuții legate de colectarea și utilizarea fondului, astfel încât participarea contribuabililor la fond să poată fi urmărită îndeaproape, putându-se lua la timp măsuri de asigurare a continuității colectării și de alocare de resurse pentru aplicarea strategiilor și atingerea obiectivelor.

Acest model organizațional permite instituției C.N.A.S.S. punerea în practică a *managementului strategic* în urma obținerii de informații complete referitoare la resursele întregului sistem de asigurări sociale de sănătate și la factorii de influență endogeni și exogeni ai mediului, permițând totodată urmărirea evoluției performanțelor organizației și anticiparea acesteia prin prognoze corect fundamentate.

În acest caz, principalele etape ale ciclului managerial la nivelul C.N.A.S.S. pot fi:

**Etapa I. Stabilirea misiunii:** *Asigurarea funcționării unitare și coordonate a sistemului de asigurări sociale de sănătate*

**Etapa II. Adoptarea politicii organizației:** are în vedere stabilirea mărimii pachetului de servicii de bază garantat prin asigurarea socială de sănătate și mărimea segmentului de asigurați și contribuabili la F.N.U.A.S.S.

Pentru orice variantă de politică posibil de adoptat de către C.N.A.S.S. vor trebui elaborate și conduse studii bazate pe chestionare și interviuri adresate unor categorii largi de respondenți, din care să rezulte soluția optimă. Astfel, alegerea variantei optime va trebui să se bazeze pe următoarele elemente și pe gradul de importanță a fiecăruia stabilit în funcție de o serie de criterii, prezentate în tabelul următor.

**Tabelul nr. 4.** Criterii de bază în alegerea politicilor sistemului asigurărilor sociale de sănătate

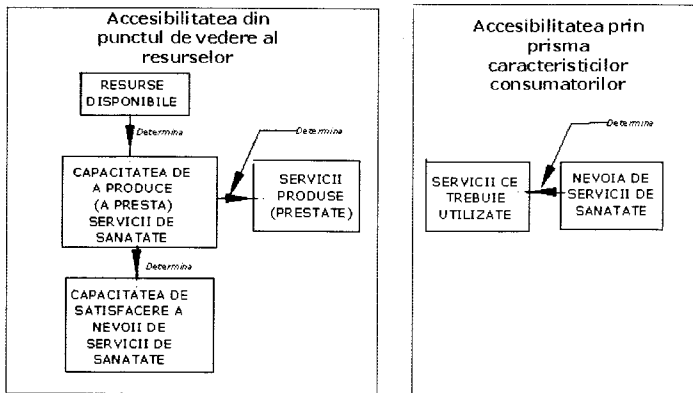
- |    |   |  |
|----|---|--|
| a. | Sondarea atitudinii partidelor politice față de varianta propusă                      | 1. opusă<br>2. indiferentă<br>3. complezentă<br>4. interesată  |
| b. | Aitudinea asociațiilor profesionale și a sindicatelor față de varianta propusă        | 5. foarte interesată<br>1. respingere<br>2. indiferentă<br>3. complezentă<br>4. azeziune<br>5. susținere |
| c. | Modalitatea în care varianta propusă influențează opinia publică                      | 1. foarte negativ<br>2. negativ<br>3. deloc<br>4. favorabil  |
| d. | Determinarea legăturilor și a relațiilor de cooperare cu alte instituții și organisme | 5. foarte favorabil<br>1. foarte dificilă<br>2. mai puțin dificilă<br>3. neschimbată<br>4. mai ușoară    |

- e. **Determinarea gradului de implicare din partea asiguraților pentru punerea în practică a variantei propuse**
1. neglijabilă
  2. puțin importantă
  3. moderată
  4. marcantă
  5. foarte ușoară
5. **deosebit de importantă**
- conceput plecând de la metoda SIMPLEX de stabilire a priorităților pe baza unor criterii sub formă de întrebări , după Pineault și Daveluy, 1990, p. 316

**Etapa III. Stabilirea obiectivelor organizației:**

C.N.A.S.S., ca administrator al fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, trebuie să stabilească obiectivele la nivel de organizație ținând cont că sistemul de asigurări sociale de sănătate co-există și funcționează împreună cu sistemul serviciilor de sănătate al cărui administrator și co-finanțator este Ministerul Sănătății Publice și nu în ultimul rând împreună cu sistemul asigurărilor private, care ar putea fi integrat, în anumite condiții, pentru a facilita atingerea acestor obiective. Importantă este ierarhizarea corectă a acestora, delimitând obiectivul general reprezentat de rezultatul global urmărit a se atinge de obiectivele intermediare care facilitează atingerea obiectivului general și de obiectivele specifice care corespund unor activități precise.

Principalul obiectiv urmărit de C.N.A.S.S. este acela de a asigura accesul la serviciile de sănătate necesare pentru restabilirea și menținerea stării de sănătate a tuturor asiguraților. Garantarea unei accesibilități crescute a asiguraților la servicii poate fi atinsă dacă aceasta se analizează atât din punctul de vedere al producerii/furnizării serviciilor cât și din punctul de vedere al consumării acestora. Factorul care intervine între capacitatea sistemului de asigurări de a contracta servicii pentru asigurații săi și capacitatea acestuia de a satisface nevoia de servicii de sănătate a acestora este *utilizarea efectivă a serviciilor*



*Figura 8. Cadrul conceptual al accesibilității*

**Etapa IV. Alegerea strategiilor:**

Sarcina managerilor va fi să aleagă acele strategii care să le permită să aplice cele trei categorii de tehnici și instrumente de gestiune în acord cu funcțiile manageriale de îndeplinit, anume *tehnicele și instrumentele de finalizare, tehnicile și*

*instrumentele de control și tehnicile și instrumentele de antrenare* astfel încât atingerea obiectivelor să se facă conform planificării.

Instrumentele de finalizare, control și antrenare alese de către managerii instituțiilor de la nivel teritorial trebuie să fie în concordanță cu obiectivele urmărite la toate nivelurile ierarhice și de către fiecare componentă și trebuie să asigure convergența sistemului de obiective al organizației, astfel încât structura acestuia să fie una piramidală, cu baza constituită din obiectivele specifice ale instituției, care sunt obiective concrete, cuantificate exact pentru a permite influențarea activității angajaților de la fiecare nivel, iar la nivel intermediar să se regăsească axele strategice, reflectate prin strategiile alese de manager pentru a atinge obiectivele principale

Acest lucru este posibil datorită influenței benefice a descentralizării și deconcentrării activității din instituțiile publice de care managerul poate să profite pentru a utiliza strategii care să se depărteze de eșalonul central delimitat de către centrii de decizie politică.

#### **Etapa V. Identificarea subobiectivelor și tacticilor:**

Pentru o organizație de tipul unei case de asigurări sociale de sănătate această etapă se poate derula simultan sau succesiv cu etapa stabilirii obiectivelor respectiv a alegerii strategiilor, întrucât se referă la stabilirea acelor subobiective derivate dintr-un obiectiv strategic, posibil de atins pe termen scurt și care ar contribui la crearea unor premise favorabile atingerii obiectivelor principale.

Modelul organizațional al sistemului de asigurări sociale de sănătate propus și nevoia de a implica cât mai mult posibil asigurații în funcționarea corectă a acestuia presupune formularea unor astfel de subobiective și apelarea la tactici de punere în aplicare a strategiei alese la un moment dat.

#### **Etapa VI. Planificarea:**

Ca etapă în cadrul ciclului managerial aceasta succede stabilirea obiectivelor, subobiectivelor, strategiilor și tacticilor și precede alegerea resurselor ce urmează să fie utilizate în cadrul sistemului cu scopul de a atinge obiectivele și îndeplini misiunea organizației. Procesul planificării însă, trebuie să fie unul continuu și dinamic și trebuie să se bazeze pe relația de cauzalitate între activitățile și acțiunile întreprinse în cadrul sistemului și rezultatele acestora.

În cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate planificarea trebuie să urmărească trei elemente de bază, anume nevoia de sănătate a populației, nevoia efectivă de servicii pentru rezolvarea problemelor de sănătate și nevoia de resurse a sistemului, pentru a putea satisface nevoia de servicii manifestată la un moment dat, așa cum este prezentat în figura următoare.

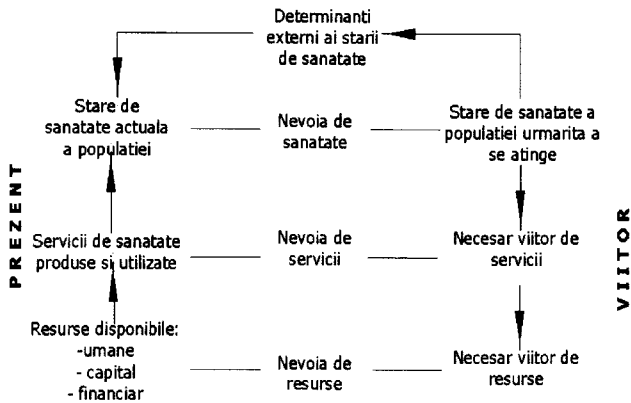


Figura 9. Model de cadru conceptual al planificării resurselor necesare funcționării sistemului de sănătate

Dat fiind faptul că sistemul asigurărilor sociale de sănătate din țara noastră este relativ recent și nu există încă suficientă experiență acumulată pentru a apela la *planificarea rațională*, mai indicată ar fi *planificarea pragmatică* a planurilor și programelor de la toate nivelele organizației, dat fiind faptul că stabilirea acestora trebuie să fie participativă, în care să se țină cont de implicarea comunităților și a factorului politic, utilizându-se în acest scop și metode subiective, astfel încât planificarea să poată fi adaptativă, etapizată, graduală și să poată ține cont de eventualele oportunități ce apar la un moment sau altul. Rațiunea planificării, în acest caz este aceea că nu trebuie găsite planurile perfecte, ci trebuie mai degrabă concepute planuri fezabile și realiste decât ideale.

#### Etapa VII: Alocarea resurselor:

Trebuie ținut cont de faptul că în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate alocarea resurselor are loc în două etape, sau la două niveluri. O primă alocare de resurse financiare are loc de la nivelul C.N.A.S.S. către cele 42 de case județene de asigurări sociale de sănătate, urmând ca finanțarea propriu-zisă a serviciilor de sănătate prestate să se facă prin rambursări de la casele județene de asigurări la furnizorii de servicii de sănătate, în urma deciziilor luate la nivelul conducerii acestora.

Ca tehnici și instrumente concrete de finalizare la nivel de sistem pot fi utilizate în alocarea resurselor către casele județene analiza cost-beneficiu și bugetele de programe, iar la nivel de instituție teritorială, ca tehnici și instrumente de finalizare ce pot fi utilizate de managerul unei case județene de asigurări sociale de sănătate se recomandă conducerea prin obiective și metoda bugetului cu bază zero pentru fundamentarea cheltuielilor bugetare anuale.

Pentru aceasta, trebuie mai întâi să se facă o ierarhizare a obiectivelor operaționale și se rezolve următoarele probleme:

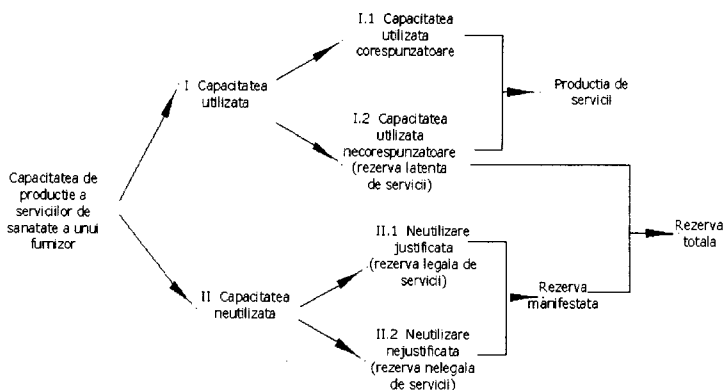
- stabilirea activităților ce trebuie derulate de fiecare angajat delimitându-se activitățile (misiunile) indispensabile de cele suplimentare;
- alegerea modalităților de realizare a fiecărei activități în parte;

- în urma evaluării costurilor și beneficiilor aduse de fiecare misiune în parte are loc ierarhizarea acestora și fundamentarea cererilor bugetare.

Fiind vorba de o determinare pe baza practicii a necesarului de resurse, la fel și modul de utilizare a unor resurse limitate va servi în continuare acesteia.

Managerii caselor de asigurări sociale de sănătate trebuie să fie conștienți de faptul că alocarea de resurse financiare de la F.N.U.A.S.S. trebuie să se facă în acord cu obiectivele urmărite și urmând strategiile alese pentru atingerea acestora. Așa cum a reieșit din analizele și studiile efectuate până la momentul de față, unul dintre obiectivele strategice este acela de satisfacere a nevoii de sănătate a asiguraților punând accentul pe asistența primară pentru a decongestiona și a eficientiza utilizarea asistenței spitalicești, care în prezent este o mare consumatoare de fonduri și a cărei funcționare propriu-zisă constituie una din cauzele creșterii costurilor serviciilor medicale.

Din acest motiv, la contractarea serviciilor medicale, în fundamentarea deciziilor va fi utilă o analiză a capacității de furnizare de servicii a fiecărui furnizor în parte, mai ales în cazul spitalelor, astfel încât să se poată trage concluzii asupra producției de servicii a fiecăruia și asupra rezervei totale a acestora, pentru a se putea face și predicțiile necesare, vis-a-vis de posibilitatea de satisfacere a nevoilor viitoare.



**Figura 10.** Analiza capacității de producere de servicii de sănătate a furnizorilor, în vederea stabilirii necesarului de finanțare pentru satisfacerea nevoii de servicii de sănătate

Decizia de alocare a resurselor trebuie să aibă la bază pe de o parte capacitățile de producere a serviciilor de sănătate ale furnizorilor contractanți, serviciile produse în perioadele anterioare și nevoia de servicii satisfăcută prin consumul acestora, precum și nevoia viitoare (necesarul viitor) de servicii. În urma analizării modului în care au fost utilizate capacitățile și satisfăcută nevoia de servicii se pot trage concluzii și adoptate decizii privind alocarea ulterioară a resurselor conform uneia dintre următoarele situații (tabelul 5):

**Tabelul 5.** Elemente utilizate în adoptarea deciziilor de alocare a resurselor

Capacitatea de producere a serviciilor	>	Serviciile produse într-o perioadă de timp dată	=	Necesarul de servicii aferent perioadei respective	Satisfacere deplină a nevoii de servicii, Utilizarea inefficientă a resurselor, Existența unei rezerve,

					Posibil să fi fost apreciat incorect necesarul de servicii
Capacitatea de producere a serviciilor	=	Serviciile produse într-o perioadă de timp dată	=	Necesarul de servicii aferent perioadei respective	Satisfacere deplină a nevoii de servicii, Utilizare completă a capacităților de producere, Inexistența unei rezerve în eventualitatea creșterii necesarului viitor de servicii
Capacitatea de producere a serviciilor	>	Serviciile produse într-o perioadă de timp dată	>	Necesarul de servicii aferent perioadei respective	Utilizarea inefficientă a capacităților de producție, Existența unei rezerve, Manifestarea fenomenului de cerere indusă de ofertă, Posibil să fi fost apreciat incorect necesarul de servicii
Capacitatea de producere a serviciilor	=	Serviciile produse într-o perioadă de timp dată	>	Necesarul de servicii aferent perioadei respective	Utilizarea completă a capacităților de producere a serviciilor, Manifestarea cererii induse de ofertă, Existența unei rezerve, Posibil să fi fost apreciat incorect necesarul de servicii
Capacitatea de producere a serviciilor	>	Serviciile produse într-o perioadă de timp dată	<	Necesarul de servicii aferent perioadei respective	Ineficiența utilizării capacităților de producție, Insuficiența resurselor, Posibil să fi fost apreciat incorect necesarul de servicii
Capacitatea de producere a serviciilor	=	Serviciile produse într-o perioadă de timp dată	<	Necesarul de servicii aferent perioadei respective	Utilizarea corectă a capacităților de producție, Inexistența unei rezerve, Insuficiența resurselor, Posibil să fi fost apreciat incorect necesarul de servicii

Atunci când capacitatea de producere a serviciilor necesare pentru satisfacerea nevoii manifestate la un moment dat este prea mică, trebuie luate măsuri de stimulare a furnizorilor de servicii, specificate prin contract, sau trebuie puse în aplicare strategii concepute împreună cu Ministerul Sănătății<sup>15</sup>, iar când capacitatea este prea mare, trebuie restricționată contractarea.

#### Etapa VIII. Asigurarea comunicării:

Încercarea de a construi un sistem informațional și o infrastructură de comunicare în timp real la nivelul întregului sistem de asigurări sociale de sănătate nu s-a soldat cu rezultatele așteptate, din contra, comunicarea în actualul sistem este

<sup>15</sup> atunci când se impun ameliorări tehnologice, deci investiții de capital, sau modificări ale structurii organizaționale a furnizorilor de servicii, mai ales a celor de genul spitalelor.

fracționată și întârziată. fapt care duce la apariția unor timpi mari de așteptare și la îngreunarea procesului decizional la mai multe niveluri. Pentru îmbunătățirea comunicării și asigurarea tuturor informațiilor necesare unui management performant rămân de efectuat noi investiții.

În cadrul modelului organizațional al sistemului de asigurări sociale de sănătate propus de noi trebuie asigurată infrastructura de comunicare între cele 3 sisteme, respectiv cel al asigurărilor sociale de sănătate, cel al serviciilor de sănătate și cel al asigurărilor de sănătate private, pentru a furniza toate informațiile de care este nevoie pentru a lua deciziile, în plus fiind necesară și includerea unor alte componente (reprezentanții asiguraților, ai societății civile, ai organelor de evidență a populației și a organismelor financiare de tipul A.N.A.F.).

La nivelul caselor de asigurări sociale de sănătate teritoriale trebuie utilizate la maximum posibilitățile de colectare, analizare și stocare a datelor, oferite de infrastructurile proprii de comunicare deja existente între acestea și furnizorii de servicii de sănătate și trebuie create obligatoriu, canalele de comunicare cu asigurații. Așa cum a reieșit din ancheta asupra populației, legătura dintre asigurați și casele de asigurări sociale de sănătate este slabă, lipsind unul dintre feed-back-urile necesare efectuării controlului privind serviciile raportate către casele de asigurări de către furnizorii ce contractează cu acestea.

Există totodată puncte fragile privind comunicarea cu furnizorii de servicii, problemă care se va rezolva doar atunci când infrastructura de comunicare va permite raportarea în timp real a serviciilor prestate și evaluarea calitativă a acestora, la nivelul caselor de asigurări, pe baza standardelor comune utilizate la nivelul întregului sistem de asigurări sociale de sănătate. Un model de sistem informațional care să asigure utilizarea și circulația tuturor datelor și informațiilor necesare luării deciziilor este prezentat în figura 11.

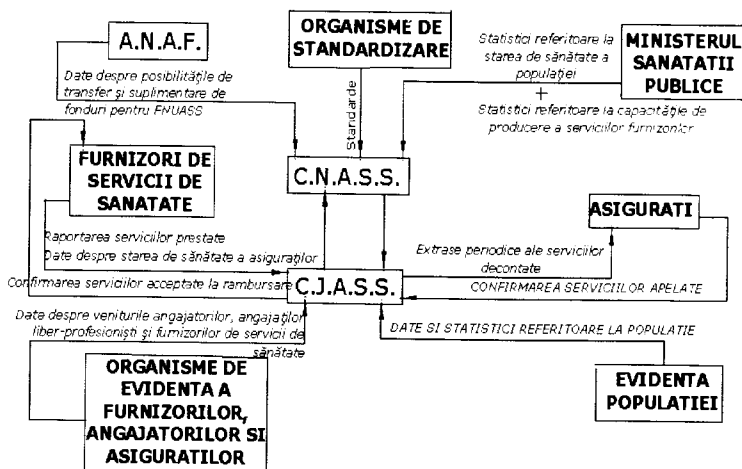


Figura 11. Infrastructura informațională a sistemului de asigurări sociale de sănătate necesară luării deciziilor optime la toate nivelurile acestuia

#### Etapa. IX. Motivarea și antrenarea:



În cadrul tehnicilor și instrumentelor de antrenare, pentru organizațiile reprezentate de casele de asigurări sociale de sănătate sunt propuse:

**•proiectele de serviciu** - documente prezentate sub forma unei carte comune difuzate la toate nivelurile ierarhice ale sistemului de asigurări sociale de sănătate (plecând de la nivelul ierarhic superior, reprezentat de C.N.A.S.S. și ajungând până la puncte județene) care permit tuturor angajaților din sistem să se raporteze la valori și puncte de vedere identice. Aceste proiecte ar putea fi concepute de către organismele de standardizare prevăzute în structura organizațională a sistemului de asigurări sociale de sănătate propuse.

Fiind vorba de sectorul finanțării serviciilor de sănătate, cele mai potrivite tipuri de proiecte de servicii ce ar putea fi utilizate în cadrul organizației ar fi acelea care au ca finalitate redefinirea modalităților de acțiune în funcție de noi circuite de decizie (dat fiind faptul că se urmărește construirea unui serviciu centrat pe cetățean și nu pe furnizor) și cele ce prevăd adaptarea misiunii organizației la noi condiții de mediu ca urmare a îmbunătățirii comunicării cu mediul exterior (așa cum a reieșit din concluziile anchetei populației și interviului informatorilor-cheie). Antrenarea se face prin faptul că aceste proiecte trebuie să fie rezultatul unui demers participativ ce presupune implicarea tuturor componentelor sistemului administrativ în determinarea misiunii angajaților de la toate nivelurile.

**•cercul de calitate** - introducerea unui asemenea instrument în cadrul organizației reprezentate de o casă județeană de asigurări sociale de sănătate ar presupune existența unui cadru organizat de formulare colectivă a unor propuneri și sugestii de îmbunătățire a activității instituției. Un cerc de calitate ar putea fi astfel constituit din reprezentanți ai tuturor categoriilor de actori din cadrul sistemului de sănătate, ca de exemplu angajați ai instituției aflați pe posturi de conducere sau executive, reprezentanți ai furnizorilor și nu în ultimul rând reprezentanți ai asiguraților sau ai altor organisme ce dețin informații referitoare la asigurați (birourile de evidență a populației, administrațiile financiare teritoriale publice, unitățile de învățământ, etc.). Utilizarea acestui instrument ar fi deosebit de eficientă ca premisă a exercitării managementului participativ și îmbunătățirii, în general, a managementului practicat la un moment dat.

#### **Etapă. X. Controlul, evaluarea, efectuarea corecțiilor:**

Pentru casele de asigurări sociale de sănătate, principalul instrument de control ce asigură evaluarea corectă a activității ce are loc în sistem și permite efectuarea la timp a controlului este **cardul de asigurare de sănătate**.

Acest instrument, care actualmente nu este implementat, cu toate că din punct de vedere legal existența acestuia a fost prevăzută, ar putea fi introdus la momentul de față, cu costuri relativ scăzute, de către fiecare casă de asigurări sociale de sănătate și utilizat cu succes acolo unde există deja un sistem informațional subsidiar ce funcționează, între terțul plătitor și furnizorii de servicii.

Cardul de sănătate trebuie privit ca un instrument electronic de stocare și transmitere de date referitoare la consumul de servicii de sănătate, care poate furniza informații în timp real legate de asiguratul care apelează servicii de sănătate, momentul și locul consumului de servicii, cantitatea și calitatea serviciilor prestate.

Informațiile care circulă în cadrul sistemului informațional propriu al fiecărei case de asigurări sociale de sănătate de la nivel teritorial ar putea fi astfel coroborate prin intermediul sistemului S.I.U.I. și utilizate la nivel central pentru a face corecțiile necesare asigurării funcționalității sistemului. Astfel, utilizarea informațiilor necesare asigurării controlului se va face în timp real la nivel teritorial și la intervalele necesare de timp, de la nivel teritorial la nivel central.

În timp, la nivelul furnizorilor de asistență primară (medicină de familie) se poate constitui și un al doilea instrument de informare ale cărui date ar putea constitui pentru administratorul fondului de sănătate premisa planificării nevoii de servicii de sănătate viitoare, anume ***dosarul electronic al fiecărui asigurat***.

Pe măsură ce sistemul se dezvoltă și transmiterea datelor în timp real va putea fi posibilă la toate nivelurile, cardul de asigurare de sănătate ar putea fi transformat și într-un instrument de implicare și responsabilizare a asiguratului legat de modul de apelare la servicii și utilizare a fondurilor.

Colectarea în timp real a informațiilor, inițial doar la nivel teritorial, va permite utilizarea cu succes și a celorlalte instrumente clasice de control (contabilitatea analitică și tabloul de bord).

Utilizarea ***contabilității analitice*** ca instrument de control în cadrul casei județene de asigurări sociale de sănătate are ca suport ideea de determinare a costurilor complete ale funcționării acesteia sau ale serviciilor pe care instituția le oferă, în urma separării celor două componente ale acestora, în speță costurile fixe și costurile variabile, iar pentru a se ajunge la acestea este nevoie de funcționarea eficientă a sistemului informațional din cadrul instituției pentru a putea avea loc colectarea, prelucrarea, stocarea și transmiterea informațiilor economico-financiare.

***Tabloul de bord*** se referă la ansamblul indicatorilor ce pun în evidență performanța organizației în funcție de mediul în care aceasta activează. Modul clasic de prezentare este cel al unor tabele în care sunt evidențiate valorile previzionate și valorile realizate ale unor indicatori financiari cu scopul de a stabili abaterile și cauzele care le generează precum și posibilitățile de înăturare a acestora pentru a se perfecționa activitatea organizației.

Performanța activității trebuie evaluată și prin intermediul unor instrumente specifice, dintre care cele mai recomandate sunt ***auditul intern și auditul extern***.

Auditarea presupune efectuarea de studii cu scopul de a diagnostica activitatea, la diverse momente de pe parcursul desfășurării acesteia. În acest scop, managerul trebuie să delimiteze în cadrul structurii organizatorice un departament special a cărui funcție principală să fie utilizarea de informații culese direct de la locul desfășurării activității cu scopul de a emite opinii responsabile în legătură cu anumite criterii calitative.

În cadrul modelului organizatoric propus este prevăzută și apelarea la instituții externe sistemului care să asigure auditul extern al activității organizației, pentru a înlătura eventualul subiectivism al auditării interne care se efectuează la fiecare nivel și care ar putea semnală, pe de o parte, dacă se încheie protocoalele necesare între cele trei instituții, în speță C.N.A.S.S., organismele de auditare externă și Ministerul Sănătății și pe de altă parte disfuncționalitățile atât din cadrul sistemului de asigurări sociale condus și administrat de C.N.A.S.S. cât și din cadrul sistemului serviciilor de sănătate condus de Ministerul Sănătății.

Efectuarea controlului nu se va putea face dacă nu se stabilește mai întâi un sistem al indicatorilor de performanță utilizat în sectorul asigurărilor sociale de sănătate (implicit al serviciilor de sănătate). În principal aceștia trebuie să asigure evaluarea consumului de resurse în raport cu rezultatele obținute după furnizarea serviciilor de sănătate și compararea cu nivelurile prestabilite ale rezultatelor ce se constituie ca obiective de îndeplinit.

Sistemul optim de indicatori va trebui să răspundă următoarelor cerințe:

**1.** Să contribuie la cunoașterea fiecărui tip de serviciu ce poate fi prestat și respectiv a fiecărui tip de nevoie ce este satisfăcută prin serviciul respectiv;

2. Să genereze informații noi cu privire la reacția pe care o au asigurații față de serviciile prestate în sistem;
3. Să permită identificarea la timp a disfuncționalităților care apar în procesul de furnizare a serviciilor de sănătate;
4. Să permită determinarea de corelații între efortul depus de personalul din cadrul organizației și rezultatele obținute de către aceasta și determinarea nivelului de performanță;
5. Prin intermediul acestuia să se poată identifica eficiența personalului de conducere și a celui executiv în procesul de furnizare a serviciilor.

Pentru asigurarea unui management performant, la nivelul fiecărei case de asigurări sociale de sănătate se va urmări obținerea și utilizarea a trei mari categorii de indicatori:

### **1. Indicatori generali:**

- Indicatorii demografici
- Indicatorii stării de morbiditate a populației

### **2. Indicatori calitativi ai sistemului asigurărilor sociale de sănătate:**

- Indicatori ai accesibilității asiguraților la servicii de sănătate
- Indicatori ai adresabilității asiguraților către furnizorii de servicii de sănătate
- Indicatori ai calității serviciilor de sănătate

### **3. Indicatori specifici sistemului de asigurări sociale de sănătate și ai**

#### **sistemului serviciilor de sănătate:**

- Indicatori ai finanțării serviciilor de sănătate
- Indicatori ai cheltuielilor
- Indicatorii producției de servicii de sănătate finanțate de la F.N.U.A.S.S
- Indicatorii dotării furnizorilor de servicii

Totodată, structura organizatorică și infrastructura de comunicare aferente modelului propus vor permite, în virtutea existenței și a unui cadru legislativ care să facă posibil acest lucru, calcularea unor indicatori care până la momentul de față nu sunt utilizați în procesele decizionale, organizatorice și administrative, ca de exemplu:

**a) indicatori calitativi** (indicatori care reflectă influența unor factori cum ar fi educația, comportamentul indivizilor, modul de viață al acestora și de petrecere a timpului liber, mediul de muncă, etc., asupra stării de sănătate a acestora și implicit asupra consumului de servicii de sănătate); prin intermediul lor:

- se poate rezolva problema hazardului moral al furnizorului de servicii condiționând medicii de familie să înscrie pe listele lor în proporții egale asigurați cu nivele de pregătire diferite, în condițiile în care rambursarea serviciilor prestate de aceștia se face conform capitației;
- se va putea totodată crește aportul asistenței primare în satisfacerea nevoii de sănătate, prin acțiuni de educație pentru sănătate și prevenție, care actualmente este neglijat datorită inexistenței unui cadru legal care să stimuleze acest lucru;

**b) indicatori ce reflectă impactul condițiilor de muncă asupra stării de sănătate și consumului de servicii** (adresabilitatea populației depinde de ocupație și mediul în care aceasta trăiește și muncește);

O serie de indicatori și indici poate fi utilizată și în cadrul studiilor macroeconomice ce reflectă productivitatea muncii și incapacitatea temporară de muncă. Astfel, s-ar putea determina:

**Frecvența incapacității temporare de muncă** = total certificate medicale

\*100/ total asigurați cu statut de persoană ocupată

**Gravitatea incapacității temporare de muncă** = total zile concediu medical  
\*100/ total asigurați cu statut de persoană ocupată

**Durata incapacității temporare de muncă** = total zile concediu medical  
\*100/ total certificate medicale

Alte categorii importante de indicatori sunt cele care pun în evidență adresabilitatea și accesibilitatea serviciilor medicale. Orice casă de asigurări trebuie să cunoască frecvența apelării serviciilor și numărul asiguraților care accesează din proprie inițiativă serviciile de sănătate oferite de furnizorii ce contractează cu acestea. pentru a putea stabili **numărul mediu de consultații pe asigurat înscris pe lista fiecărui medic de familie și numărul persoanelor care nu apelează niciun serviciu al medicului de familie pe o durată de un an**, pentru a putea lua decizii legate de eficacitatea introducerii obligativității examinării anuale a stării de sănătate pentru fiecare asigurat, eventual pentru obligativitatea examenelor de depistare a unor maladii care netratate la timp devin generatoare de costuri mari ale serviciilor medicale.

Acești indicatori vor permite luarea unor decizii legate de efectuarea unor cheltuieli actuale suplimentare, care vor preveni însă apariția unor cheltuieli viitoare foarte mari pentru casele de asigurări sociale de sănătate.

Pentru determinarea nivelului de accesibilitate casele de asigurări vor trebui să țină o evidență continuă a:

- numărului de consultații și intervenții acordate zilnic;
- duratei medii a unei consultații și a fiecărui tip de intervenție;
- duratei de așteptare dintre momentul solicitării serviciului de sănătate și momentul acordării lui efective;

Strategiile și tacticile utilizate pentru atingerea obiectivului de maximizare a accesibilității vor trebui să urmărească rezolvarea unor probleme ce se constituie ca bariere în calea accesibilității pentru diverse categorii de asigurați:

- distanța dintre domiciliul asiguratului și furnizorul de servicii cel mai apropiat (în cazul asiguraților domiciliați în mediul rural pentru care această distanță este mare se recomandă ca și tactică stimularea furnizorilor de a opera acolo unde nu există ofertă);
- dotarea unităților de transport al pacienților (acolo unde nu există suficiente mijloace și resurse trebuie stimulată investirea de către sectorul privat al furnizorilor sau din partea Ministerului Sănătății);
- utilizarea ineficientă (sau uneori inechitabilă) a timpului furnizorilor de servicii de către asigurați care apelează nejustificat servicii (în acest caz inițiativa eliminării acestui neajuns devenind obligația furnizorului de servicii);
- costul ridicat al unor intervenții și lipsa disponibilităților financiare a asiguraților care trebuie să contribuie la acoperirea acestora prin co-plată (în acest caz, managerii fondului trebuind să găsească noi surse și posibilități de acoperire în folosul asiguraților, posibil apelând la sectorul asigurărilor de sănătate private);

Crearea unui asemenea sistem de indicatori va face posibilă asumarea răspunderii managerilor și personalului de execuție pentru calitatea deciziilor și pentru punerea acestora în practică, crescând astfel transparența activităților din domeniul finanțării serviciilor de sănătate.

Procesul de introducere a indicatorilor de evaluare a performanței serviciilor de asigurări sociale de sănătate nu poate fi conceput și aplicat fără existența unui

cadru legislativ care să permită acest lucru și a unor instituții care să urmărească și să analizeze la nivel național furnizarea de servicii.

Finalitatea activității acestor instituții va fi aceea că vor stabili *volumul și calitatea* prestării serviciilor de sănătate, *eficiența economică a furnizorilor de servicii și a utilizării fondurilor* din care serviciile de sănătate sunt finanțate și *eficacitatea acțiunilor* întreprinse la nivel de sistem.

În acest mod, introducerea sistemului de indicatori de evaluare a performanței activităților desfășurate la nivelul caselor de asigurări sociale de sănătate va avea impact pozitiv și asupra performanței sistemului de sănătate, contribuind la îmbunătățirea managementului serviciilor de sănătate în general.

Problema principală în stabilirea acestor indicatori rezidă în complexitatea modului de determinare a acestora, întrucât de multe ori, în procesul luării deciziilor privind alocarea fondurilor către servicii de sănătate menite să satisfacă anumite tipuri de nevoi intervine logica socială și nu logica concurențială sau economică.

Astfel, evaluarea performanței managementului organizației reprezentate de o casă de asigurări sociale de sănătate se va putea face urmărind indicatorii prin intermediul cărora se răspunde la următoarele întrebări:

1. A avut loc identificarea corectă a nevoii de servicii de sănătate a asiguraților proprii care trebuie satisfăcute într-o perioadă de timp dată?
2. Care au fost compartimentele sau departamentele care au contribuit la determinarea corectă/care au împiedicat aprecierea corectă a nevoii de servicii de sănătate a asiguraților?
3. Calitatea prestației a fost corelată cu nevoia de servicii?
4. Dacă nu, care au fost elementele care au împiedicat alinierea ofertei la cerere?
5. În procesul prestării de servicii de sănătate a fost atins nivelul superior al productivității?
6. Dacă da/nu la care dintre furnizorii de servicii?
7. Satisfacerea nevoii de servicii a asiguraților a avut loc la cel mai mic cost al serviciilor?
8. Dacă nu, din ce motive?

## CONCLUZII

Actuala organizare a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România nu permite un management corect al fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, destinat finanțării serviciilor de sănătate prestate în unitățile care se constituie ca furnizori de servicii specifice destinate atingerii și menținerii unei stări bune a sănătății asiguraților și prin extensie a sănătății populației.

Există numeroase elemente ce țin de cele trei sfere de influență a sistemului de asigurări sociale de sănătate din țara noastră, în speță sfera politicului, sfera economicului și sfera socialului, care nu permit întrunirea condițiilor necesare asigurării unui management performant al acestuia.

Este de remarcat faptul că elementele esențiale ale reformei realizate în domeniul sănătății în România au vizat următoarele aspecte:

- modificarea principiilor politicii sanitare, fixarea de noi obiective strategice;
- modificarea structurală a sistemului de sănătate și de finanțare a serviciilor de sănătate cu scopul de a descentraliza gestiunea acestora, modificare bazată pe trecerea patrimoniului sanitar din proprietatea statului în proprietatea organelor administrațiilor locale sau în proprietatea privată a unor anumite categorii de furnizori de servicii medicale pentru administrarea mai eficientă a acestuia și pentru a încuraja practicile independente în unități publice sau private;
- adaptarea legislației prin modificarea și completarea cadrului legislativ la contextele economice, financiare și politice naționale și internaționale;
- mărirea numărului actorilor implicați în sistem, aceștia căpătând noi roluri și atribuții cu scopul de a definitiva structura sistemului și de a-l face cât mai eficient posibil.

Problemele ulterioare care au apărut și continuă să se manifeste și în momentul de față se datorează faptului că fixarea de noi obiective strategice nu a fost susținută și prin metode și mijloace de atingere corecte și eficiente, faptului că modificarea structurală a sistemului nu a atras după sine și autonomia și responsabilitatea noilor structuri și organisme create și faptului că numărul actorilor din sistem la care s-a ajuns în prezent împiedică buna funcționare a „tânărului” sistem de asigurări sociale de sănătate menit să joace rol de terț plătitor.

Raporturile care se manifestă în prezent între C.N.A.S.S., Ministerul Sănătății Publice, Ministerul Finanțelor Publice și mai ales raporturile cu instituții de reprezentare a furnizorilor de servicii de sănătate împiedică de multe ori exercitarea autorității C.N.A.S.S. și respectarea principiilor managementului afectând exercitarea cu succes a funcțiilor de previziune, organizare, comandă, coordonare și control al utilizării F.N.U.A.S.S.

S-au sesizat contradicții între scopurile urmărite de către furnizorii de servicii de sănătate și scopurile terțului plătitor, respectiv ale asiguraților care finanțează aceste servicii, contradicții care sunt greu de înlăturat în condițiile în care interesele individuale primează în fața intereselor colective, în lipsa unei culturi economice adecvate și într-un stat în care nu se manifestă încă cultul pentru muncă, productivitate și eficiență, făcând astfel foarte dificilă acțiunea de reglare a cererii cu oferta de servicii de sănătate.

Toate acestea se manifestă pe fondul unei insuficiențe a resurselor financiare semnalate de către informatorii-cheie în cadrul interviului și pe fondul preluării de către C.N.A.S.S. a unor domenii care țin de competența altor instituții precum Ministerul Sănătății (programele naționale, salariile medicilor rezidenți și stagieri),

Ministerul Muncii și Solidarității Sociale sau Inspectoratul de Stat pentru Handicapați, ceea ce diminuează și mai mult resursele destinate finanțării serviciilor de sănătate

Existența elementelor ce țin de sfera socialului care împiedică buna funcționare a sistemului de asigurări sociale de sănătate au la bază un handicap cultural al populației din România ce se manifestă în absența unei pregătiri și informări specifice corespunzătoare ale acesteia privind sănătatea publică. În acest caz, *practicile legate de asigurarea propriei stări de sănătate și starea de sănătate proprie percepută de către individ* devin elemente de condiționare a apelării la servicii de sănătate, așa cum este descris în cadrul modelului comportamental din cadrul capitolului al 3-lea.

**Centrarea pe asigurat,** ipoteză de bază adoptată în construirea modelului prezentat în capitolul 7, presupune construirea unei infrastructuri de comunicare între organizațiile reprezentate de casele de asigurări sociale de sănătate și asigurații acestora, care să facă posibile comunicarea eficientă și sondarea corectă a nevoii de servicii de sănătate, pentru a se putea lua deciziile optime de către manageri, în vederea eficientizării modului de utilizare a F.N.U.A.S.S. și asigurării bunei funcționări a sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

În acest context, managerii C.N.A.S.S. și ai caselor județene de asigurări sociale de sănătate trebuie să găsească soluții în rezolvarea unei situații actuale de criză ce se manifestă prin faptul că:

- mare parte dintre contribuabilii la F.N.U.A.S.S. nu pot fi urmăriți direct de către C.N.A.S.S. și nici nu pot fi stimulați la plata contribuției, în condițiile în care sumele care se colectează la fond nu sunt utilizate integral pentru finanțarea serviciilor de sănătate;
- nu există o infrastructură adecvată de comunicare între casele de asigurări și asigurați, implicând un flux informațional corespunzător;
- accesul la serviciile de sănătate este inegal și chiar dificil pentru anumite categorii de asigurați;
- nu se acordă atenția necesară sectorului de asistență primară, drept consecință medicii de familie nu își asumă întotdeauna rolul pe care ar trebui să-l joace, așa cum este prezentat în capitolul 2, iar medicii specialiști sunt uneori supuși la constrângeri financiare ce sunt incompatibile cu buna desfășurare a actului medical.

**Modelul de organizare a sistemului propus** în subcapitolul 7.3 **înlătură aceste neajunsuri** prin faptul că soluționează următoarele probleme:

- acordă instituției C.N.A.S.S. atribuții legate de colectarea și utilizarea fondului, astfel încât participarea contribuabililor la fond să poată fi urmărită îndeaproape, putându-se lua la timp măsuri de asigurare a continuității colectării și de alocare de resurse pentru aplicarea strategiilor și atingerea obiectivelor;
- prevede constituirea unei infrastructuri de comunicare între C.N.A.S.S., ca principal administrator al F.N.U.A.S.S. și o serie de instituții cu care este imperios necesar schimbul de informații, resurse financiare și materiale pentru desfășurarea activităților din cadrul sistemului;
- aduce în prim plan asigurații, care trebuie să îndeplinească în cadrul modelului trei roluri importante: de finanțatori, de sursă de informații pentru asigurarea feed-back-ului, controlului și, în subsidiar, de centri de decizie privind alocarea resurselor.

Ca manager al fondului, C.N.A.S.S. trebuie să țină cont că serviciile de sănătate reprezintă rezultatul activității desfășurate în cadrul pieței de profil, care se

caracterizează prin trăsături specifice, de care trebuie să țină cont atât în momentul contractării cât și la întocmirea planurilor și prognozelor referitoare la finanțarea serviciilor viitoare.

Pentru asigurarea unui management performant, așa cum reiese și din modul de organizare și structurare a sistemului de asigurări sociale de sănătate prezentat în model, accentul va trebui pus *atât pe furnizorii de servicii* care vin în contact cu consumatorii acestora, întrucât prin interesele pe care aceștia le manifestă vor dirija acțiunile de pe piața serviciilor de sănătate, *cât și pe asigurați* ce joacă rol de consumatori.

Astfel se va putea preveni manifestarea unor fenomene precum *cererea excesivă de ofertă*, ce apare atunci când interesul economic propriu furnizorului este prezentat față de cel etic și când clientului îi lipsesc informațiile necesare, sau *dezordabilul financiar*, ce apare atunci când comportamentele furnizorului și consumatorului de servicii de sănătate se modifică succesiv în funcție de interesele proprii și nu în funcție de condițiile concrete din cadrul pieței.

**O altă oportunitate de care managerii sistemului asigurărilor sociale de sănătate pot beneficia în cadrul modelului de management propus în subcapitolul 7.3 este luarea de decizii referitoare la realizarea unui parteneriat public-privat, privind finanțarea serviciilor de sănătate.**

Așa cum este prezentat în figura 7, între sistemul asigurărilor sociale de sănătate și sistemul asigurărilor de sănătate private nu există decât legături indirecte, privind furnizorii de servicii de sănătate. Aceasta nu exclude însă apariția unui flux financiar între C.N.A.S.S. și casele de asigurări private, cu scopul de a finanța măcar parțial anumite tipuri de servicii prestate asiguraților.

Există șanse suficiente ca sectorul asigurărilor private să poată participa din ce în ce mai mult la satisfacerea nevoii de servicii a populației, întrucât nivelul actual de dezvoltare a pieței asigurărilor private de sănătate din țara noastră permite recurgerea la anumite alternative de completare a finanțării unui sector costisitor cum este cel al serviciilor de sănătate, alături de finanțarea oferită de sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

**O altă schimbare importantă**, pe lângă modificarea structurii organizatorice și a actorilor implicați în buna funcționare a sistemului de asigurări sociale de sănătate, pe care o aduce modelul de management propus **o reprezintă noua infrastructură de comunicare**. Constituirea acesteia permite utilizarea de către factorii de decizie a unei serii largi de date pentru asigurarea managementului corect al informației și asigurarea bunei funcționări a sistemului.

Pe lângă sursele de date care se utilizează momentan în cadrul actualului sistem, reprezentate de prestatorii de servicii medicale de tipul medicilor de familie, medicilor specialiști, spitale, farmacii, etc., în noua schemă se remarcă apariția unor noi componente ce reprezintă surse de date potențiale necesare completării informațiilor despre anumite categorii de consumatori de servicii de sănătate ce nu figurează în bazele de date ale furnizorilor de servicii.

Asigurarea accesului în timp real la astfel de informații se va putea face doar dacă vor fi rezolvate problemele legate de modificările conceptuale ale structurii sistemului de asigurări sociale de sănătate astfel încât în centrul preocupărilor să se afle asigurații și nu furnizorii de servicii, cele legate de modificările de legislație, astfel încât să apară o obligație pentru instituții de a transmite la intervale de timp bine precizate toate informațiile legate de persoanele rezidente, nerezidente, asigurate, neasigurate, persoanele cu dizabilități, familiile dezorganizate, consumul de produse ce pot afecta sănătatea corporală și mentală a indivizilor, etc.și mai ales dacă se



întocmesc și se distribuie cardurile de sănătate tuturor asiguraților, pentru ca prin intermediul acestora să se poată obține toate datele necesare stabilirii corecte a serviciilor de sănătate prestate în orice perioadă de timp.

Așa cum este conceput, modelul organizatoric, structural și funcțional ce stă la baza unui management performant al sistemului de asigurări sociale de sănătate și implicit al utilizării fondului național unic de asigurări sociale de sănătate trebuie să permită:

- determinarea necesarului de servicii plecând de la aprecierea corectă a nevoii de servicii de sănătate, întrucât organizarea și structurarea sistemului are la bază asigurarea;
- alinierea ofertei de servicii la cererea de servicii de sănătate;
- utilizarea unor standarde de calitate care să fie utilizate la luarea deciziilor privind contractarea și rambursarea serviciilor de sănătate;
- utilizarea unor strategii raționale de finanțare cu scopul unei mai bune utilizări a resurselor existente;

Modelul organizațional, structural și funcțional al sistemului de asigurări sociale de sănătate propus în scopul unui management performant al F.N.U.A.S.S. *este unul ideal*, care va da rezultate doar în condițiile în care se vor constitui ca premise manifestarea efectelor pozitive ale reformei sistemului de sănătate demarată cu mulți ani în urmă, manifestarea eticii în domeniul sanitar, reglarea raportului dintre economic și etic și acceptarea ideii că uneori, datorită caracterului limitat al resurselor disponibile trebuie făcute alegeri dificile legate de repartizarea fondurilor, ce se pot solda cu accentuarea inegalităților sociale sau nemulțumirea furnizorilor de servicii.

Totodată punerea unui astfel de model în practică ar fi puternic condiționată de voința politică. În condițiile în care pe viitor se vor manifesta efectele nedorite ale puternicei crize economice este puțin probabil că se va dori excluderea Ministerului de Finanțe și a Agenției Naționale de Administrare Fiscală de la colectarea și repartizarea Fondului de Asigurări Sociale de Sănătate.

Există totuși posibilitatea ca, păstrând condițiile actuale legate de colectarea F.N.U.A.S.S. prin aparatul de stat, să se renunțe la o parte dintre actorii inutili, să se creeze instituțiile de standardizare de care este nevoie și să se asigure suportul material și legal de largire a infrastructurii de comunicare, pentru a se putea furniza în timp real informațiile necesare pentru aprecierea corectă a nevoii viitoare de servicii de sănătate și pentru luarea deciziilor de utilizare a resurselor de care dispune sistemul la un moment dat.

Astfel, reforma sistemului de asigurări sociale de sănătate poate continua, însă nu fără riscul de a fi privită de către actorii din sistem ca o nouă formă de constrângere, fie socială, fie economică sau politică, ca urmare a asimetriei dintre cererea din ce în ce mai mare de servicii de sănătate, nivelul resurselor și mai ales experiența redusă în administrarea și gestionarea acestora.

## BIBLIOGRAFIE

### *Cărți și articole:*

1. Abel-Smith, B., *The rise and decline of the early HMO's: some international experiences*, Milbank Memorial Fund Quarterly, vol.66, nr.4/1988
2. Aday, L.A., Anderson, R., *Equity of Access to Medical Care. A Conceptual and Empirical Overview*, în Medical Care, vol.19, nr.12/1981
3. Aday, L. A., *Design and Constructing Health Surveys: A Comprehensive Guide*, California: Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1996
4. Ander, A., Manrique, L., Santiago, C.N., De las Heras, P., *OpenHealth Assistant: The OpenHealth FLOSS Implementation of the ISO/IEEE11073-20601*, AALANCE Conference, Malaga, Spain, 11,12 March, 2010
5. Anderson, M.F., et all, *The Role of Internet in Medical Decision Making*, International Journal of Medical Informatics, 1997, nov,47 (1-2)
6. Baily, P., Farmer, D., Jessop, D., Jones, D., *Principiile și managementul achizițiilor*, Editura ARC, Chișinău, 2000
7. Baker, F., *Organizational Systems. General Systems Approaches in Complex Organizations*, Community College Review, vol.10, no.2, October, 1982
8. Bentes, M., Dias, C.M., Sakellarides, C., Bankauskaite, V., *Health Care Systems in Transition: Portugal*, The European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
9. Birdsall N., Hecht R., *Swimming Against the Tide: Strategies for Improving Equity in Health*, citați de Colclough C., în *Marketising Education and Health in Developing Countries: Miracle or Mirage?*, Oxford University Press, 1997
10. Bistriceanu, Gh., *Asigurări și Reasigurări*, Editura Universitară, București, 2004
11. Borger, C., Smith, S., et all, *Health spending projection through 2015: changes on the horizon*, în Health Affairs, Millwood Ed., nr. 25 (2)/2006
12. Bose, A., & Desai, P.B., *Studies in Social Dynamics of Primary Health Care*, Hindustan Publishing Company, Delhi, 1983
13. Borocanu, M., *Asigurările private de sănătate*, Pharma Business, august 2008
14. Busse R, Saltman R.B., Dubois H.F.W., *Organization and financing of social health insurance system*, in Social Health Insurance in Western Europe, European Observatory on Health System and Policies Series, 2004
15. Buttler, E., *The Stakeholder Protection Account*, 1999, The Adam Smith Institute, London UK; in Goodman, J.C., Musgrave, G.L., *Controlling Healthcare Costs With Medical Savings Account*, National Center for Policy Analysis, Dallas Texas, 1992
16. Carrin, G., M. P. Waelkens & Criel, B., *Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems*, Tropical Medicine and International Health, vol. 10, no. 8, Aug.2005, Blackwell Publishing Ltd.
17. Căndeia, R., Căndeia, D., *Comunicarea organizațională aplicată*, București, Ed. Expert, 1998
18. Cârstea, Gh., *Managementul achizițiilor publice*, Editura Gall, București, 2005
19. Celea, C., *Organizarea sistemului sanitar național*, Ed. Universității București, 2006
20. Chernichovsky, D., *Health System Reform in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm*, The Milbank Quarterly, 1995

21. Chernichovsky, D., *What Can Developing Economies learn From the Health System Reforms of Developed Countries*, Health Policy, 1995
22. Claxton, G., *How Private insurance Works: A Primer*, The Henry J. Kaiser Family Foundation, April 2002
23. Ciurel, V., *Asigurări și reasigurări: abordări teoretice și practice*, Ed. All Beck, București, 2000
24. Constantinescu, D., *Tratat de asigurări*, Ed. Economică, București, 2004
25. Constantinescu, D., *Asigurările de sănătate*, Ed. Mustang, București, 2007
26. Coiera, E. *Guide to Medical Informatics: The Internet and Telemedicine*, Chapman & Hall, Philadelphia, 1997
27. Cornescu, V., Marinescu, P., Curteanu, D., Toma, S., *Management. De la teorie la practică*, Editura universității, București, 2004
28. Cotona, Gh., A., *Marketing - filozofia succesului de piață*, vol I, Editura, Dacia, București, 2003
29. Croitoru, I., *Cheltuieli publice pentru sănătate* (lucrare susținută în cadrul celei de-a X-a Sesiuni de comunicări științifice „Zilele P. Andrei”) Iași, 19 – 20 mai 2000
30. Croitoru, I., *O nouă lege a spitalelor pentru un viitor mai sănătos*, în revista Economia XXI, Nr.4/Trim IV, 2005, p. 12
31. Croitoru, I., *Scurt raport asupra activității medicale din județul Iași în perioada 1998-2006*, în revista Economia XXI, Nr. 3/Trim III 2007, p. 52-54
32. Croitoru, I., *Posibilități de creștere a eficienței sistemului de sănătate din România pe baza dezvoltării sectorului privat*, format electronic în Lucrările celei de-a XVII-a Sesiuni de comunicări științifice „Zilele P. Andrei”, Iași, 17-19 mai 2007
33. Croitoru, I., *The Importance of Management Contract in Increasing the Efficiency of Health Units in Romania*, în Buletinul Științific al Universității George Bacovia, Bacău, anul XI, nr. 1/2008, ISSN: 1454-5675
34. Croitoru, I., *Informaticizarea serviciilor de sănătate din România, premisă a unui management competitiv al sistemului de sănătate*, lucrările celei de-a XVIII-a Sesiuni de Comunicări „Zilele P. Andrei”, Iași, mai 2008
35. Croitoru, I., Țibichi, R., *Modalități de Îmbunătățire a Comunicării în Cadrul Sistemului de Asigurări Sociale de Sănătate din România*, Conferința „Jean Monet” European Union, Global Governance and Sustainable Development, Centrul de Studii Europene al Universității „Al. I. Cuza” din Iași, mai 2010
36. Cutler, D.M., Zeckhauser, R.J., *The Anatomy of Health Insurance*, în Handbook of Health Economics, Art.11, vol. 1a, North Holland, Amsterdam
37. David, I., *Piața serviciilor medicale private se duce spre un miliard de euro în următorii patru ani pe baza provinciei*, în Ziarul Financiar, 3 iulie 2008
38. Davis K., Schoen C., Stremikis K., *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health System Compares Internationally*, 2010 Update, în The Commonwealth Fund
39. Degoulet, P., Fieschi, M., *Informatica Medicală*, Ed. Medicală, București, 1999
40. Den Exten, A., Hermans, H., Dosljak, M., Busse, R., *Health Care Systems in Transition: The Netherlands*, The European Observatory on Health Care Systems 2002
41. Dewan, N.A., Lorenzi, N.M., *Behavioral Health Information Systems: Evaluating Readiness and User Acceptance*, MD Computing 17, no. 4, July 2000

42. Diaconescu, M., *Asocierea României la uniunea Europeană. Implicații economice și comerciale*, Editura economică, București, 2003
43. Doboș, C., *Serviciile publice de sănătate și dezvoltarea socială*, în *Calitatea Vieții*, an XVI, nr. 3-4, 2005
44. Doetinchem O., Schramm B., Schmidt J.O., *The benefits and Challenges of Social Health Insurance for Developing and Transitional Countries*, in *Financing Health Care- A Dialogue Between South Eastern Europe and Germany*, Series International Public Health, vol 18, Lage, 2006
45. Donabedian, A., *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*, Harvard University Press, Cambridge Massachussets, 1973
46. Dragomirișteanu, A., *Etica alocării resurselor și procesul de cumpărare a serviciilor de sănătate din România*, în *Revista Română de Bioetică*, vol.4, nr.1, 2009
47. Drobotă, N. et colab., *Dicționar de economie*, Editura Economică, București, 1999
48. Drucker, P. F., *Managementul Viitorului*, Ed. ASAB, București, 2004
49. Druguș, L., *Managementul sănătății*, Ed. Sedcom Libris, Iași, 2002
50. Dumitrașcu, V., *Managementul Organizației Concepte Moderne*, Editura Sedcom Libris, Iași, 2005
51. Epure, E., *România într-o Uniune Europeană extinsă*, în *Tribuna Economică*, nr. 2, 2002
52. Fraser R., ISO 27799. *Security management in health using ISO/IEC 17799*, Canadian Institute for Health Information Partnership Conference, june 2006
53. Fraser R., *ISO Security Standards for e-Health*, 2-nd e-Health Congress, Antalya, Turkey, 2007
54. Friedman, C.P., Wyatt, C.J., *Evaluation Methods in Medical Informatics*, Springer, New York, 1997
55. Green, D.G., *Working Class Patients and the Medical Establishment*, Pergamon, Oxford, 1985
56. Gunter, T.D., Terry, N.P., *The Emergence of National Electronic Health Record Architectures in the United States and Australia. Models, Costs and Questions*, in *Journal of Medical Internet Research*, no.7 (1)/2005
57. Hanvoravongchai, P., *Lessons Learned From Limited International Experience*, Discussion Paper no.3/2002, World Health Organization, Geneva, 2002, EIP/FER/DP.02.3
58. Heffler, Stephen, Smith, Sheila, et al, *Health Spending Projection Through 2013*, in *Health Affairs*, DOI 101377, 11 February 2004
59. Hillestad R. et al, *Can Electronic medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings and Costs*, *Health Affairs*, 24, no.5/24.05.2005
60. Hoffmeyer U.K., McCarthy T.R., *Financing Health Care*, vol I,II, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1994
61. Hogarth, J., *The Payment of the General Practitioner: The Comparison to Europe*, Pergamon Press, Oxford, 1963
62. Huff-Ruselle, M., Willcox, L., Harrow, J., *Rediscovering Public Services Management*, in *The International Journal of Health Planning*, vol. 8, issue 2, p 154-155, April 1993
63. Hurley, J., Feeny, D., Giacomini, M., Grootendorst, P., *Introducere în conceptele și instrumentele analitice ale reformei sectorului de sănătate și*

- finanțării sustenabile*, note de curs în cadrul Programului Flagship de reformă a sectorului de sănătate și finanțare sustenabilă oferit de Institutul de Dezvoltare Economică al Băncii Mondiale (SOTE Health Services Management Centre and the World Bank Institute), 1999
64. Hurley, J., *Medical Savings Accounts in Publicly Financed Health Care Systems: What Do We Know?* Centre for Health Economy and Policy Analysis, McMaster University, Ontario, 2001
  65. Hyman, D.N., *Microeconomics*, Homewood, Boston, 1989
  66. Ionciță, M., Popescu, D., Pădurean, M., Brîndușoiu, C., *Economia Serviciilor – Probleme Aplicative*, Editura Uranus, București, 2006
  67. Ionete, A., *Deși în scădere piața asigurărilor private de sănătate promite mult*, Revista XPrimm Asigurări&Pensii, nr. 1718, august 2008
  68. Jahn, K., et al., *Germany Starts Testing Electronic Health Records in Telemedicine and e-Health*, vol11, issue 2, 20 april2005
  69. Kast, F.E., Rosenweig, J.E., *Contingency Views of Organization and Management*, in Community College Review, vol. 10, no.2, October, 1982
  70. Kavilanz, B., Parija, *Underinsured Americans: Cost to You*
  71. Koop C. E., *Telecommunications in Health and Health Care*, Pan American Health Organization, Washington, DC, 1996
  72. Kuszewsky, K., Gericke, C., *Health Systems in Transition: Poland*, The European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
  73. Litu, M., *Managementul contractării serviciilor de sănătate*, Ed. Universității București, 2006
  74. Madison , J., *The Role of the Internet in Improving Healthcare Quality*, Journal of Healthcare Management, July, 2002
  75. Marmot, M., *Does Inequality Matter?*, în Boston Review, March-February 2000
  76. Maurer, A., *The Evolution of Social Insurance 1881-1981*, Kohler &Zacher, London, 1983
  77. McPake, B., *User Charges for Health Services in Developing Countries*, Social Sciences and Medicine 36, 1993
  78. Messy, F.A., Tapay, N., O.E.C.D. *Health Project – Private Health Insurance*, 2004
  79. Moon, M., Nichols L.M. &Walls, S., *Winners and Losers Under Medical Savings Accounts*, Spectrum, vol. 70, no.1
  80. Normann, R., *Service Management, Strategy and Leadership in Service Management*,second edition, John Wiley and Sons Ltd., Toronto, 1991
  81. Norris, T., *What exactly is an HMO?* Helium publication, 2008
  82. Okma, G.H.Kieke, *Recent changes in Duch Health Insurance: Individual Mandate or Social Insurance?* National Academy of Public Administration, Robert Johnson Foundation, January, 2009
  83. Oprea, D., Airinei, D., Fotache, M., *Sisteme informaționale pentru afaceri*, Editura Polirom, Iași, 2002
  84. Oprea, L., *Aspecte etice ale inegalităților sociale în îngrijirile medicale*, în Revista Română de Bioetică, vol.8, nr.2, aprilie-iunie 2010
  85. Olteanu, I., *Licitații electronice pentru achiziții publice*, în Tribuna Economică nr.3(147), anul XIII, București, 2006
  86. Perrot, J., Adams, O., *Applying the Contractual Approach to Health Service Delivery in Developing Countries*, discussion paper, 2000, WHO, Department of the Organization of Health Services Delivery, Geneva

87. Pineault, R., Daveluy, C., *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*, 5<sup>e</sup> impression, édition Agence d'Arc, Montréal, 1990
88. Plumb, I., et colab, *Sistemul de Management al Serviciilor Publice*, curs universitar, București, 1999
89. Poullier J.P., *O.E.C.D. Activities in Health Policy*, Eurohealth
90. Preda, M., et all., *Sistemul de asigurări de pensii în România în perioada de tranziție: probleme majore și soluții*, Institutul European din România, București, 2004
91. Ramsay, M., *Medical Savings Accounts, Universal, Accessible, Portable, Comprehensive Health Care for Canadians*, The Fraser Institute, 1998, Vancouver, BC
92. Reinhard, U., *The Swiss health system: Regulated competition without managed care*, Journal of American Medical Association, no. 292, sept. 2004, vol. 10
93. Rialle, V., *Informatique hospitalière et de réseau de santé*, Université Joseph Fourier et CHV de Grenoble, 2007
94. Richardson, C., *Rehabite History: A Record of the Origin, Rise and Progress of the Independent Order of Rechabites*, Manchester, 1911
95. Rico, A., Sabes, R., *Health Care Systems in Transition: Spain*, The European Observatory on Health Care Systems, 2000
96. Saint-Jours, Y., *The Evolution of Social Insurance 1881-1981*, Kohler & Zacher, London, 1983
97. Saltman R., Figueras J., *Gesundheitsreformen im Europa, Strategieanalysen, Weltgesundheitsorganisation*, Regionalburo für Europa, Kopenhagen, 1996
98. Saltzman, B.R., Dubois, F.W.H., *The historical and social base of social health insurance systems in Social health insurance systems in Western Europe*, Open University Press, England, 2004
99. Sandier, S., Paris, V., Polton, D., *Health Care Systems in Transition: France*, The European Observatory on Health Care Systems, 2004
100. Schieber, G.J., *Preconditions for Health Reform: Experiences from OECD Countries*, International Conference on Health Reform in Developing Countries, 1993
101. Schwartz, N., *Swiss health care thrives without public option*, The New York Times, October 1st, 2009
102. Sekhri N., Savedoff W., *Private health insurance: implications for developing countries*, in Bulletin of the WHO, February 2005, 83 (2)
103. Serner, U., *The Shaping of the Sweedish Health Care System*, St. Martin Press, New York, 1980
104. Somerville, J., *Configuration Management*, în *Software Engineering*, 7<sup>th</sup> Edition, 2004, cap. 29
105. Studach, J.R., *A Conceptual Framework for Designing a Model Health Promotion Informatic System for Improving the Health Status and the Quality of Life of Americans*, Washington D.C., 2001
106. Teja R.S., Bracewell-Milnes B., *The Case of Earmarked Taxes: Government Spending and Public Choice*, The Institute of Economic Affairs, London, 1991, (46)
107. Țurlea E., Gheorghe A., *Finanțarea îngrijirilor de sănătate din România, în Managementul și Organizarea Asigurărilor Sociale de Sănătate*, Ed. Universității din București, 2007

108. Vasilescu, I., et colab. "Optimizarea Sistemului de Finanțare, Producție și Distribuție a Serviciilor de Sănătate pentru Cetățenii Europei (OSISS) – proiect de cercetare CEEEX, Academia de Studii Economice București, 2006
109. Veraghtert, K., Widdershoven, B., *Two centuries of solidarity. Dutch, Belgian and German sickness funds during the ninetieth and twentieth century*, Aksant Edd, Amsterdam, 2002
110. Vlădescu, C., Enăchescu, D., Dragomirișteanu, A., *Politici de alocare a resurselor și de planificare a personalului medical în sistemele de sănătate. România în contextul internațional*, Editura Centrului pentru politici și servicii de sănătate, București, 2001
111. Vlădescu, C., Scântee, G., Olsavszky, V., *Romania: Health system review*, în *Health Systems in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies, vol.10, no.3, 2008
112. Vlădescu, C., Pascu, O., Astărăstoae, V., Verboncu, I., Anghel, R., Stănescu, A., Molnar, G., Olsavsky, V., Irimia, C., *Un Sistem Sanitar Centrat pe Nevoile Cetățeanului*, Raportul Comisiei prezidențiale pentru analiza și elaborarea politicilor din domeniul sănătății publice din România, București, 2008
113. Witehead M., Dahlgren G., Evans T., *Equity and Health Sector Reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?*, Lancet Ed., vol.358, 2001
114. Williams, J.S., Torrens, P.R., *Introduction To Health Services*, Fifth Edition, Delmar Publishers, 1999
115. Zamfir, C., *Managementul Calității Serviciilor Sociale și de Sănătate*, curs universitar, Facultatea de Sociologie, Universitatea București, 2008
116. Zarcovic G., Enăchescu D., Probleme privind politicile de sănătate în țările Europei Centrale și de Răsărit, Ed. Infomedica, București, 1998
117. \*\*\* Anuarul Statistic al României, I.N.S.S.E, capitolele 2 – „Populație” și 4 – „Veniturile, cheltuielile și consumul populației”, București, 2007
118. \*\*\* Anuarul Statistic al României, I.N.S.S.E, capitolul 7 “Sănătate”, București, 2008
119. \*\*\* Anuarul Statistic al României, I.N.S.S.E, capitolul 7 “Sănătate”, București, 2010
120. \*\*\* *Art der Krankenversicherung*, SOEP – Sozio-oekonomische Panel 2006
121. \*\*\* Bloom Your Business Community, *Piața serviciilor medicale private va crește în acest an cu 13%*, apărut pe site la data de 22.03.2010
122. \*\*\* Canadian Institute for Health Information, *National Health Expenditures Trends 1975-2007*, ISBN 9781554651672, nov 2007
123. \*\*\* Canadian Institute for Health information, *Provincial and Teritorial Government Health Expenditure by Age group, Sex and Major Categories*
124. \*\*\* C.I.A. World Factbook, *Germany Development of the Health Care System*, The Library of Congress Country Studies, 2008
125. \*\*\* Institute of Medicine of the National Academies, *The Future of Emergency Care: Key Findings and Recommendations*, fact sheet June 2006
126. \*\*\* Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate, *Economie sanitară și management financiar*, 2003
127. \*\*\* Centrul de Calcul și Statistică Sanitară al Ministerului Sănătății, *Unități-Paturi în 1989*, Ed. Centrului de Calcul și Statistică Medicală, 1990

- 128.\*\*\* Centrul Național Pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informatic și Informațional în Domeniul Sănătății, *Anuar de Statistică Sanitară 2009*, Ministerul Sănătății, București, 2010
- 129.\*\*\* Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, Raport privind activitatea desfășurată și evoluția pieței de asigurări în anul 2004, București, 2005
- 130.\*\*\* Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, Raport privind activitatea desfășurată și evoluția pieței de asigurări în anul 2007, București, august, 2008
- 131.\*\*\* Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, Buletin Informativ, Anul II, nr.1, martie 2008
- 132.\*\*\* Comisia de Supraveghere a Asigurărilor, Buletin Informativ, Anul II, nr.2, mai 2008
- 133.\*\*\* Commission on Macroeconomics and Health, *Mobilization of the domestic resources for health: the report of Working Group 3*. Geneva, WHO, 2002
- 134.**\*\*\* Commission on Macroeconomics and Health, *Investing in health for economic development*. Geneva, WHO, 2001
- 135.\*\*\* Centrul Național pentru Organizarea și Asigurarea Sistemului Informațional și Informatic în Domeniul Sănătății, *Anuar de statistică sanitară - 2009*, București, 2010
- 136.\*\*\* Department of Health and Human Services, Centers for Medicaid and Medicare Services, *Revision to Appendix V Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA) Interpretative Guidelines*, March 29 2009
- 137.\*\*\* *Einleitung und Leitfadens zu gesetzlichen Krankenkassen*
- 138.\*\*\* European Health Informatics, *Electronic Health Records for Europe*, European Space Agency, 2005
- 139.\*\*\* Families USA Report, *Americans at Risk: One in Three Uninsured*
- 140.\*\*\* Frost and Sullivan, *Strategic Analysis of the Impact of Regulations on the Healthcare IT Markets in Europe*, B436-48, 2004
- 141.\*\*\* Manitoba Centre for Health Policy, *Medical Savings Accounts: A Wolf in Sheep's Clothing*, Winnipeg Free Press, August 19, 2000
- 142.\*\*\* OECD Public Management Reviews, Ireland Toward an Integrated Public Service, 2008
- 143.\*\*\* Pan American Health Organization, indicators 2001
- 144.\*\*\* Planul anual al achizițiilor publice al Spitalului "Sf. Spiridon" Iași, 2007
- 145.\*\*\* Planul anual al achizițiilor publice al Spitalului "Sf. Spiridon" Iași, 2008
- 146.\*\*\* Strategia de Decentralizare a Ministerului Sănătății Publice 2007-2009
- 147.\*\*\* US Census Bureau, *Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2007*, U.S. Census bureau issue, August 2008
- 148.\*\*\* U.S. Centers for Medicare and Medicaid, *SCHIP, Ever Enrolled in Year 2005*
- 149.\*\*\* U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention, *Health United States, 2007*, National Center for Health Statistics, November 2007, DHHS Publication No. 2002-1232
- 150.\*\*\* World Bank, *Romania Health Sector Support Strategy*, Report no. 18410-RO, June, 1999
- 151.\*\*\* World Bank, Romania – *Health Sector Policy Note ESCHD*, 2007



- 152.\*\*\* World Health Organization, *Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region*, European Health For All Series, no. 6, 1999
153. \*\*\* World Health Organization, *World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*, WHO, Geneva
154. \*\*\* World Health Organization, *The European Health Report*, 2005
155. \*\*\* World Health Organization, *World Health Report 2008*

*Baza legislativă*

156. Legea nr.79 / 23 decembrie 1991 privind ratificarea Acordului de împrumut între România și B.I.R.D., publicată în Monitorul Oficial al României nr. 267/ 31 decembrie 1991
- 157.O.G. nr. 22/1992 privind finanțarea ocrotirii sănătății aprobată prin Legea 114/1992 publicată în Monitorul Oficial al României nr. 213/ 28 august 1992
158. H.G. 370/1994 privind introducerea experimentală a unui nou sistem de acordare a asistenței medicale și alocarea resurselor în domeniu, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 185/1994
159. H.G. nr. 370/ 4 iulie 1994 privind introducerea experimentală a unui nou sistem de acordare a asistenței medicale și alocare a resurselor în acest domeniu, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 185/20 iulie 1994, republicată în Monitorul Oficial al României nr. 361/12 decembrie 1994
160. Legea nr. 136/ 29 decembrie 1995 privind asigurările și reasigurările în România, cu modificări și completări ulterioare, publicată în Monitorul oficial al României nr. 303/ 30 decembrie 1995
161. Legea nr. 74/1995 privind exercitarea profesiei de medic, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 650/ 12 decembrie 2000 completată și modificată prin Legea nr. 495/ 11 iulie 2002, publicată în Monitorul Oficial al României nr.524 /18 iulie 2002
162. Legea nr. 145/24 iulie 1997 privind asigurările sociale de sănătate publicată în Monitorul Oficial al României nr. 178/31 iulie 1997
163. O.G. nr. 124/1998 privind organizarea și funcționarea cabinetelor medicale, aprobată prin Legea nr. 629/2001 publicată în Monitorul Oficial al României nr. 328/29 august 1998, cu rectificări în Monitorul Oficial al României nr. 732/12 august 2004
164. Legea nr. 32/ 3 aprilie 2000 privind activitatea de asigurare și de supraveghere a asiguratorilor din România, publicată în Monitorul Oficial al României nr.148 /10 aprilie 2000
165. O. U.G. nr. 60 din 26 aprilie 2001 privind stabilirea principiilor, a cadrului general și procedurilor de atribuire a contractelor de achiziție publică publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 241 din 11 mai 2001
166. O. U. G. nr. 150/ 31 octombrie 2002 privind modificarea Legii Asigurărilor Sociale de Sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 838/20 noiembrie 2002
- 167.O.G. nr. 70/ 29 august 2002 privind administrarea unităților sanitare publice de interes județean și local, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 648/31 august 2002, aprobată cu modificări prin Legea 99/2004
- 168.O.G. nr. 20 din 24 ianuarie 2002 stabilirea principiilor, cadrului general și condițiilor de utilizare a procedurii on-line pentru atribuirea contractelor de

- achiziție publică publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 86 din 1 februarie 2002
169. Legea nr. 468 din 9 iulie 2002 privind achizițiile publice prin licitație electronică publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 551 din 29 iulie 2002
170. O.G. nr. 23 din 30 ianuarie 2003 publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 64 din 2 februarie 2003
171. Legea nr. 571/ 22 decembrie 2003 privind Codul Fiscal, cu modificări și completări ulterioare, publicată în Monitorul Oficial al României nr.927 /23 decembrie 2003
172. Legea nr. 305/28.06.2004 privind exercitarea profesiei de farmacist și funcționarea Colegiului Farmaciștilor din România, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 578/30.06.2004, Partea I
173. Legea nr. 212/ 27 mai 2004, privind asigurările private de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 505/4 iunie 2004
174. H.G. nr. 901 din 4 august 2005 privind aprobarea Strategiei de Reformă a sistemului achizițiilor publice pentru perioada 2005-2007 publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 758 din 19 august 2005
175. H.G. nr. 172 din 3 februarie 2006 privind modificarea și completarea normelor metodologice de aplicare a O.G. nr.20/2002 privind achizițiile publice prin licitație electronică publicată în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 153 din 17 februarie 2006
176. O.U.G. nr. 34/2006 privind atribuirea contractelor de achiziție publică, a contractelor de concesiune de lucrări publice și a contractelor de concesiune de servicii publicată în Monitorul Oficial al României nr. 418/15 mai 2006
177. Legea nr. 95/ 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 372/28 aprilie 2006
178. Ordinul A.N.R.M.A.P. nr.26/ 29 ianuarie 2007 pentru aprobarea Regulamentului privind supravegherea modului de atribuire a contractelor de achiziție publică publicat în Monitorul Oficial al României nr. 102/ 9 februarie 2007
179. Ordinul 1/ 22.02.2007 privind aprobarea Normelor metodologice privind asigurările voluntare de sănătate, publicată în Monitorul Oficial al României nr.147/ 28 februarie 2007
180. Ordinul Ministerului Economiei și Finanțelor nr. 2181/2007 pentru aprobarea Manualului operațional pentru activitatea de observare și verificare a atribuirii contractelor de achiziție publică, a contractelor de concesiune de lucrări publice și a contractelor de concesiune de servicii – modelul și conținutul formularelor și documentelor utilizate publicat în Monitorul Oficial al României nr. 55/24 ianuarie 2008
181. Hotărârea Guvernului nr. 198/27 februarie 2008 pentru modificarea și completarea Normelor de aplicare a prevederilor referitoare la atribuirea contractelor de achiziție publică prin mijloace electronice din O.U.G. nr. 34/2006 aprobată prin H.G. 1660/2006 publicată în Monitorul Oficial al României nr. 165/4 martie 2008
182. Ordinul Ministrului Sănătății/Președintelui C.N.A.S.S.. nr. 416/428/2009 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, publicat în Monitorul Oficial al României nr. 210/01 aprilie 2009

183. H. G. nr.370/2009, privind modificarea și completarea Normelor de aplicare a prevederilor referitoare la atribuirea prin mijloace electronice a contractelor de lucrări publice și contractelor de concesiune a serviciilor aprobate prin H.G. nr. 1660/2006, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 215/ 3 aprilie 2009, Partea I

184.Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 72/2010 privind reorganizarea unor instituții din domeniul sanitar, precum și pentru modificarea unor acte normative din domeniul sănătății, publicată în Monitorul Oficial al României nr. 452/ 2 iulie 2010, Partea I

*Site-uri internet:*

1. [http://www.who.int/health\\_financing\\_mechanisms/en/index4.html](http://www.who.int/health_financing_mechanisms/en/index4.html)
2. [http://www.who.int/health\\_financing\\_mechanisms/en/index5.html](http://www.who.int/health_financing_mechanisms/en/index5.html)
3. [http://www.who.int/health\\_financing\\_mechanisms/en/index6.html](http://www.who.int/health_financing_mechanisms/en/index6.html)
4. <http://grouphealthinsurancebroker.cbskc.com>
5. <http://www.britanica.com>
6. <http://www.kff.org/insurance/How-Private-Insurance-Works-A-Primer.pdf>
7. <http://www.jstor.org/pss/3349936>
8. <http://www.friendlysocieties.co.uk>
9. [http://www.isle-of-man.com/manxnotebook\\_fulltext/rh1911\\_index.html](http://www.isle-of-man.com/manxnotebook_fulltext/rh1911_index.html)
10. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/80694/E83126.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/80694/E83126.pdf)
11. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/95136/E84949.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/95136/E84949.pdf)
12. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/107843/e82937.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/107843/e82937.pdf)
13. [http://www.euro.who.int/\\_data/pdf\\_file/0009/96408/E70504.pdf](http://www.euro.who.int/_data/pdf_file/0009/96408/E70504.pdf)
14. <http://www.bcbs.com/about/>
15. [http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_insurance](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_insurance)
16. <http://www.ahrq.gov/consumers/insuranceqa>
17. [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)
18. <http://www.whoindia.org/Files/CommissiononMacroeconomicsandHealth0300.pdf>
19. [http://www.whqlibdoc.who.int/publications\\_2001/924154550x.pdf](http://www.whqlibdoc.who.int/publications_2001/924154550x.pdf)
20. <http://www.who.int/healthinfo/paper47.pdf>
21. <http://www.paho.org/english/sha.html>
22. [http://www.who.int/health\\_financing\\_mechanisms/en/index4.html](http://www.who.int/health_financing_mechanisms/en/index4.html)
23. [http://www.who.int/health\\_financing\\_mechanisms/en/index5.html](http://www.who.int/health_financing_mechanisms/en/index5.html)
24. [http://www.who.int/health\\_financing\\_mechanisms/en/index6.html](http://www.who.int/health_financing_mechanisms/en/index6.html)
25. <http://www.helium.com/items/1316595-what-is-an-hmo>
26. <http://www.census.gov/prod/2008pubs.pdf>
27. <http://familiesusa.org/assets/pdfs/americans-at-risk>
28. <http://www.who.int/whosis/whostat/EN>
29. <http://stats.oecd.org/index.aspx>
30. <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/20107Jun>
31. <http://www.cdc.gov/nchs/data>
32. <http://content.healthaffairs.org>
33. <http://www.cms.gov/transmittals/downloads/R46SOMApdf>
34. <http://www.iom.edu>
35. <http://www.census.gov>
36. <https://www.cms.gov/NationalCHIPPolicy/downloads/FY2006StateTotalTable.pdf>
37. <http://www.cnn.money.com>
38. <http://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/OHIP>
39. <http://www.secure.cihi.ca>

40. <http://www.health.gov.on.ca>
41. [http://www.photius.com/countries/germany/society\\_development\\_of\\_the\\_h1372.html](http://www.photius.com/countries/germany/society_development_of_the_h1372.html)
42. <http://www.finanztip.de>
43. [http://apps.who.int/whosis/database/core/core\\_select\\_process.cfm](http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm)
44. <http://de.statista.com>
45. [http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare\\_in\\_the\\_United\\_Kingdom](http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_the_United_Kingdom)
46. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>
47. [http://www.nao.org.uk/publications/0708/nhs\\_England\\_accounts\\_2006-07.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0708/nhs_England_accounts_2006-07.aspx)
48. <http://english.minvws.nl>
49. [http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare\\_in\\_the\\_Netherlands](http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_the_Netherlands)
50. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/extract/292/10/1227>
51. <http://www.nytimes.com/2009/10/01/health/policy/01swiss.html>
52. <http://www.bag.admin.ch/index.html>
53. [http://www.v2p.c2.cms/internet/en/seobecne\\_information](http://www.v2p.c2.cms/internet/en/seobecne_information)
54. <http://www.cmu.cz>
55. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/hsis/hsis\\_13\\_nhs\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_13_nhs_en.htm)
56. [http://www.expats-in-poland.com/?mod=he\\_insurances](http://www.expats-in-poland.com/?mod=he_insurances)
57. [http://www.mmuncii.ro/ro\\_articole/0000-00-00/1945-1983-363-articol.html](http://www.mmuncii.ro/ro_articole/0000-00-00/1945-1983-363-articol.html)
58. <http://www.cnas.ro>
59. <http://www.cjasis.ro>
60. <http://www.dspis.ro>
61. <http://www.cmr.ro>
62. <http://www.colegfarm.ro>
63. <http://www.ms.ro>
64. <http://www.fonduri-ue.ro>
65. <http://www.lasig.ro>
66. <http://www.helium.com/items/1316595-what-is-an-hmo>
67. <http://www.csa-isc.ro>
68. <http://www.pharma-business.ro>
69. <http://www.jmir.org/2005/1/e3/>
70. <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/24/5/1103>
71. <http://www.albertanetcare.ca>
72. <http://www.chealthontario.ca>
73. [http://sl.inforway-inforoute.ca/downloads/Ross\\_Fraser\\_-\\_ISO\\_27799.pdf](http://sl.inforway-inforoute.ca/downloads/Ross_Fraser_-_ISO_27799.pdf)
74. [http://www.esa.int/esaMI/Telemedicine\\_Alliance/SEMWC7SMD6E\\_0.html](http://www.esa.int/esaMI/Telemedicine_Alliance/SEMWC7SMD6E_0.html)
75. <http://www.nhs.uk>
76. <http://ec.europa.eu>
77. <http://openhealthassistant.andago.com>
78. <http://www.aalliance.eu>
79. <http://www.sante.ujf-grenoble.fr>
80. <http://www.mipih.fr>
81. <http://www.gmsih.fr>
82. <http://www.d-m-p.org>
83. [http://193.151.30.188/cnas/files/tutorial\\_104/Manualdeutilizare](http://193.151.30.188/cnas/files/tutorial_104/Manualdeutilizare)
84. [http://www.cnas.ro/SIUI\\_furnizori/man\\_farmacii](http://www.cnas.ro/SIUI_furnizori/man_farmacii)
85. [http://www.cnas.ro/SIUI\\_furnizori/man\\_specialitaticlinice](http://www.cnas.ro/SIUI_furnizori/man_specialitaticlinice)
86. [http://www.cnas.ro/SIUI\\_furnizori/man\\_paraclinic](http://www.cnas.ro/SIUI_furnizori/man_paraclinic)
87. [http://www.cnas.ro/SIUI\\_furnizori/man/spitale](http://www.cnas.ro/SIUI_furnizori/man/spitale)
88. [http://www.cnas.ro/SIUI\\_furnizori/man/amb](http://www.cnas.ro/SIUI_furnizori/man/amb)

89. [www.cnas.ro/SIUI/furnizori/man/stom](http://www.cnas.ro/SIUI/furnizori/man/stom)
90. [www.cnas.ro/SIUI/furnizori/man/sanatoriirec](http://www.cnas.ro/SIUI/furnizori/man/sanatoriirec)
91. [www.cnas.ro/SIUI/furnizori/man/medfam](http://www.cnas.ro/SIUI/furnizori/man/medfam)
92. [www.cnas.ro/SIUI/ANGAJATORI](http://www.cnas.ro/SIUI/ANGAJATORI)
93. [http://www.cs.st-andrews.ac.uk/Books/SE7/Presentations/PDF\\_ch29.pdf](http://www.cs.st-andrews.ac.uk/Books/SE7/Presentations/PDF_ch29.pdf)
94. [http://www.amazon.com/Evaluation-Methods-Medical-Informatics-Friedman/dp/0387942289#reader\\_0387942289](http://www.amazon.com/Evaluation-Methods-Medical-Informatics-Friedman/dp/0387942289#reader_0387942289)
95. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9506391>
96. <http://www.liebertonline.com/doi/pdfplus/10.10897tmj2005.11.146>
97. <http://www.sante.ujf-grenoble.fr>
98. [http://marketresearch.com/search\\_results.asp?query=Strategic+Analysis+of+the+Impact+of+Regulations+on+the+Healthcare+IT+Markets+in+Europe](http://marketresearch.com/search_results.asp?query=Strategic+Analysis+of+the+Impact+of+Regulations+on+the+Healthcare+IT+Markets+in+Europe)
99. <http://www.allbusiness.com/management/3604751-1.html>
100. <http://www.mja.com.au/public/issues/apr6/coiera7coiera.html>
101. <http://www.totalsoft.ro>
102. <http://www.e-licitatie.ro>,
103. <http://www.licitatii publice.ro>
104. <http://www.achizitiipublice.ro>
105. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.4740080209>
106. <http://www.biblioteca-digitala.ase.ro/biblioteca/pagina2.asp?id=cap.8>
107. <http://www.bloombiz.ro>
108. [http://crw.sagepub.com/csi/reprint/10/2\\_3.pdf](http://crw.sagepub.com/csi/reprint/10/2_3.pdf)

## ANEXA 3

### CHESTIONAR

1. Vă rugăm să precizați ce statut aveți (posibil răspunsuri multiple):
  - a) elev;
  - b) student;
  - c) salariat;
  - d) liber profesionist;
  - e) pensionar;
  - f) asistat social;
  - g) altul;
2. În ce categorie de vârstă vă înscrieți?:
  - a) sub18 ani;
  - b) 18-65;
  - c) peste 65;
3. Mediul în care locuiți este:
  - a) urban;
  - b) rural;
4. Vă rugăm precizați județul în care locuiți: .....
5. Dispuneți de asigurare de sănătate?
  - a) nu sunt asigurat;
  - b) dispun de asigurare socială de sănătate;
  - c) dispun de asigurare de sănătate privată;
  - d) dispun atât de asigurare socială de sănătate cât și de asigurare privată;
  - e) nu știu;
6. Vă cunoașteți drepturile și obligațiile de asigurat?
  - a) da;
  - b) nu;
  - c) nu sunt asigurat;
7. Ați apelat în ultimul an la servicii de sănătate?
  - a) da;
  - b) nu;
8. La ce fel de servicii de sănătate ați apelat? ( posibil răspunsuri multiple)
  - a) medicul de familie;
  - b) medicul specialist din ambulatoriul de specialitate al unui spital (policlinică);
  - c) medicul specialist din clinică privată;
  - d) servicii de spitalizare;
  - e) servicii de urgență;
  - f) servicii de transport cu ambulanța;
  - g) servicii de diagnoză și imagistică;
  - h) servicii medicale de laborator

- i) servicii de recuperare;
  - j) farmacist;
  - k) alte servicii;
  - l) nu am apelat;
9. Ați contribuit la plata serviciilor pe care le-ați apelat?
- a) nu;
  - b) da, integral;
  - c) da, parțial;
  - d) nu am apelat;
10. Ați plătit vreodată mici atenții pentru un serviciu de sănătate prestat?
- a) da, rezonabil;
  - b) da, consistente;
  - c) nu;
11. Considerați că aveți acces facil la serviciile de sănătate?
- a) doar la cele private;
  - b) doar la cele publice;
  - c) și la cele private și la cele publice;
  - d) beneficiaz cu greu de serviciile de care am nevoie;
12. Sunteți înscris pe lista unui medic de familie?
- a) da;
  - b) nu;
  - c) figurez pe listele mai multor medici de familie;
13. Vă programați vizitele la medic?
- a) da;
  - b) nu;
  - c) uneori;
14. Cum vă apreciați starea de sănătate?
- a) sunt sănătos;
  - b) din când în când am unele probleme cu sănătatea;
  - c) sunt bolnav cronic;
15. Când v-ați făcut ultima dată analizele;
- a) am beneficiat de programul P.N.E.S.S. din 2007-2008 (Nicolaescu);
  - b) merg să-mi fac regulat analizele;
  - c) nu mi-am făcut analize de mult timp;
  - d) îmi fac doar dacă sunt obligat ;
16. Ați primit chitanță pentru plățile efectuate pentru un serviciu de sănătate?
- a) da, dar numai pentru serviciile prestate în privat;
  - b) da, dar numai pentru cele publice;
  - c) da, și pentru serviciile publice și pentru cele private ;
  - d) nu;
  - e) nu am apelat;

17. Ați apelat la servicii de sănătate la sugestia medicului de familie?
- de cele mai multe ori la sugestia medicului de familie;
  - de cele mai multe ori din proprie inițiativă;
  - nu am apelat;
18. Ați primit vreodată, în urma apelării serviciilor de sănătate (consultație, tratament, investigație, etc.) vre-un răspuns către medicul de familie? (posibil răspunsuri multiple)
- am primit formularul de la biletul de trimitere cu ștampila unității în care s-a prestat serviciul și semnat de persoana care a prestat serviciul respectiv, inclusiv de mine;
  - am primit scrisoare către medicul de familie
  - am primit doar rezultatele analizelor;
  - nu am primit nimic;
  - nu am apelat;
19. Sunteți mulțumit de comportamentul furnizorilor de servicii de sănătate față de dvs.?
- da, în totalitate;
  - uneori da, uneori nu;
  - nu;
  - nu am apelat;
20. Sunteți mulțumit de nivelul serviciilor de sănătate de care ați beneficiat?
- foarte mulțumit;
  - sunt mulțumit de cele private și puțin satisfăcut de cele publice;
  - sunt mulțumit de cele publice și puțin satisfăcut de cele private;
  - sunt satisfăcătoare;
  - nemulțumit;
  - nu am apelat;
21. Dețineți card de asigurat?
- da;
- nu;
22. Ați avut vreodată nevoie de asistența Casei Județene de Asigurări Sociale de Sănătate (C.J.A.S.S.) în rezolvarea unor probleme?
- da;
  - nu;
23. Considerați că ați comunicat ușor și benefic cu reprezentanții C.J.A.S.S.?
- da;
- nu;
- nu am comunicat;
24. Ați fost vreodată abordat de reprezentanții C.J.A.S.S. pentru a confirma dacă ați beneficiat sau nu de servicii de sănătate?
- da;
- nu;



25. În cazul în care apeleți la servicii de sănătate vă interesați dacă acesta se află în relații contractuale cu C.J.A.S.S.?

- a) da;
- b) nu;

26. Cunoașteți suma concretă cu care participați la fondul național de asigurări sociale de sănătate?

- a) da;
- b) nu;
- c) nu particip la fond;

27. Considerați că participarea/ neparticiparea dvs. la fondul asigurărilor de sănătate este echitabilă în raport cu serviciile de sănătate la care aveți acces sau de care ați beneficiat?

- a) da;
- b) nu;

28. Cunoașteți care este rolul C.J.A.S.S. în cadrul sistemului serviciilor de sănătate? (posibil răspunsuri multiple)

- a) este proprietarul unităților medicale;
- b) este organizatorul activităților de sănătate;
- c) este finanțatorul sistemului;
- d) este terțul plătitor;
- e) nu cunosc.

## **ANEXA 4      Întrebări interviu informatori-cheie**

### **1. Legat de organizarea și funcționarea casei județene de asigurări sociale de sănătate:**

Considerați că actuala structură organizatorică a instituției permite exercitarea atribuțiilor acesteia și contribuie la atingerea obiectivelor propuse ?

În ce măsură considerați că au fost atinse până în prezent obiectivele generale (protecția echitabilă, nediscriminatorie a asiguraților dvs. față de costurile bolilor în condițiile utilizării eficiente a fondului)?

În ce măsură considerați că au fost atinse obiectivele specifice (informarea, decontarea serviciilor către furnizori, verificarea raportărilor, asigurarea confidențialității, raportarea către C.N.A.S.S.)?

Considerați că sunteți suficient de informat în legătură cu principalele probleme ale instituției?

Ce schimbări și la ce nivel, considerați că trebuie aduse în cadrul structurii organizatorice și infrastructurii de comunicare pentru a îmbunătăți activitatea instituției?

### **2. Ce opinie aveți în legătură cu bugetul asigurărilor sociale de sănătate (mai concret al casei de asigurări sociale de sănătate) și în particular cu bugetul departamentului pe care îl conduceți?**

Este insuficient ?

Este suficient și doar ineficient folosit ?

Este problema finanțării cea mai importantă și cea care determină bunul mers al activităților care au loc în cadrul sistemului/instituției și atingerea obiectivelor propuse?

Cum credeți că se pot rezolva problemele legate de controlul și utilizarea F.N.U.A.S.S.?

### **3. Privind contractarea furnizorilor, ce părere aveți despre metodele de contractare?**

Ce dificultăți întâmpinați la contractarea furnizorilor de servicii?

Există categorii de furnizori de servicii de sănătate care nu contractează cu casa? (dacă da, care și din ce motive credeți)?

Condițiile contractării sunt impuse de alte organisme sau instituții sau sunt rezultatul analizelor pe care le întreprindeți referitoare la nevoia, cererea și oferta de servicii de sănătate?

Cum credeți că influențează modul actual de contractare atingerea obiectivelor instituției și ce soluții considerați că trebuie adoptate pentru creșterea eficienței contractării?

#### **4. Privind relația cu asigurații**

Considerați că există o infrastructură de comunicare cu asigurații dvs. suficient de dezvoltată ?

Sunt aceștia antrenați să se implice în oferirea de informații, eventual soluționarea unor probleme ce condiționează atingerea obiectivelor instituției?

Care considerați că este rolul asiguraților în cadrul activităților desfășurate de C.J.A.S.S.?

#### **5. Legat de imaginea instituției**

Care credeți că este imaginea instituției din punctul de vedere al asiguraților?

Care credeți că este imaginea instituției din punctul de vedere al furnizorilor de servicii?

În cadrul departamentului/serviciului în care vă desfășurați activitatea se întreprind măsuri menite să îmbunătățească imaginea instituției?

#### **6. Referitor la organizarea și funcționarea sistemului de asigurări sociale de sănătate**

Considerați că actuala împărțire a atribuțiilor care revin actorilor din cadrul sistemului este corectă și avantajoasă pentru atingerea obiectivelor propuse de instituția dvs.?

Ce alți actori considerați că trebuie incluși în sistem și ce funcții ar trebui aceștia să îndeplinească pentru a crește eficiența activității caselor județene de asigurări sociale de sănătate?

Ce părere aveți legat de procesul de descentralizare care s-a derulat de la înființarea asigurărilor sociale de sănătate și până în prezent, considerați că s-a realizat pe deplin sau mai trebuie continuat?

Care credeți că trebuie să fie poziția și atribuțiile Ministerului Sănătății vis a vis de cele ale C.N.A.S.S.?

În ce direcții considerați că ar trebui efectuate schimbări pentru a eficientiza activitatea din sistemul asigurărilor sociale de sănătate?

265832

