

**UNIVERSITATEA „BABEȘ-BOLYAI” CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE ȘTIINȚE ECONOMICE
ȘI GESTIUNEA AFACERILOR**



REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

**ASIGURĂRILE SOCIALE DE SĂNĂTATE ÎN
ROMÂNIA – REALITĂȚI ȘI PERSPECTIVE**

Conducător științific:

Prof. univ. dr. Nistor Ioan

Doctorand:

Văidean Viorela-Ligia

Cluj-Napoca

– 2010 –

STRUCTURA TEZEI DE DOCTORAT

INTRODUCERE

CAPITOLUL 1. ARGUMENTE TEORETICE ȘI ISTORICE PRIVIND ASIGURĂRILE SOCIALE DE SĂNĂTATE

- 1.1. Delimitări terminologice și conceptuale. Locul asigurărilor sociale de sănătate în sfera politicii sociale**
- 1.2. Valori și principii generale**
- 1.3. Necesitatea reformării sistemului de sănătate**

CAPITOLUL 2. SISTEME DE SĂNĂTATE COMPARATE

2.1. Tipologia sistemelor de sănătate

- 2.1.1. Sistemul național de sănătate
- 2.1.2. Sistemul de asigurări sociale de sănătate
- 2.1.3. Sistemul privat de asigurări de sănătate
- 2.1.4. Comentarii

2.2. Modalități de finanțare a serviciilor de sănătate

- 2.2.1. Metode clasice de finanțare a serviciilor de sănătate
 - 2.2.1.1. Finanțarea publică a îngrijirilor de sănătate
 - 2.2.1.2. Finanțarea prin asigurarea privată de sănătate
 - 2.2.1.3. Finanțarea prin plata directă de către pacienți a serviciilor primite
- 2.2.2. Metode moderne de finanțare pentru serviciile de îngrijiri de sănătate
 - 2.2.2.1. Competiția administrativă (supravegheată)
 - 2.2.2.2. □ngrijirile administrate de sănătate
 - 2.2.2.3. Finanțarea prin “conturile sănătății”

2.3. Interferențe privind sistemele de sănătate din statele membre ale Uniunii Europene

- 2.3.1. Aspecte comparative ale sistemelor de sănătate din Uniunea Europeană
- 2.3.2. Principalul sistem de finanțare a serviciilor de sănătate din România
- 2.3.3. Cardul european al asigurărilor de sănătate
- 2.3.4. Situația actuală din domeniu

CAPITOLUL 3. CARACTERISTICI ALE ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

3.1. Arhitectura sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România

- 3.1.1. Considerente istorice privind ocrotirea sănătății în România
- 3.1.2. Bazele instituționale ale sistemului asigurărilor sociale de sănătate
- 3.1.3. Beneficiarii sistemului de asigurări de sănătate
 - 3.1.3.1. Aspecte caracteristice
 - 3.1.3.2. Drepturile și obligațiile asiguraților
- 3.1.4. Produse și servicii medicale oferite și decontarea acestora

3.2. Finanțarea sistemului de asigurări sociale de sănătate din România

- 3.2.1. Constituirea fondului national unic de asigurări sociale de sănătate
 - 3.2.1.1. Contribuția angajatorului
 - 3.2.1.2. Contribuția angajaților
 - 3.2.1.3. Sumele primite de la bugetul de stat și alte fonduri speciale
- 3.2.2. Utilizarea fondurilor de asigurări de sănătate
- 3.2.3. Finanțarea ocrotirii sănătății
 - 3.2.3.1. Finanțarea ocrotirii sănătății din bugetul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate
 - 3.2.3.2. Alte surse de finanțare

3.3. Opinii ale beneficiarilor sistemului de asigurări sociale de sănătate

CAPITOLUL 4. REPERE ALE REFORMEI SISTEMULUI ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

4.1. Sistemul de asigurări sociale de sănătate din România – de la monopolul statului la economia de piață

- 4.1.1. Coordonate ale monopolului de stat în asigurările sociale de sănătate
- 4.1.2. Tranziția în domeniul asigurărilor sociale de sănătate
- 4.1.3. Cardul național de sănătate – instrument modern al sistemului

4.2. Reforma sistemului de asigurări sociale de sănătate în România

- 4.2.1. Necesitatea reformei și coordonatele acesteia

4.2.2. Considerații critice privind reforma sistemului de asigurare a sănătății în România

4.2.3. Orientări cu privire la finanțarea sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România

4.3. Asigurări voluntare de sănătate – alternativă la sistemul de asigurări sociale de sănătate

4.3.1. Piața îngrijirilor de sănătate

4.3.2. Definiția și clasificarea asigurărilor voluntare de sănătate

4.3.3. Piața asigurărilor voluntare de sănătate din România - analiză comparativă

CAPITOLUL 5. MODELĂRI ECONOMETRICE ÎN DOMENIUL ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE

5.1. Stadiul cunoașterii

5.2. Cheltuielile publice de sănătate – factori determinanți

5.2.1. Modelarea seriilor de timp prin regresii simple

5.2.2. Modelarea seriilor de timp prin regresii liniare multiple

5.2.3. Considerații asupra corelațiilor multiple în R^4

5.3. Studii de caz utilizând date panel – cadru și determinări

5.3.1. Modelare econometrică a cheltuielilor publice de sănătate județene, la nivelul României

5.3.2. Modelare econometrică a cheltuielilor de sănătate la nivelul Uniunii Europene

CONCLUZII ȘI PRIORITĂȚI ACTUALE

BIBLIOGRAFIE

Cuvinte cheie: asigurări sociale de sănătate, sistem de sănătate, fondul național unic al asigurărilor sociale de sănătate, asigurări voluntare de sănătate, cheltuieli publice de sănătate.

INTRODUCERE

Asigurările sociale reprezintă modalitatea de acoperire a riscurilor, de orice natură, care îi ”pândește” pe angajați și familiile lor, riscuri care pot duce la reducerea sau suprimarea capacității de câștig, de acoperire a cheltuielilor de boală, de maternitate și familiale pe seama cotizațiilor salariale și a ajutoarelor oferite de stat. În plus, “sănătatea este indisolubil legată de demnitatea umană. Pentru lucrător, ea constituie esența participării la viața socială și politică, dar, în aceeași măsură este condiția esențială a existenței înseși”(Iovițiu M.,2000)¹. Societatea are, deci obligația de a proteja, de a menține și de a restabili sănătatea tuturor cetățenilor ei și de a instaura condițiile care să permită o viață sănătoasă.

Motivația temei. Activitatea de ocrotire a sănătății are o influență importantă asupra dezvoltării economiei naționale. Ea asigură satisfacerea nevoilor primare ale omului de a fi sănătos și a societății de a avea o populație sănătoasă. La nivel macroeconomic ea contribuie într-un mod specific la asigurarea reproducției forței de muncă și a bunăstării generale.

Realizarea unei radiografii a sistemului de asigurări sociale de sănătate din România este necesară și oportună în același timp, întrucât reprezintă o temă mereu actuală. Sănătatea are implicații profunde asupra vieții social-economice a țării, deci se impune analiza detaliată a sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România în contexte specifice, utilizându-se o metodologie validă și adecvată din perspectiva factorilor de influență ai acestuia, pentru a putea propune direcții valide de reformă ale sistemului.

Obiectivele cercetării. Prin cercetarea întreprinsă încercăm să realizăm o analiză critică a ceea ce a fost, este și ar trebui să fie sistemul asigurărilor sociale de sănătate din România. □n acest sens dorim să identificăm problemele cu care s-a confruntat și se confruntă sistemul actual, factorii care le-au cauzat, soluțiile încercate pentru remedierea sau înlăturarea lor, să analizăm transformările suferite de acesta, să punctăm atât aspectele pozitive cât și cele

¹ Iovițiu M. (2000), *Teoria și practica bunăstării*, Editura Teora, București.

negative și să propunem direcții de dezvoltare a acestuia, în special din punct de vedere financiar.

Sfera investigațiilor. Pornind de la prezentarea conceptelor și teoriilor fundamentale, a termenilor utilizați și a principalelor tendințe care guvernează asigurările sociale și domeniul sănătății, se dezvoltă întreg sistemul asigurărilor sociale de sănătate, cu toate componentele sale, din perspectiva evoluției acestora, a factorilor de influență și interdependențele între planul economic și social, precum și tentativele de reformare ale sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România.

Aspectele menționate anterior trebuie dublate de o analiză comparativă a principalelor modele de sisteme de sănătate din lume, pentru a realiza o încadrare a sistemului românesc în clasificarea internațională. Într-o lume caracterizată prin interdependențe tot mai accentuate, înțelegerea evoluției unei țări este posibilă numai dacă aceasta este raportată la experiențele altor țări, precum și în context global. Numai prin sublinierea diferențelor, similitudinilor și a interacțiunilor se pot descifra mecanismele unei anumite politici, precum și evaluarea programelor și direcțiilor de reformă adoptate.

În altă ordine de idei, abordarea comparativă are și o mare importanță practică, deoarece cunoașterea experienței altor țări poate oferi, dacă nu neaparat un ghid, cel puțin puncte de reper pentru adoptarea și implementarea politicilor sanitare. Studiarea soluțiilor alternative la probleme similare poate fi utilă celor implicați în procesul decizional, în adoptarea unor forme și programe noi, în coordonarea și desfășurarea unor activități, în stabilirea interacțiunilor dintre diferiți factori cu atribuții în politica socială².

Stadiul cunoașterii. La elaborarea tezei, am apreciat opiniile formulate de-a lungul timpului de diverși autori la dezvoltarea teoriei privind factorii care imprimă creșterea rapidă a cheltuielilor pentru ocrotirea sănătății. În primul rând, trebuie subliniat meritul lui Hoffmeyer și McCarthy (1994) care concluzionau că “există doar un singur factor statistic clar și bine

² Major, D. (2009), *Asigurările sociale în România*, Editura Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, 2009

determinat care influențează cheltuielile pentru ocrotirea sănătății, și anume corelarea acestora cu Produsul Intern Brut”, afirmații confirmate de către Roberts (1999).

Încă din perioada anilor 1970 – 1990, Kleiman (1974), Newhouse (1977, 1978), Cullins și West (1979), Leu (1986), Parkin, McGuire și Yule (1987), Culyer (1990), Milne și Molana (1991), Getzen și Poullier (1991), Gerdtham și Jönsson (1991), Gerdtham și colaboratorii (1992) și Hitiris și Posnett (1992) au dovedit existența unei corelări pozitive între volumul cheltuielilor publice cu sănătatea și Produsul Intern Brut al majorității țărilor din OCDE.

Cercetările de dată mai recentă al căror trend a fost inițial stabilit de Murthy și Ukpolo (1994) și Hansen și King (1996) s-au axat în ultimii ani pe analiza seriilor de timp a variabilelor respective. Cercetările asupra factorilor determinanți ai cheltuielilor cu sănătatea s-au concentrat pe evaluarea corelației existente între volumul cheltuielilor publice cu sănătatea și Produsul Intern Brut, precum și diverse încercări de determinarea a altor variabile exogene potrivite, validate prin studiile Hitiris și Posnett (1992) și Di Matteo (1998, 2005). Investigațiile din sfera factorilor explicativi ai acestor cheltuieli au fost continuate de către Hartwig (2008), respectiv Baltagi și Moscone (2010), în special pentru date panel.

Wilson (1999) a formulat foarte bine concluzia că “Economistii nu au dezvoltat încă o teorie formală care să explicitizeze și să prezică cheltuielile de ocrotire a sănătății pe cap de locuitor ale unei națiuni” iar “În absența unei teorii, cercetările empirice în domeniu s-au bazat pe gândirea ad-hoc și au depins de disponibilitatea datelor”.

Metodologia cercetării. Documentarea bibliografică, o componentă a procesului de documentare științifică, are o importanță hotărâtoare pentru aceasta, deoarece ne dă posibilitatea ca, prin intermediul literaturii de specialitate, să cunoaștem zestrea științifică, ipotezele de lucru folosite pentru explicarea fenomenelor economice, metodele de analiză și calcul, concluziile și teoriile științifice ale domeniului. □n continuare, explicarea științifică a fenomenului economic se realizează cu un ansamblu complex, variat de metode, mijloace, tehnici și instrumente. Această exigență rezultă nu numai din complexitatea fenomenelor

economice cercetate, dar și din caracterul imperfect sau parțial util al oricărei metode de cercetare, de calcul și analiză.

Pentru măsurarea economică și formularea ipotezelor am utilizat mijloacele logice: inducția și deducția, dar și metode de măsurare cantitativă, și anume metoda corelației. O altă modalitate de analiză este reprezentată de diversele modele econometrice construite, utilizând bazele de date statistice Eurostat și Tempo, respectiv programe informatice specializate: Matlab, Mathcad și Gretl. Totodată, se remarcă studiul comparativ realizat asupra sistemelor de sănătate din statele membre ale Uniunii Europene.

Structura lucrării. Lucrarea este structurată în cinci mari capitole. **Capitolul 1 „Argumente teoretice și istorice privind asigurările sociale de sănătate”** realizează o clasificare, delimitare și poziționare conceptuală. Termenii în lucru sunt: protecția socială, asigurarea socială, dreptul la *ocrotirea sănătății*, care reprezintă și conceptul în jurul căruia gravitează construcția capitolului. Se prezintă câteva valori și principii generale stipulate de documentele europene în domeniu, precum și necesitatea reformării sistemului de sănătate.

Capitolul 2 „Sisteme de sănătate comparate” prezintă sub aspect doctrinar modelele sistemelor de asigurări sociale, insistând pe tipologia sistemelor de sănătate în funcție de modalitățile de finanțare ale acestora: sistemul național de sănătate, finanțat prin impozite, sistemul asigurărilor sociale de sănătate, finanțat prin contribuții, și sistemul de asigurări private de sănătate, finanțat prin prime de asigurare. Pentru fiecare, se punctează aspectele caracteristice, avantajele și aspectele problematice. O asemenea analiză comparativă a alternativelor de finanțare este argumentată prin studii de caz relevante și se impune prin studierea soluțiilor alternative la problemele similare, demers util pentru cei implicați în procesul decizional. Se remarcă și studiul detaliat al sistemelor de sănătate ale celor 27 de țări membre ale Uniunii Europene, însoțit de concluzii de actualitate.

Capitolul 3 „Caracteristici ale asigurărilor sociale de sănătate din România” este structurat logic pe conducerea și organizarea sistemului, și respectiv finanțarea sistemului. Pornind de la câteva repere istorice, se prezintă cadrul instituțional al sistemului asigurărilor

sociale de sănătate din România, precum și beneficiarii sistemului, cu drepturile și obligațiile acestora. Se insistă apoi pe problematica spinoasă a finanțării sănătății, în principal din Fondul național unic al asigurărilor sociale de sănătate. Trebuie menționat că sistemele de asigurări sociale de sănătate (model Bismarck) întâmpină dificultăți în anumite perioade (ex. perioade cu rate crescute ale șomajului, când numărul contribuabililor este redus) necesitând intervenție de la bugetul statului. În România, contribuția fiecărei persoane active – direct și prin intermediul angajatorului - la formarea fondului de asigurări sociale de sănătate este imperios necesară și obligatorie. Asigurații și angajatorii plătesc o contribuție lunară pentru asigurările sociale de sănătate, reprezentând câte un procent de 5,5 %, respectiv 5,2 % din venitul lunar realizat. Asigurații nu suportă oficial alte cheltuieli suplimentare pentru servicii medicale, cu excepția coplăților pentru medicamentele prescrise în regim ambulatoriu. Sumele colectate la nivelul caselor de asigurări se utilizează pe baza principiului banii urmează pacientul, pentru plata serviciilor medicale contractate cu furnizorii de servicii medicale.

Capitolul 4 „Repere ale reformei sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România” punctează necesitatea reformei și punctele critice ale sistemului: sub-finanțarea sistemului sanitar, managementul deficitar, calitatea inadecvată a infrastructurii serviciilor de sănătate, propunând direcții de reformă cu privire la finanțarea sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România, axate pe creșterea nivelului de finanțare pentru sectorul de sănătate, dezvoltarea unui sistem de alocare a resurselor bazat pe criterii transparente și evidențe medicale și respectiv introducerea și susținerea mecanismelor de plată bazate pe eficiența și calitatea actului medical. Soluția fundamentală este alocarea a 8-10% din PIB pentru sănătate, și o utilizare eficientă a fondurilor alocate. Totodată, o soluție alternativă viabilă se conturează a fi reprezentată de dezvoltarea pieței asigurărilor voluntare de sănătate.

În **Capitolul 5 „Modelări econometrice în domeniul asigurărilor sociale de sănătate”**, centrul de greutate cade pe aplicațiile și studiile de caz, deosebit de relevante pentru aria tematică pragmatică a cuantificării efectelor reformei sistemului de sănătate. Modelele econometrice de conexiune între indicatori vizează analiza și modelarea seriilor de timp a cheltuielilor publice de sănătate prin regresii liniare simple și multiple, precum și câteva

studii de caz utilizând date panel, pentru modelarea cheltuielilor publice pentru sănătate la nivelul județelor României, dar și modelarea econometrică a cheltuielilor pentru sănătate la nivelul UE-27.

Concluziile tezei reprezintă o sinteză a problematicii studiate și a soluțiilor aferente perfecționării axelor prioritare ale sistemului asigurărilor sociale de sănătate.

CAPITOLUL 1. ARGUMENTE TEORETICE ȘI ISTORICE PRIVIND ASIGURĂRILE SOCIALE DE SĂNĂTATE

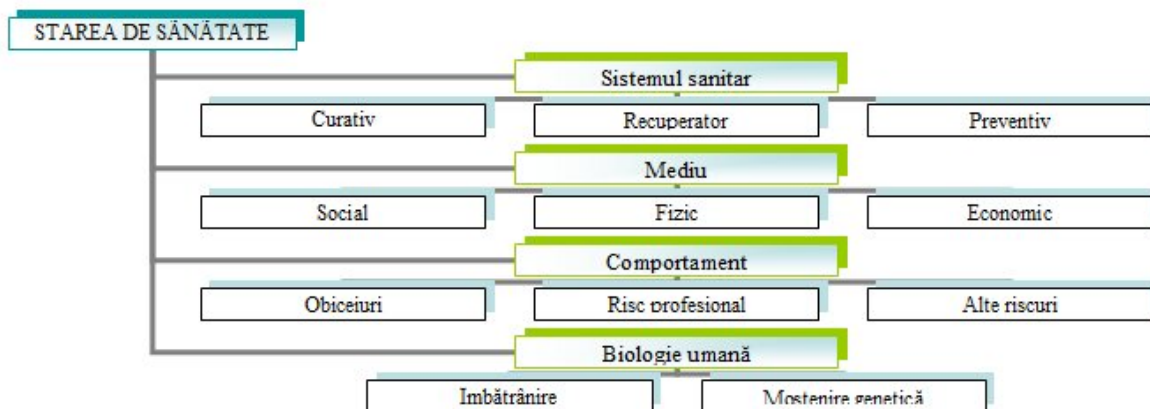
Protecția socială este văzută ca un ansamblu al dispozițiilor legale, al organismelor și instituțiilor, precum și al instrumentelor și procedurilor referitoare la *mobilizarea* unor resurse publice și private și la *redistribuirea* lor pentru acoperirea unor nevoi ale unora dintre membrii societății, în cazul apariției sau existenței anumitor riscuri ori în legătură cu producerea unor evenimente așteptate, dar pentru care aceștia *nu* au asigurat suportul financiar necesar.

Sintagma protecției sociale acoperă un câmp de manifestare larg, presupunând un ansamblu de măsuri, un sistem de relații, utilizarea următoarelor instrumente de lucru: asistență, prevedere, asigurare. Asigurările sociale pot fi văzute ca ajutoare bazate pe principiul mutualității, fiind acoperite din contribuțiile firmelor și angajaților, aceste contribuții diferind de la o țară la alta.

Sănătatea reprezintă unul dintre cei mai importanți factori care asigură desfășurarea vieții, probabil cea mai de preț avere³. Starea de sănătate a populației este un fenomen complex, social și biologic, care exprimă nivelul și caracteristicile sănătății membrilor unei colectivități privite în ansamblu. Definirea, ca și delimitarea precisă și evaluarea acestui fenomen comportă însă numeroase greutăți, datorită caracterului său complex și a diversilor factori care acționează asupra lui. Totuși, starea de sănătate are o strânsă legătură cu nivelul de trai al populației, consecințele modului de viață, ale condițiilor de muncă, ale sistemului social – economic în care trăiește populația fiind puternic reflectate în starea de sănătate.

Principalii determinanți de care autoritățile trebuie să țină cont pentru îmbunătățirea sănătății populației pot fi sintetizați astfel:

³ “The greatest wealth is health.” ~Virgil, poet roman (70 –19 BCE)



Deci, atingerea întregului potențial de sănătate nu depinde numai de furnizarea serviciilor de sănătate. De aceea indivizii, grupurile, instituțiile publice sau private trebuie să joace un rol activ în efortul general de a crește starea de sănătate și de a atinge potențialul de sănătate al unei națiuni.

Ocotirea sănătății nu este numai o problemă de asistență medicală, ci și o problemă cu un profund caracter social, care face parte din ansamblul condițiilor social-economice de dezvoltare. Dreptul la ocrotirea sănătății a fost, este și va fi garantat prin dispoziții ale numeroaselor acte naționale și internaționale în materie.

Asigurările sociale de sănătate se constituie în principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației României, care asigură accesul la un pachet de servicii de bază pentru asigurați.

CAPITOLUL 2. SISTEME DE SĂNĂTATE COMPARATE

Pentru finanțarea oricărui sistem de sănătate este necesar să se colecteze bani de la populație pentru a putea contracta furnizorii de servicii medicale. Obiectivul principal al sistemelor este acela de a repartiza costurile serviciilor medicale între persoanele bolnave și cele sănătoase și de a modula a lor în funcție de resursele de care fiecare individ dispune. Acest mecanism de solidaritate reflectă consensul care se întâlnește în cadrul Uniunii Europene conform căruia *sănătatea nu poate fi abandonată mecanismelor pieții.*

Performanța unui sistem de sănătate (OMS) se axează în jurul a trei piloni fundamentali:

- ameliorarea sănătății;
- creșterea capacității de răspuns față de așteptările populației;
- asigurarea echității în ceea ce privește contribuția financiară.

Fiecare stat membru și-a dezvoltat propriile mecanisme de finanțare, urmărindu-și tradițiile socio-economice și politice. Toate sistemele sunt mai mult sau mai puțin hibride, în măsura în care acestea se sprijină pe o combinație de surse de finanțare, dar majoritatea fondurilor sunt controlate direct sau indirect de către stat. Doar într-o mică proporție serviciile sunt plătite în mod direct.

Clasificarea sistemelor de sănătate se face în funcție de modalitățile de colectare a fondurilor de la populație. Astfel, avem:

- sisteme naționale de sănătate (tip Beveridge), unde predomină finanțarea prin impozite globale;
- sisteme de asigurări sociale de sănătate (tip Bismarck), bazate pe contribuțiile obligatorii de asigurare dependente de venituri;
- sisteme de asigurări private, bazate pe prime de asigurare voluntare.

Nu există un model de finanțare optim, unanim acceptat. Totodată, metodele de finanțare *nu* se exclud reciproc și *nu* apar în forme pure de finanțare, ci sunt particularizate în funcție de

specificul național, adesea utilizându-se combinații de elemente, în funcție de politicile pe care le aplică fiecare stat pentru realizarea obiectivelor sale în domeniul sanitar.

Se remarcă o *tendință de apropiere* a acestor tipuri de sisteme de sănătate, încercându-se combinarea avantajelor din fiecare sistem și eliminarea sau reducerea dezavantajelor.

Soluția ideală de finanțare ar putea fi un sistem de îngrijiri de sănătate cu trei niveluri:

- ✓ pentru bunuri și servicii publice de sănătate cu impact major asupra stării de sănătate → finanțarea prin impozitare generală;
- ✓ pentru serviciile de sănătate necesare, derivate din riscul individual de îmbolnăvire → finanțarea publică prin impozitare specială, sau asigurarea socială de sănătate;
- ✓ pentru servicii cu necesitate redusă (cu eficiență nedovedită, de lux, la cererea pacientului etc.) → finanțarea privată a sănătății sau plata directă.

Finanțarea și organizarea sistemelor de sănătate în statele membre ale Uniunii Europene urmărește tradițiile instituționale, politice și socio-economice naționale. Aceasta se concentrează într-o serie de obiective sociale în materie de finanțare și de oferire de servicii de îngrijire medicală eficace și la un preț abordabil (Niță L., 2004)⁴.

Statele membre ale UE-27 ar putea fi împărțite în trei categorii distincte, în funcție de modalitatea predominantă de finanțare a sistemului de sănătate, după cum urmează:

1. Țări care își finanțează sectorul de sănătate majoritar prin *contribuții la asigurările sociale*: Austria, Belgia, Cehia, Estonia, Franța, Germania, Ungaria, Lituania, Luxemburg, Olanda, Polonia, România, Slovacia și Slovenia.

2. Țări care își finanțează sănătatea prin *impozite*: Danemarca, Finlanda, Irlanda, Italia, Malta, Portugalia, Spania, Suedia și Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

⁴ Niță L. (2004), *Politica socială în Uniunea Europeană*, Editura Universitaria, Craiova

3. Țări care încă își finanțează sectorul sanitar predominant din *plăți directe*: Bulgaria, Cipru, Grecia și Letonia.

Plățile directe îmbracă trei mari forme: plata serviciilor care nu sunt acoperite prin pachetul de beneficii de bază acordat; coplățile pentru anumite servicii acoperite doar parțial prin pachetul de stat și, desigur, plățile informale.

O tendință importantă manifestată în ultimii cincisprezece ani a fost schimbarea mecanismului predominant de finanțare a sănătății, *din impozite în contribuții* la asigurările sociale de sănătate, în țări precum Bulgaria, Lituania, Polonia și România.

Aderarea României la Uniunea Europeană a impus adoptarea *Cardului european de sănătate*. Acesta se eliberează în situația deplasării asiguratului pentru ședere temporară într-un stat membru al UE și acoperă orice tratament medical și îngrijiri de urgență care devin necesare acestuia, în conformitate cu sistemul de sănătate din statul respectiv. Cardul se eliberează pe cheltuielile asiguratului, de către Casa de Asigurări de Sănătate la care acesta este asigurat.

CAPITOLUL 3. CARACTERISTICI ALE ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

Putem afirma că sistemul de asigurare a sănătății în România a fost până în 1989 și câțiva ani după aceea, un sistem caracterizat prin centralism și limitarea libertății de opțiune. Legat de acest aspect, scopurile declarate ale reformei din 1998 au vizat:

- ✓ creșterea eficienței în folosirea resurselor;
- ✓ îmbunătățirea relației medic-pacient;
- ✓ îmbunătățirea stării de sănătate a populației;
- ✓ creșterea nivelului de satisfacție a pacienților și a furnizorilor de servicii medicale.

Sintetizate, *principiile* care ghidează sistemul de asigurări sociale de sănătate din România implică:

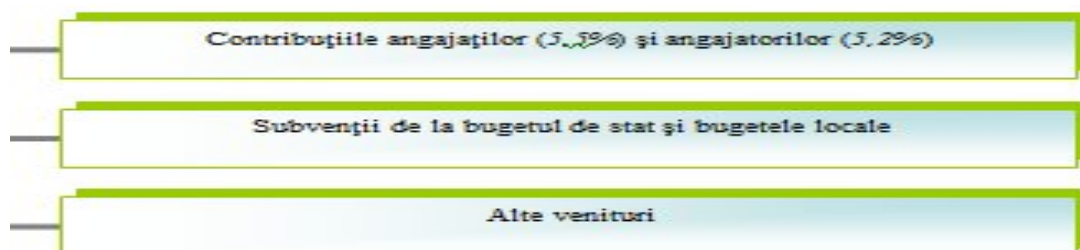
- alegerea liberă a Casei de Asigurări de Sănătate: asiguratul nu este legat de comuna, orașul sau județul în care locuiește, banii și informațiile îl vor urma indiferent de alegerea pe care o face;
- solidaritatea și subsidiaritatea în colectarea și utilizarea fondurilor;
- participarea persoanelor asigurate, a statului și a angajatorilor la managementul fondului național unic de asigurări sociale de sănătate;
- concurența rezultată din libertatea alegerii, medicii care dau dovadă de profesionalism fiind avantajați, solicitați de asigurat;
- acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat;
- confidențialitatea actului medical.

Funcțiile sistemului asigurărilor sociale de sănătate reunesc: colectarea fondurilor, administrarea și utilizarea acestora.

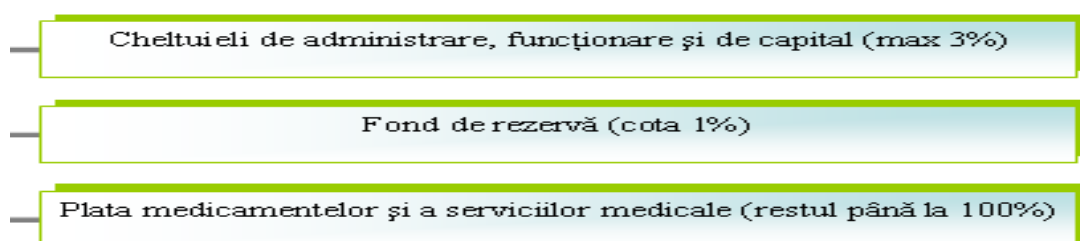
Necesitatea existenței unui sistem public de servicii medicale în România nu poate fi, cel puțin deocamdata, pusă la îndoială. Iar contribuția fiecărei persoane active – direct și prin

intermediul angajatorului - la formarea fondului de asigurări sociale de sănătate este obligatorie.

Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate se constituie astfel :

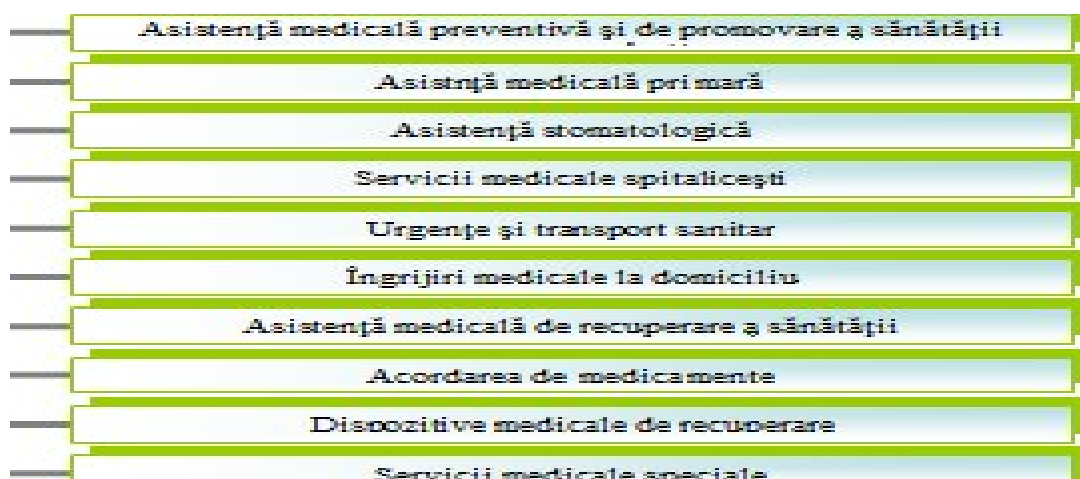


și are ca și destinații:



Evoluția oscilantă a veniturilor și cheltuielilor la fond indică faptul că autoritățile române nu au avut o strategie coerentă pe domeniul sănătății.

Principala destinație de la fond o reprezintă plata medicamentelor și a serviciilor medicale, pentru care Casele Județene de Asigurări de Sănătate încheie contracte de prestări servicii medicale cu furnizorii acreditați de Colegiul Medicilor din România:



CAPITOLUL 4. REPERE ALE REFORMEI SISTEMULUI ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

Sistemul de sănătate românesc răspunde în continuare ineficient problemelor majore de sănătate ale românilor, modelul actual punând accentul pe asistență curativă și preponderent pe cea spitalicească, în defavoarea celei ambulatorii și de asistență primară. Câteva considerații critice privind reforma sistemului de asigurare a sănătății în România vizează:

- ✓ *subfinanțarea sistemului sanitar;*
- ✓ *utilizare arbitrară a resurselor;*
- ✓ *lipsa de integrare a serviciilor de sănătate;*
- ✓ *managementul deficiente al informațiilor din sănătate;*
- ✓ *lipsa unui sistem viabil de asigurare a calității serviciilor de sănătate.*

Direcțiile de reformă propuse și soluțiile care ar putea rezolva aspectele problematice, trebuie să aibă mereu în vedere *obiectivul principal* al sistemului sanitar adică *îmbunătățirea stării de sănătate a populației din România și accesul echitabil la servicii de sănătate* care ar trebui să fie: *sigure, eficiente, prompte și eficiente.*

Considerăm că se impune găsirea de soluții urgente, axate pe următoarele recomandări cu privire la finanțarea sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România :

- Creșterea nivelului de finanțare pentru sectorul de sănătate din România;
- Dezvoltarea unui sistem de alocare a resurselor în sănătate bazat pe criterii transparente și pe evidențe medicale;
- Introducerea și susținerea mecanismelor de plată bazate pe eficiența și calitatea actului medical.

Totuși, doar creșterea sumelor disponibile pentru sănătate nu va fi suficientă pentru furnizarea unor servicii eficiente și de calitate pentru pacienții din România, fără realizarea unor politici concomitente în domenii precum organizarea serviciilor de sănătate, furnizarea serviciilor medicale, politica medicamentului, îmbunătățirea asistenței spitalicești și a celei primare, precum și motivarea resurselor umane angajate în sistem.

Deși asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de ocrotire a sănătății populației, pentru mulți dintre noi, pachetul de servicii oferit în acest sistem acoperă doar o parte redusă din necesitățile privind controalele medicale generale, de specialitate, analizele. Pentru a fi sănătoși, pentru a preveni apariția bolilor sau pentru a le trata pe cele deja existente asemenea investigații medicale trebuie făcute periodic. De aceea, este important să ne asigurăm că putem, oricând dorim sau este necesar, să apelăm la un furnizor de servicii medicale de înaltă calitate.

Asigurările voluntare de sănătate reprezintă o potențială alternativă la sistemul de asigurări sociale de sănătate. Prin *contractul de asigurare voluntară de sănătate*, cei asigurați privat vor avea garanția unor servicii medicale de calitate. În plus, vor avea parte de "acces real" la toate categoriile de servicii pentru care se asigură.

□n prezent piața românească a asigurărilor voluntare de sănătate înregistrează un nivel modest datorită lipsei de educație financiară și sanitară, salariilor mici, lipsei stimulentei fiscale și recenta criză financiară.

Volumul primelor brute subscrise pe acest segment a înregistrat o ușoară creștere în volum absolut, însă din punct de vedere relativ, ponderea acestora în totalul primelor brute subscrise la asigurări generale s-a diminuat.

Indicator	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ponderea primelor încasate la asigurările de sănătate în total prime încasate la asigurările generale	0.23%	1.05%	0.81%	1,17%	0.56%	0.65%	0.41%	0.39%	0.34%

Sursa: Prelucrări ale autoarei după Rapoartele CSA 2001-2009

Dezvoltarea pieței de asigurări de sănătate depinde, în mare parte, de dezvoltarea spitalelor private din țară. Potențialul pieței este ridicat iar pe viitor se estimează creșteri procentuale ale sectorului serviciilor medicale private.

CAPITOLUL 5. MODELĂRI ECONOMETRICE ÎN DOMENIUL ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE

Ponderea cheltuielilor curente pentru ocrotirea sănătății în PIB crește rapid în aproximativ toate țările dezvoltate. Cu toate că acestea reprezintă o preocupare publică majoră, se cunosc foarte puține aspecte legate de factorii care imprimă creșterea rapidă a acestor cheltuieli.

De-a lungul ultimilor treizeci de ani, cercetările asupra factorilor determinanți cuantificabili ai cheltuielilor cu sănătatea s-au concentrat pe evaluarea tăriei legăturii existente între volumul cheltuielilor publice cu sănătatea și Produsul Intern Brut, și alte variabile explicative. Roberts (1999), Gerdtham și Jönsson (2000) fac apel la îmbunătățirea fundamentelor teoretice de analiză macroeconomică a cheltuielilor cu ocrotirea sănătății. Conform lui Roberts, acesta ar trebui să fie “scopul principal al cercetărilor viitoare”.

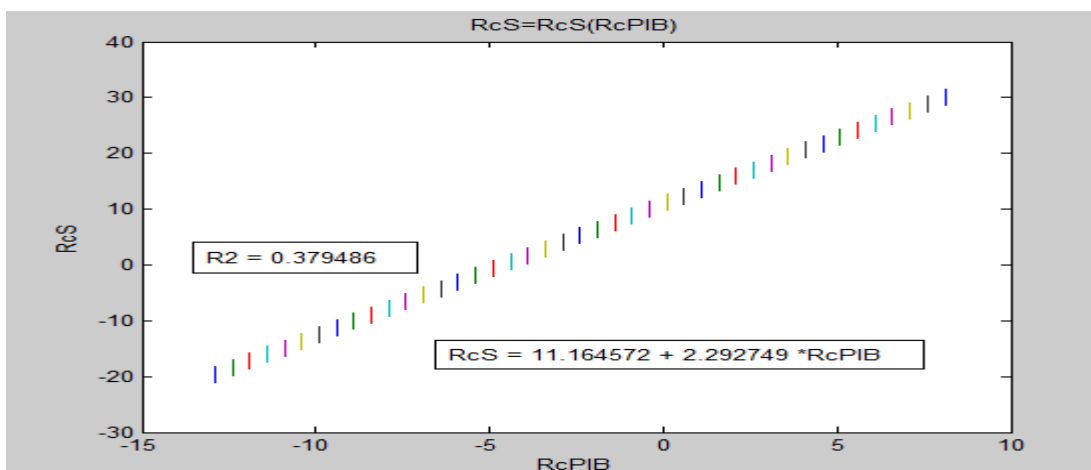
Investigarea factorilor de influență a cheltuielilor publice de sănătate s-a studiat prin analiza seriilor de timp: prin regresii liniare simple, și ulterior, prin regresii liniare multiple, în funcție de diferite variabile explicative validate de puținele studii din domeniu. Din păcate, datorită faptului că seriile de timp disponibile sunt relativ scurte, ceea ce diminuează puterea testelor, și a faptului că numărul de teste este uriaș și în continuă creștere, un oarecare grad de incertitudine persistă asupra proprietăților seriilor de timp analizate în acest domeniu de cercetare.

De exemplu, s-a modelat corelația între rata de modificare a PIBului real de la un an la altul (RcPIB) și variația cheltuielilor publice reale pentru sănătate (RcS), tot un indice cu baza în lanț. (Gruenewald I.B., Văidean V.L., 2010)⁵. Astfel, regresia liniară simplă, obținută prin metoda celor mai mici pătrate, este estimată în Matlab:

$$\mathbf{RcS = 2.292749 *RcPIB + 11.164572}$$

⁵ Gruenewald I.B., Văidean V.L. (2010), *EU Healthcare System – Facts and Figures*, Buletinul Universității de Științe Agricole și Medicină Veterinară, Seria Horticultură, Volumul 67, Ediția 2/2010, Editura Academic Pres, pag 88-95

Corelația PIB – Cheltuieli publice pentru sănătate, România, 1990-2008



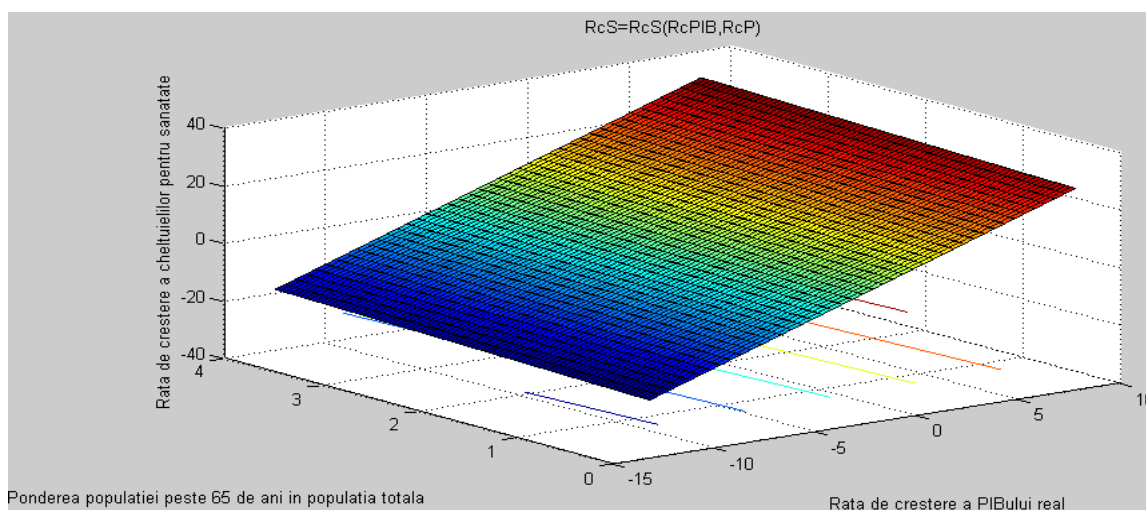
Se determină corelația între rata de modificare a PIBului real de la un an la altul (RcPIB) și variația cheltuielilor publice reale pentru sănătate (RcS), tot un indice cu baza în lanț. Legătura între variabile este de aproximativ 38%, creșterea PIBului cu 1% determinând sporirea în medie a cheltuielilor pentru sănătate cu 2.29%.

Introducând o nouă variabilă în model, și anume rata de modificare a ponderii populației de peste 65 de ani în populația totală a României (RcP), indice cu baza în lanț determinat pentru aceeași perioadă, am estimat următorul model multifactorial liniar:

$$\mathbf{RcS = 2.364114 * RcPIB + 0.797555 * RcP + 9.413874}$$

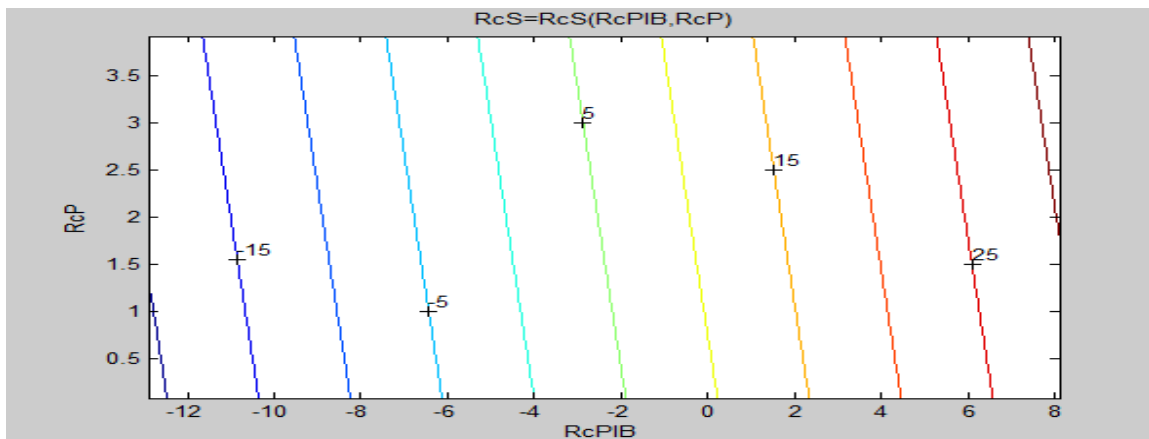
Ecuția definește un plan de regresie reprezentat într-un sistem de trei coordonate conform figurii:

Planul de regresie a RcS în funcție de RcPIB și RcP



Totodată, liniile de nivel corespunzătoare ratei de variație a cheltuielilor publice pentru sănătate ale României sunt notate în figura de mai jos, ca mărimi procentuale:

Liniile de nivel a RcS [% anul anterior] în funcție de RcPIB și RcP



Sursa: Prelucrări ale autoarei în Matlab

Liniile de câmp reprezintă nivelurile RcS obținute în funcție de cele două variabile exogene considerate pe abscisă și pe ordonată iar planul diferă în intensitatea coloristicii în funcție de valorile mai mari sau mai mici obținute pentru RcS, la considerarea ratelor de variație succesive ale variabilelor exogene.

Considerații asupra corelațiilor multiple în R^4

Ducând cercetarea mai departe, s-a încercat studierea unei corelații de forma:

$$u(x_1, x_2, x_3) = c_1 \cdot x_1^2 + c_2 \cdot x_2^2 + c_3 \cdot x_3^2 + c_4 \cdot x_1 \cdot x_2 + c_5 \cdot x_2 \cdot x_3 + c_6 \cdot x_3 \cdot x_1 + c_7 \cdot x_1 + c_8 \cdot x_2 + c_9 \cdot x_3 + c_{10}$$

De exemplu, prelucrând datele experimentale trimestriale, pentru variabila endogenă $u = Ch$, și variabilele exogene $x_1 = Pib$, $x_2 = P$, $x_3 = Mp$, cu semnificațiile stabilite:

u_t = cheltuielile publice reale cu sănătatea pe cap de locuitor (u.m./loc), u_t not Ch;

x_{1t} = Produsul Intern Brut real pe cap de locuitor (u.m./loc), x_{1t} not Pib;

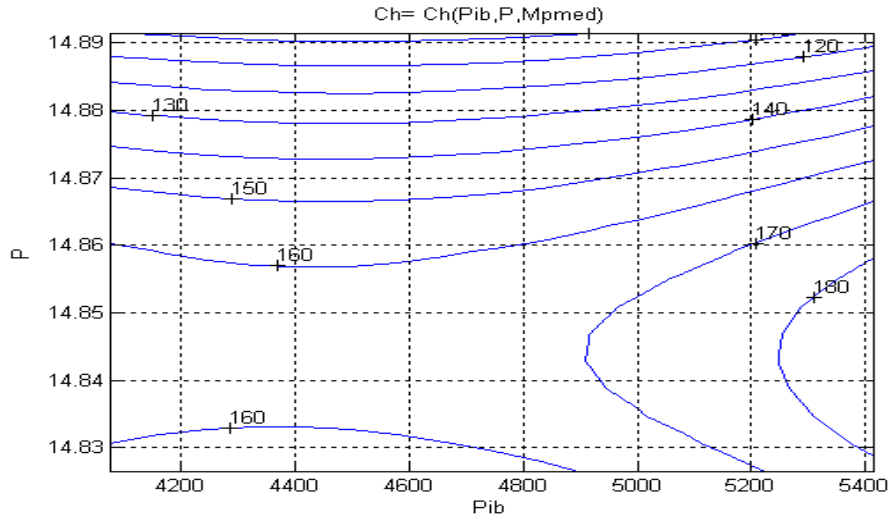
x_{2t} = populația de 65 de ani în populația totală, x_{2t} not P ;

x_{3t} = numărul de medici la mia de locuitori, x_{3t} not Mp.

se determină ecuația hipersuprafeței de regresie (în spațiul R^4), coeficientul de corelație și abaterea medie patritică.

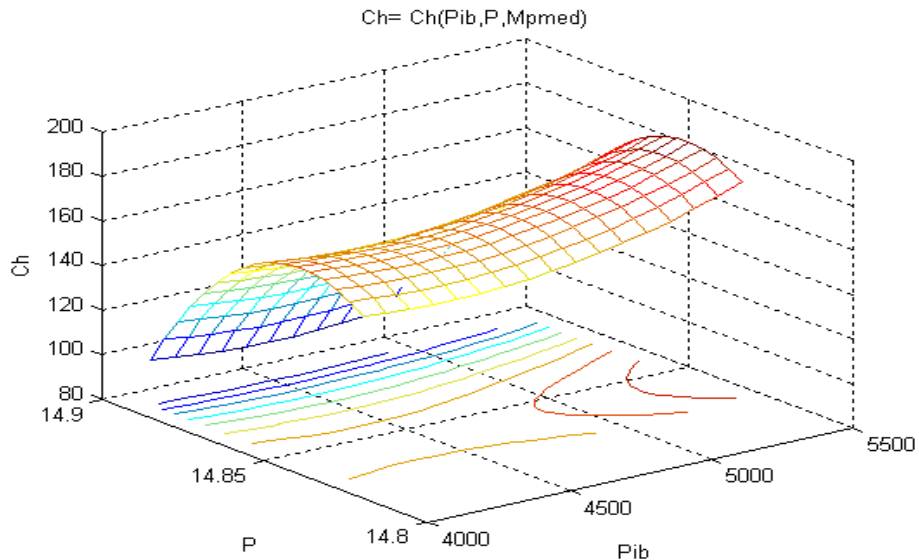
Deoarece această hipersuprafață nu poate fi reprezentată în R^3 , s-a recurs la înlocuirea, succesiv, a câte unei variabile independente cu valoarea ei medie. Suprafețele astfel rezultate aparțin spațiului cu 3 dimensiuni. S-au reprezentat aceste suprafețe, și liniile de câmp corespunzătoare, de exemplu:

Liniile de câmp Ch în funcție de Pib și P , dacă $Mp \rightarrow Mpmed$



La considerarea uniformă a valorii $Mpmed$ de 2.22, foarte apropiată de valorile minime și maxime ale acestei variabile, suprafeței $Ch = Ch(Pib, P, Mpmed)$ reprezentată în figura de mai jos pe un interval de reprezentare mai restrâns decât plaja valorică a variabilelor exogene, îi corespund liniile de nivel din figura de mai sus.

Suprafața Ch în funcție de Pib și P , dacă $Mp \rightarrow Mpmed$



În cazul acestor figuri, liniile de nivel au o densitate crescută, deci observăm că variabila endogenă a cheltuielilor publice de sănătate variază rapid pentru cazul în care variabila P este situată în intervalul 14.86 – 14.89. Valorile minime ale variabilei endogene sunt concentrate în zonele reprezentate cu albastru, pentru un P mare și un PIB relativ redus, crescând progresiv în gama coloristică până la valorile maxime reprezentate cu roșu, obținute pentru valori sub medie ale lui P și valori crescute ale PIBului.

Utilitatea acestui studiu, și a multiplelor studii și simulări similare realizate în lucrare, rezidă în faptul că se permite aprecierea și previzionarea unui anumit nivel a ratei de variație pentru cheltuielile de sănătate, în funcție de valorile cunoscute ale celorlalte variabile exogene validate de model.

Studii de caz utilizând date panel – cadru și determinări

S-a verificat, de asemenea, ipoteza existenței sau nu a unei dependențe (corelații) între cheltuielile publice pentru sănătate pe cap de locuitor și produsul intern brut real pe cap de locuitor (PIB), respectiv ponderea populație feminine în populația totală (Pf), precum și de ambii factori prin intermediul unor modele econometrice utilizând date panel, cu date corespunzătoare celor 41 de județe ale țării – NUTS III plus București, aferente perioadei 2006-2009. S-a utilizat programul Gretl, modelele estimate atât cu metoda celor mai mici pătrate pentru date panel (Pooled OLS), cât și prin intermediul unui model cu efecte constante (FEM) fiind următoarele:

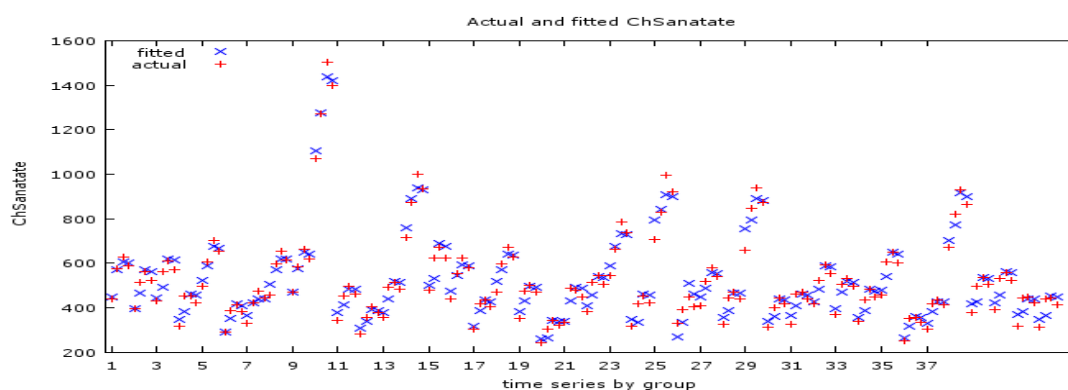
- Modelul I: **ChSanatate = f(PIB) + u** **ChSanatate = a0 + b0 *PIB + u**
- Modelul II: **ChSanatate = f(Pf) + v** **ChSanatate = a1 + b1 *Pf + v**
- Modelul III: **ChSanatate = f(PIB, Pf) + z** **y = a2 + b2 *PIB + c2 *Pf + z**

Rezultatele estimării econometrice, la nivel județean (NUTS III), privind dependența dintre cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor și produsul intern brut pe cap de locuitor (modelul I), respectiv raportul populației feminine la populația totală (modelul II), precum și de ambii factori (modelul III) sunt următoarele:

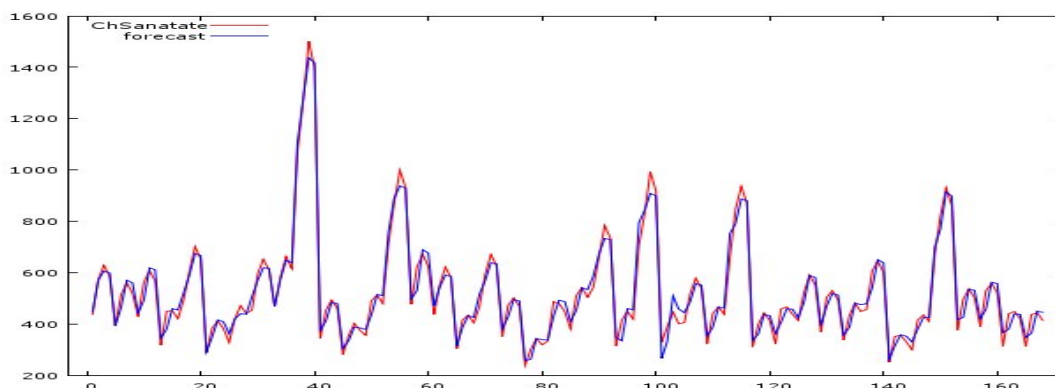
Model	Modelul I		Modelul II		Modelul III	
Metoda de estimare	OLS	FEM	OLS	FEM	OLS	FEM
Termenul liber	184.462*** (0.0000)	63.4788** (0.0106)	- 11099.4*** (0.0000)	- 19106.0** (0.0267)	-4910.27*** (0.0004)	2105.17 (0.6458)
PIB	0.0197559*** (0.0000)	0.0267745*** (0.0000)			0.0138586*** (0.0000)	0.0269422*** (0.0000)
Pf			22759.5*** (0.0000)	38435.7** (0.0229)	10174.0*** (0.0003)	-4003.10 (0.6558)
R ² ajustat	0.488428	0.956998	0.412830	0.839361	0.525210	0.956721
Statistica F	160.4449	89.48976	118.4153	21.77614	93.36706	86.85356
Probabilitatea pentru statistica F	3.68e-26	2.01e-75	3.71e-21	1.83e-40	7.58e-28	1.74e-74
Observații	168	168	168	168	168	168

Modelul care explică cel mai bine variația cheltuielilor pentru sănătate pe cap de locuitor la nivelul județelor României este modelul I, cu efecte fixe:

Valorile experimentale ale cheltuielilor pentru sănătate județene pe cap de locuitor și cele ajustate prin modelul 1 – FEM

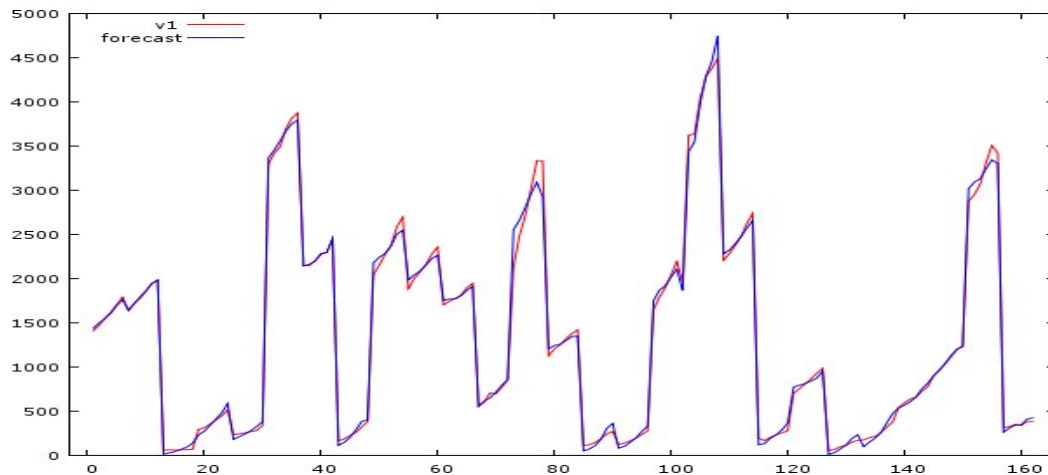


Valorile experimentale ale cheltuielilor pentru sănătate județene pe cap de locuitor și și cele previzionate prin modelul 1 – FEM



Teza cuprinde și o modelare econometrică a cheltuielilor pentru sănătate la nivelul Uniunii Europene-27, utilizând date anuale Eurostat, pentru perioada 2003-2008, în funcție de PIBul fiecărui stat membru, și ponderea populației de 65 de ani și peste în populația totală. Modelele sunt estimate prin tehnica panelului – metoda celor mai mici pătrate, efecte fixe, efecte aleatoare, în programul Gretl.

Valorile experimentale ale cheltuielilor pentru sănătate europene pe cap de locuitor și cele previzionate prin modelul optim ales (FEM) sunt reprezentate astfel:



Sursa: Prelucrări ale autoarei în Gretl

Există țări cu un volum ridicat al cheltuielilor cu sănătatea, cum ar fi **Suedia și Irlanda**, precum și țări ale căror cheltuieli reale cu sănătatea se situează în intervalul 2000-3000 euro/cap de locuitor anual: **Finlanda, Elveția, Olanda și Franța**. Nu se poate stabili însă o corelație între nivelul acestor cheltuieli și tipul sistemului de sănătate existent în țările respective.

România se află pe penultima poziție a acestui clasament, alocând anual sub 200 euro/cap de locuitor acestui sector, depășind doar Bulgaria, cu sub 100 euro/cap de locuitor. Astfel, cheltuielile pentru sănătate scot și mai mult în evidență nivelul de dezvoltare al unei țări.

CONCLUZII ȘI PRIORITĂȚI ACTUALE

Cercetările întreprinse în toate țările membre ale Uniunii Europene relevă deci o certă insatisfacție vis-a-vis de modalitățile de finanțare și furnizare a serviciilor medicale. Principalele probleme comune – care ocupă diverse locuri în ordinea preocupărilor naționale – le reprezintă carențele lor în materie de echitate și egalitate la accesul serviciilor medicale, de control asupra cheltuielilor, de utilizare eficientă a resurselor și de control a calității serviciilor medicale. Aceste preocupări comune conduc la strategii convergente sau specifice de caz.

Putem conchide că, asupra planului de stabilitate socială, prioritatea constă în garantarea îngrijirilor medicale pentru persoanele în vârstă, mai bine adaptate la nevoile lor, privilegiată fiind cercetarea unui echilibru între îngrijirile la domiciliu, îngrijirile comunitare și serviciile spitalicești.

Deoarece îmbătrânirea populației se traduce printr-o progresie de afecțiuni cronice, acest fapt conduce la mai multe eforturi pentru prevenirea bolilor ușor evitabile cu sau fără îngrijiri medicale. *Îngrijirile preventive* constituie o potențială alternativă economică a îngrijirilor medicale bazate pe tehnologii costisitoare, respectiv creșterea accentului pus pe medicina alternativă. **Adevărata economie de resurse se realizează prin prevenire și informare.**

Am văzut că toate statele membre pun în practică politicile de *stăpânire a cheltuielilor* pentru îmbătrânirea populației, analizând implicațiile financiare de dezvoltarea tehnologică comparativ cu așteptările crescânde ale consumatorilor ce apar în mod neprevăzut asupra sistemelor de sănătate. Raționalizarea și optimizarea serviciilor de sănătate se echivalează prin mai multe îngrijiri și rezultate sanitare pe un euro cheltuit, printr-un **mai bun raport cost-eficacitate.**

Studiul *eficienței* implică însă **maximizarea calității serviciilor** luând în considerare constrângerile economice existente în scopul ameliorării stării de sănătate și gradul de satisfacție al populației în procesul de elaborare a normelor de calitate. Astfel, politicile pun

din ce în ce mai mult accent pe reorientarea sistemelor de sănătate către obiective măsurabile atât în ceea ce privește calitatea îngrijirilor medicale cât și în ceea ce privește satisfacerea utilizatorilor.

De obicei, modelarea unui sistem se realizează în timp, este anevoioasă, costisitoare și adeseori traumatizantă. S-a constatat că nemulțumirile care au generat procesul de reformare a sistemelor îngrijirilor de sănătate au fost prezente atât în masa contribuabililor și a utilizatorilor, a medicilor și instituțiilor cât și a autorităților politice și administrative. Insatisfacțiile vizau creșterea cheltuielilor pentru sănătate într-un ritm greu de suportat, fără ameliorarea substanțială a stării de sănătate, insuficienta acoperire a populației cu servicii, absența unor mecanisme eficiente de asigurare a calității, volumul exagerat de muncă zilnică, insuficiența elementelor de stimulare, ineficiența managerială. Având în vedere aceste aspecte, **prioritățile în reformarea sistemelor de sănătate în țările Europei Centrale și de Răsărit** ar trebui axate pe :

- ✓ descentralizarea sistemului de sănătate;
- ✓ modificarea metodelor de planificare și gestionare;
- ✓ menținerea unei largi accesibilități;
- ✓ dezvoltarea serviciilor de sănătate comunitare;
- ✓ dezvoltarea serviciilor preventive bazate pe factori de risc prevalenți;
- ✓ îmbunătățirea sistemului de formare a personalului de sănătate.

Reforma sistemului de sănătate din România, este dependentă de reforma sistemului economic, de transformarea lui prin descentralizarea proprietății, consolidarea și dezvoltarea proprietății private, ca resursă și centru motric. Strategia de reformă a sănătății în România, demarată în 1998 și care continuă încă, a vizat *domenii* precum:

- organizarea structurală și conducerea sistemului;
- finanțarea sistemului;
- asigurarea serviciilor necesare sănătății populației;
- utilizarea rațională a resurselor fizice și umane

□n prezent, la nivel național se urmărește implementarea unei strategii coerente în scopul *creșterii accesului populației la servicii medicale de calitate, eficientizarea sistemului de furnizare și menținere a unui stil de viață sănătos, acasă, la serviciu și în comunitate.*

Cu privire la finanțarea sistemului asigurărilor sociale de sănătate din România, recomandările propuse de reformare a sistemului sunt axate pe **creșterea nivelului de finanțare pentru sectorul de sănătate**, dezvoltarea unui sistem de alocare a resurselor bazat pe criterii transparente și evidențe medicale și respectiv introducerea și susținerea mecanismelor de plată bazate pe eficiența și calitatea actului medical. Soluția fundamentală este alocarea a 8-10% din PIB pentru sănătate, și o utilizare eficientă a fondurilor alocate.

Totodată, studiile întreprinse au conturat ca și o soluție alternativă viabilă *dezvoltarea pieței asigurărilor voluntare de sănătate*. Modelările econometrice realizate asupra cheltuielilor de sănătate, în funcție de factorii determinanți, sunt relevante pentru cuantificarea efectelor reformei sistemului asigurărilor sociale de sănătate. Astfel, analiza seriilor de timp, precum și studiile de caz cu date panel au reliefat legătura directă existentă între cheltuielile de sănătate și PIBul unei țări sau regiuni, precum și alte variabile exogene. Utilitatea acestor studii rezidă în faptul că permit aprecierea și previzionarea unui anumit nivel al cheltuielilor pentru sănătate, în funcție de valorile cunoscute ale celorlalte variabile validate de model.

Deși finanțarea publică a sectorului sanitar prin asigurări sociale de sănătate întâmpină dificultăți în anumite perioade (ex. perioade cu rate crescute ale șomajului, când numărul contribuabililor este redus, etc.) necesitând intervenție de la bugetul statului, cu toate alternativele de finanțare existente, necesitatea existenței unui sistem public de servicii medicale în România nu poate fi, cel puțin deocamdata, pusă la îndoială. Iar contribuția fiecărei persoane active – direct și prin intermediul angajatorului - la formarea fondului de asigurări sociale de sănătate este obligatorie.

Un studiu recent al Băncii Mondiale a arătat că trei din cinci români oferă doctorilor din sistemul public bani pentru a beneficia de un serviciu medical mai bun. Concluzia studiului a fost că atitudinea de a oferi “atenții” medicului este normală, din punctul de

vedere al românilor. Dezvoltarea sistemului privat de sănătate ar putea reprezenta un mijloc prin care oamenii își vor putea schimba mentalitatea.

Sectorul privat al asigurărilor de sănătate românesc este însă aproape inexistent. Până acum, doar câteva companii de asigurări s-au încumetat să ofere românilor polițe care garantează un tratament uman în spitale, fără a fi cumpărat cu diverse 'atenții'. În prezent, numărul celor care și-au făcut asigurări private de sănătate este destul de redus, de numai câteva zeci de mii la nivel național. Pe lângă aceștia, mai există o categorie, ceva mai extinsă, a celor care au abonamente de sănătate (380.000 persoane în 2009). Totuși, *potențialul de creștere al pieței este uriaș.*

BIBLIOGRAFIE

- Baltagi B.H., Moscone F. (2010), *Healthcare expenditure and income in the OECD reconsidered: Evidence from panel data*, Economic Modelling, Vol. 27, Issue 4, pag. 804-811.
- Bărăgănescu C. (2008), *Descriere, analiză comparată și modalități de finanțare a serviciilor de sănătate*, Revista Medic.ro nr. 46, VII - VIII
- Bedrosa A. (2005), *Communications on Patients Rights*, material CEPLIS, Uniunea Europeana a Profesiiilor Liberale
- Bistriceanu, Gh. (2002), *Sistemul asigurărilor în România*, Editura Economică, București
- Blaga E. (2004), „Politici de sănătate în cadrul Uniunii Europene”, Master "Managementul Sistemului de sănătate", Universitatea București
- Cepoi V., Dragomirișteanu A. (2005), *Managementul și organizarea serviciilor de sănătate*, Master Managementul sistemului de sănătate, Modulul Structura asistenței medicale – managementul și organizarea serviciilor de sănătate, Suport de curs, București
- Ciumaș C., Făt C.M., **Văidean V.L.** (2008), *Protecție și asigurări sociale – lumea conceptuală*, vol. Reforma sistemului asigurărilor sociale din România în vederea aderării la Uniunea Europeană, Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca
- Ciumaș C., **Văidean V.L.** (2008), *The health sector in Eastern Europe and proposals for reform*, Analele Universității din Oradea, Tom XVII 2008, Volumul 3, Oradea, România
- Ciumaș C., **Văidean V.L.** (2007), *The Development of the European Health Insurance Card*, European Integration-New Challenges for the Romanian Economy, 3rd Edition, Oradea 25-26 May, Analele Universității din Oradea, Seria: Științe Economice, Tom XVI
- Ciumaș C., **Văidean V.L.** (2007), *The Financing and the Efficiency of Resource Usage in the Social Health Insurance System*, The Proceedings Of The International Conference Competitiveness And European Integration, Finance Section, Editura Alma Mater, Cluj-Napoca
- Constantinescu D. (2007), *Asigurările de sănătate*, Editura Mustang, București
- Constantinescu D. și colectiv (1998), *Asigurări personale*, Editura Semne, București
- Constantinescu D., Constantinescu M. (2005), *Fonduri Private de Pensii*, Editura Bren, București
- Cullins J.G., West P.A. (1979), *The Economics of Health: An Introduction*, Martin Robetson, Oxford
- Culyer A.J. (1990), *Cost containment in Europe*, în *Health Care Systems in Transition*. OECD, Paris
- Cumpănașu E. (2005), *Contribuții la managementul asistenței medicale spitalicești în județul Hunedoara*, Universitatea de Vest Timișoara
- Cumpănașu E., **Văidean V.L.** (2008), *On the efficiency of resource usage in the social health insurance system*, Annales Universitatis Apulensis Series Oeconomica, vol. 1, issue 10, pages 40
- Di Matteo L., Di Matteo R. (1998) *Evidence on the determinants of Canadian provincial health expenditures 1965-1991*, Journal of Health Economics 17 (2), pag. 211-228
- Di Matteo L. (2005), *The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada: assessing the impact of income, age distribution and time*, Health Policy 71, pag 23-42
- Enăchescu D., Marcu M. (1998), *Sănătate publică și management sanitar*, Editura All, București
- Enăchescu D.și colectivul (1998), *Management sanitar și sănătate publică*, Editura All, București
- Gapenski, L.C. (2009), *Fundamentals of Healthcare Finance*, Gateway to Healthcare Management, Health Administration Press, Chicago
- Gerdtham U.G., Jönsson B. (1991), *Conversion factor instability in international comparisons of health care expenditure*, Journal of Health Economics 10 (2), pag.227-234
- Getzen T.E., Poullier J.P. (1991), *An income-weighted international average for comparative analysis of health expenditures*, International Journal of Health Planning and Management 6 (1), pag. 3-22
- Grossman M. (1972), *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, Columbia University Press, New York

- Gruenewald I.B., **Văidean V.L.** (2010), *EU Healthcare System – Facts and Figures*, Buletinul Universității de Științe Agricole și Medicină Veterinară, Seria Horticultură, Volumul 67, Ediția 2/2010, Editura Academic Pres, pag 88-95
- Hartwig J. (2008), *What drives healthcare expenditure? – Baumol’s model of “unbalanced growth” revisited*, Journal of Health Economics, Vol.27(3), pag. 603-623
- Hansen P., King A. (1996), *The determinants of health care expenditure: a cointegration approach*, Journal of Health Economics 15 (1) pag.127-137, și (1998) *Health care expenditure and GDP: panel data unit root test results – comment*, Journal of Health Economics 17 (3), pag. 377-381.
- Hausman, J. (1978), *Specific Tests in Econometrics*, Econometrica, 46.
- Hitiris T., Posnett J. (1992), *The determinants and effects of health expenditure in developed countries*, Journal of Health Economics 11 (2), pag.173-181
- Hoffmeyer U.K., McCarthy T.R. (1994), *Financing Health Care*, vol.1, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht
- Jozef Barunik, PhD, Institute of Economic Studies, Faculty of Social Sciences, Charles University in Prague, <http://staff.utia.cas.cz/barunik/files/EconometricsA/sem9/seminar9>
- Kleiman E. (1974), *The determinants of national outlays on health*, în vol. The Economics of Health and Medical Care, editat de Perlman M., Macmillan, London
- Lalonde, M. (1974), *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa: Minister of Supply and Services.
- Lavine A. (1993), *Your life insurance options*, John Wiley & Sons, New York
- Leu R.E. (1986), *The public-private mix and international health care costs*, în vol. Public and Private Health Care services: Complementarities and Conflicts, editat de Culyer A.J. și Jönsson B., Basil Blackwell, Oxford
- Litu M. (2007), *Elemente de etică în analiza performanțelor sistemelor de sănătate*, Revista Româna de Bioetică, editată de Colegiul Medicilor Iași, Vol.4, Nr.4
- Luchian M. (2007), „*Management sanitar*”, Facultatea de Medicina si Stomatologie "Apollonia", Iași.
- Maier D, **Văidean V.L.**, Maier J. (2008), *Reforma sistemelor de sănătate*, Studia Universitatis “Vasile Goldiș” Arad, Seria Științe Economice 18/2008, Partea a II-a
- Major, D. (2009), *Asigurările sociale în România*, Editura Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, 2009
- Mangen S. (1996), *German Welfare and Social Citizenship*, McMillan, Oxford
- Marcu A., Galan A., Cucu A., Vitcu L. (2006), *Implicarea secției de sănătate publică în programe internaționale de sănătate publică în domeniul monitorizării și evaluării stării de sănătate a populației*, A 40-a Conferință Anuală a Institutului de Sănătate Publică București
- Maslow H. (1970), *Motivation and personality*, Harper and Row, New York
- Milne R., Molana H. (1991), *On the effect of income and relative price on the demand for health care: EC evidence*, Applied Economics 23 (7), pag.1221-1226
- Molnar M., Poenaru M. (2007), *Sisteme de protecție socială*, Editura Bren, București
- Mossialos E., Thomson S. (2002), *Voluntary health insurance in the European Union*, Report prepared for the directorate general for Employment and Social Affaires of the European Commission, London school of Economics and Political Sciences, London
- Murthy N.R.V., Ukpolo V. (1994), *Aggregate health care expenditure in the United States: evidence from cointegration tests*, Applied Economics 26 (8), pag. 797-802
- Newhouse J.P. (1977), *Medical-care expenditure: a cross national survey*, Journal of Health Resources 12 (1), pag. 115-125
- Newhouse J.P. (1987), *Cross-national differences in health spending: what do they mean?* Journal of Health Economics 6 (2), pag. 159-162
- Nistor I. (2008), *Sisteme de sănătate – studiu comparativ*, vol. Reforma sistemului asigurărilor sociale din România în vederea aderării la Uniunea Europeană, Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca
- Nistor I., Ciumaș C., **Văidean V.L.** (2008), *Financing Health Care in the USA*, International Conference on Economics, Law and Management ICELM 3, June 4-7, Târgu-Mureș, România

Nistor I., Inceu A., **Văidean V.L.** (2008), *Starea de sănătate și caracteristicile ei – indicatori specifici de măsurare și analiză a unor aspecte ale sănătății*, vol. Reforma sistemului asigurărilor sociale din România în vederea aderării la Uniunea Europeană, Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca

Niță L. (2004), *Politica socială în Uniunea Europeană*, Editura Universitaria, Craiova

Otting A. (1993), *Les norms internationales du travail, ossature de la sécurité sociale*, Revue Internationale du Travail, nr.2

Parkin D., McGuire A. și Yule B. (1987), *Aggregate health care expenditures and national income: is health care a luxury good?*, Journal of Health Economics 6 (2), pag. 109-127

Poenaru, M. (1996), *Politici sociale și indicatori sociali*, Editura All, București

Preda M. (2002), *Politica socială românească între sărăcie și globalizare*, Editura Polirom, București

Prescott N. (1998), *Choices in Financing Health Care and Old Age Security*, World Bank

Rădulescu V. (2007), *Marketingul în domeniul serviciilor de sănătate din România în contextul integrării în Uniunea Europeană*, București

Roberts J. (1999), *Sensitivity of elasticity estimates for OECD health care spending: analysis of a dynamic heterogeneous data field*, Health Economics 8 (5), pag. 459-472

Robin E., Scott M. (1986), *Managing Health Care Marketing Communication*, An Aspen Publication San Jose B., Veliotes G., Van Voorden T. (2006), *Developing a Basic Health Package for Romania*, Position Paper, Bucharest

Shapiro, A.L. (1992), *We're Number One: Where America Stands – and Falls – in New World Order*, Vintage Books, New York

Șeulean V. (2003), *Protecție și asigurări sociale*, Editura Mirton, Timișoara

Tănăsescu P. (1998), *Managementul financiar al activității sanitare*, Editura Tribuna Economică, București

Țurlea E. (2003), *BIM - Îndrumar metodologic al Sistemului de Asigurări Sociale de Sănătate*, aprilie

Vaughan E., Vaughan T. (1999), *Fundamentals of Risk and Insurance*, John Wiley&Sons, Inc., New York

Văidean V.L. (2007), *The public private partnership for health insurance*, The Proceedings Of The International Conference Competitiveness And European Integration, Finance Section, Editura Alma Mater, Cluj-Napoca

Văidean V.L., Mașca S., Cumpănașu E. (2010), *Studiu privind metodele clasice de finanțare a serviciilor de sănătate*, Revista de Studii și Cercetări Economice Virgil Madgearu, Anul III, Nr.1, Cluj-Napoca

Wilson R.M. (1999) *Medical care expenditures and GDP growth in OECD nations*, American Association of Behavioral and Social Sciences Journal 2, pag.159-171

Zarcovici Grujica, Enachescu D. (1998), *Probleme privind politicile de sănătate în țările Europei Centrale și de Răsărit*, Editura Infomedica

*** Bureau International du travail (1995), *La sécurité sociale*, Geneva

*** *Economie sanitară și management financiar*, Ghid pentru finanțarea îngrijirilor de sănătate și administrarea spitalelor, Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare în Sănătate, București, 2003

*** Encyclopaedia Britannica, Inc. (1993), *The New Encyclopaedia Britannica*, Encyclopaedia Britannica, Inc. Chicago

*** *European Health Insurance Card - Participant's Textbook*, National Health Insurance House, Human Resources and Professional Development Department, Bucharest, 2006

*** *Ghidul pacientului 2010, Cum să te vindeci într-un sistem sanitar bolnav?*, Editura Jurnalul Național, București 2010

*** Health Consumer Powerhouse, *Euro Health Consumer Index 2009 Report*

*** *Health Services Management*, Curs magistral, Reforma Sectorului de Sănătate și Finanțare Durabilă, Sammelweis University, Budapest 2001

*** The World Health Report 2000 - *Health systems: Improving performance*, WHO, 2000

- *** *Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetăţeanului*, Raportul Comisiei Prezidenţiale pentru analiza şi elaborarea politicilor din domeniul sănătăţii publice din România, Bucureşti, 2008
- *** WHO, *World Health Report*, Geneva, World Health Organisation, 1999
- *** Declaraţia Universală a Drepturilor Omului
- *** Decretul nr. 246 din 29 mai 1958 privind reglementarea acordării asistenţei medicale şi a medicamentelor, publicată în B.Of nr.24 din 2 iunie 1958, abrogat prin Legea nr. 158 din 14 mai 2004, publicată în M.Of. nr.467 din 25 mai 2004.
- *** Legea nr. 3 din 6 iulie 1978 privind asigurarea sănătăţii populaţiei, publicată în B.Of nr.54 din 10 iulie 1978
- *** Legea nr. 136/1995 din 29 decembrie 1995 privind asigurările şi reasigurările în România, cu modificările şi completările ulterioare.
- *** Legea nr. 212/ 2004, publicată în Monitorul Oficial, Partea I, nr. 505 din 04 iunie 2004
- *** Legea asigurărilor sociale de sănătate nr.145/1997, modificată şi completată prin Ordonanţele de Urgenţă nr.30/1998 şi nr.72/1998
- *** Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare
- *** Ordonanţă de urgenţă OUG nr.150 din 31 octombrie 2002 privind organizarea şi funcţionarea sistemului de asigurări sociale de sănătate
- *** Regulamentul Consiliului (CE) nr. 1408/71, din 14 iunie 1971
- *** Regulamentul Consiliului (CE) nr. 574/72 din 21 martie 1972

http://ec.europa.eu/employment_social/healthcard/continuum_en.htm

<http://eur-lex.europa.eu>

<http://visualeconomics.com>

<http://ispb.ro>

<http://www.casan.ro>

<http://www.euro.who.int>

<http://www.eurohealthnet.org>

<http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu/>

<http://www.casan.ro>

<http://www.incds.ro>

<http://www.ms.ro>

<http://www.senspms.ro>

<http://www.who.ch>

<http://www.ceass.ro/>

<http://www.entersingapore.info>

<http://www.eur-lex.europa.eu>

<http://www.europarl.europa.eu>

<http://www.insse.ro/>

<http://www.mathworks.com/>

<http://www.ms.ro>

<http://www.gretl.sourceforge.net/>

<http://www.onuinfo.ro>

<http://www.statistics.gov.uk>

<http://www.senspms.ro>

<http://www.codfiscal.net>