

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
IP UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

Cu titlu de manuscris

C.Z.U:614.21:338.5(043.2)

DOBRE CRISTINA ELENA

**ANALIZA COMPARATIVĂ A COST EFICIENȚEI
SPITALELOR GENERALE ȘI DE MONOSPECIALITATE**

331.03 - MEDICINĂ SOCIALĂ ȘI MANAGEMENT

Teză de doctor în științe medicale

Conducători științific:

CIOCANU Mihail
dr. hab. șt. med.,
profesor universitar

Autor:

Dobre Cristina Elena

CHIȘINĂU, 2025

© Dobre Cristina Elena, 2025

ADNOTARE

Cristina Elena Dobre

Analiza comparativă a cost eficienței spitalelor generale și de monospecialitate

Teză de doctor în științe medicale

Chișinău, 2025

Teza este expusă pe 146 de pagini de text de bază și include introducere, patru capitole, discuții, concluzii și recomandări practice, conține 76 de tabele și 17 figuri. Lucrarea citează 110 surse bibliografice și conține 20 anexe.

Lista publicațiilor științifice cuprinde 5 publicații științifice dintre care 3 articole în reviste științifice de categoria ISI, 2 teze în lucrările conferințelor științifice naționale și internaționale.

Cuvinte cheie: servicii medicale, management sanitar, politici publice de sănătate, statistică, teorie economică, chestionar, calitate, managementul riscurilor.

Scopul lucrării: Evaluarea activității spitalelor generale și de monospecialitate din perspectiva cost-eficienței în vederea dezvoltării unui model econometric de apreciere a cost-eficienței, care să poată fi utilizat atât la nivelul managementului spitalului cât și la nivelul decizional în vederea îmbunătățirii politicilor de sănătate.

Obiectivele studiului

1. Identificarea modelelor econometrice de management în sănătate, în spitale generale și monospecialitate
2. Cercetarea eficienței și calității serviciilor medicale în spitale generale versus monospecialitate
3. Evaluarea și diagnoza politicilor de sănătate actuale în contextul socio-economic din România
4. Analiza impactului politicilor de sănătate în contextul actual al cost-eficienței sistemului sanitar din România.

Metodologia cercetării științifice. Prezenta cercetare doctorală utilizează metode teoretice și empirice pentru a evalua eficiența asistenței medicale spitalicești, combinând analiza documentară, chestionarele, interviurile și tehnicile statistice (regresie, ANOVA, testul Chi-pătrat). Studiul se bazează pe instrumentul-cadru al OMS pentru colectarea datelor privind costurile și performanța spitalelor. Validarea chestionarelor a fost realizată prin analiza indicatorilor de fiabilitate și validitate, asigurând măsurarea precisă a variabilelor. Eșantionarea a fost efectuată prin metode aleatorii pentru a garanta reprezentativitatea populației studiate. În plus, metoda Delphi a fost aplicată pentru a integra perspectivele experților în evaluarea politicilor de sănătate și formularea strategiilor de îmbunătățire a acestora.

Noutatea și originalitatea științifică: Pentru prima dată în România a fost elaborat un instrument specific de analiză a cost-eficienței spitalelor, care cuprinde mai multe analize și care poate fi utilizat atât la nivelul managementului spitalelor în vederea creșterii performanței cât și la nivel guvernamental (decizional), cu scopul de a crea politici de sănătate eficiente și armonizate.

Problema științifică soluționată în teză. Rezultatele cercetării au contribuit la soluționarea unei probleme științifice importante prin fundamentarea din punct de vedere metodologic a procesului de identificare a unui model econometric de analiză a cost-eficienței spitalelor generale și de monospecialitate, a cărui aplicare la nivel micro și macro poate duce în viitor la creșterea eficienței activității spitalelor și la elaborarea unor politici de sănătate adaptate nevoilor actuale din domeniu.

Semnificația teoretică. Evaluarea comparativă a spitalelor generale și monospecialitate a permis clarificarea relației dintre indicatorii de performanță și calitatea serviciilor medicale, oferind o perspectivă comprehensivă asupra modului în care resursele sunt gestionate în contextul spitalicesc. În plus, analiza cost-eficiență, utilizată ca instrument economic de comparație,

evidențiază importanța unei abordări multidimensionale care transcende simpla evaluare a rezultatelor, contribuind la rafinarea metodelor de management și politici de sănătate. Astfel, studiul aduce o contribuție teoretică semnificativă, facilitând formularea unor strategii optimizate pentru îmbunătățirea performanței și sustenabilității sistemului sanitar.

Actualitatea temei propuse a tezei de cercetare și abordarea ei multidisciplinară se încadrează în domeniul de studiu amplu al managementului general. Este o temă cu caracter multidisciplinar care se află la confluența mai multor arii tematice de cercetare: politici publice, management sanitar, sănătate, statistică, teorie economică, managementul riscului.

Valoarea aplicativă: Serviciile de sănătate prezintă o serie de disfuncționalități care pot fi corectate numai prin implementarea unor structuri noi, flexibile și eficiente de funcționare și finanțare. Instrumentul propus pentru analiza cost-eficienței poate fi utilizat de managerii de spitale pentru îmbunătățirea permanentă a calității actului medical în concordanță cu menținerea costurilor la un nivel acceptabil și decontabil de către casa de asigurări de sănătate. În egală măsură, acest instrument poate fi folosit de decidenții politici pentru a genera politici de sănătate în concordanță cu așteptările populației și cu nivelul de finanțare.

Implementarea rezultatelor științifice: Utilitatea tezei este reprezentată de armonizarea mai multor factori analizați care poate genera strategii cu aplicabilitate în practica medicală curentă. Plecând de la instrumentul propus, în viitor poate fi realizat un program informatic care să genereze o analiză cost-eficiență care țină cont de indicatorii de management, de analiza cu frontieră stocastică și de gradul de satisfacție al pacienților.

ANNOTATION

Cristina Elena Dobre

Comparative analysis of the cost-effectiveness of general and monospecialty hospitals

Doctoral thesis in medical sciences

Chisinau, 2025

The thesis is presented in 146 pages of core text and includes an introduction, four chapters, discussions, conclusions, and practical recommendations. It contains 76 tables and 17 figures, cites 110 bibliographic sources, and includes 20 appendices. The list of scientific publications comprises five works, including three articles published in ISI-indexed journals and two conference papers from national and international scientific meetings.

Keywords: medical services, healthcare management, public health policies, statistics, economic theory, questionnaire, quality, risk management.

Purpose of the Work: Evaluation of the performance of general and specialized hospitals from a cost-efficiency perspective, with a view to developing an econometric model for assessing cost-efficiency that can be utilized both at the hospital management level and at the decision-making level to improve health policies.

Study Objectives:

1. To identify econometric management models in healthcare for general and specialized hospitals.
2. To investigate the efficiency and quality of medical services in general versus specialized hospitals.
3. To evaluate and diagnose current health policies within the socio-economic context of Romania.
4. To present the results of the analysis of the impact of health policies in the current healthcare system in Romania.

Research Methodology: This doctoral research employs both theoretical and empirical methods to evaluate the efficiency of hospital care, combining document analysis, questionnaires, interviews, and statistical techniques (regression, ANOVA, Chi-square tests). The study is based on the World Health Organization's framework for collecting data on hospital costs and performance. The questionnaires were validated by analyzing reliability and validity indicators to ensure precise measurement of the variables. Random sampling methods were used to guarantee the representativeness of the study population. Additionally, the Delphi method was applied to integrate experts' perspectives in evaluating health policies and formulating improvement strategies.

Scientific Novelty and Originality: For the first time in Romania, a specific instrument for analyzing the cost-efficiency of hospitals has been developed. This instrument incorporates multiple analyses and can be used both at the hospital management level to enhance performance and at the governmental (decision-making) level to create efficient and harmonized health policies. The research aims to analyze and identify the most effective health policies and their management, proposing for testing a qualitative economic model regarding the efficient management of health policies in general and specialized hospitals.

The proposed econometric model for evaluating cost-efficiency comprises the following analyses:

1. Analysis of hospital management indicators.
2. Stochastic frontier analysis, in which the dependent variable is the total cost (excluding investments) and the independent variables are: the number of discharged patients, the number of outpatient consultations, the product of the number of discharged patients and the number of outpatient consultations, the average length of hospitalization, the case complexity index, the percentage of patients undergoing surgical interventions out of the total discharged patients from surgical departments, the nosocomial infection rate, the re-admission rate, the ratio of employees to the number of beds, the bed utilization rate per hospital, and the number of beds.
3. Analysis of the patient satisfaction level.

Based on this instrument, a software program can be developed in the future to generate a cost-efficiency analysis that accounts for management indicators, stochastic frontier analysis, and patient satisfaction levels.

The Scientific Problem Addressed in the Thesis: The research results have contributed to solving an important scientific problem by methodologically establishing a process for identifying an econometric model to analyze the cost-efficiency of general and specialized hospitals. Its application at both micro and macro levels could, in the future, lead to increased hospital efficiency and the development of health policies adapted to the current needs in the field.

Theoretical Significance: The comparative evaluation of general and specialized hospitals has clarified the relationship between performance indicators and the quality of medical services, providing a comprehensive perspective on resource management within hospital settings. Moreover, cost-efficiency analysis, used as an economic comparison tool, underscores the importance of a multidimensional approach that goes beyond merely evaluating outcomes, thereby contributing to the refinement of management methods and health policies. Thus, the study makes a significant theoretical contribution by facilitating the formulation of optimized strategies to enhance the performance and sustainability of the healthcare system. The relevance of the proposed research theme and its multidisciplinary approach falls within the broad field of general management. It is a multidisciplinary subject at the confluence of several research areas including public policies, healthcare management, health, statistics, economic theory, and risk management.

Practical Value: Health services exhibit a range of dysfunctions that can only be corrected through the implementation of new, flexible, and efficient operational and financing structures. The proposed instrument for cost-efficiency analysis can be utilized by hospital management to continuously improve the quality of medical care while keeping costs at an acceptable and reimbursable level by the health insurance fund. Equally, this instrument can be employed by policy makers to formulate health policies that align with the population's expectations and available funding.

Implementation of Scientific Results: The utility of the thesis lies in the harmonization of the various factors analyzed, which can generate strategies applicable in current medical practice.

АННОТАЦИЯ

Кристина Елена Добре

Сравнительный анализ экономической эффективности больниц общего и узкого профиля

**Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук
Кишинэу, 2025**

Структура диссертации: диссертация состоит из введения, четырёх глав, общих выводов и практических рекомендаций, библиографии (110 ссылок), 20 приложений, 146 страниц основного текста, 17 рисунков и 73 таблиц. Полученные результаты опубликованы в 7 научных работах.

Ключевые слова: медицинские услуги, управление здравоохранением, политика общественного здравоохранения, статистика, экономическая теория, опросник, качество, управление рисками.

Задачи исследования: 1) Определение эконометрических моделей управления здравоохранением в многопрофильных и узкопрофильных больницах. 2) Исследование эффективности и качества медицинских услуг в больницах общего и узкого профиля. 3) Оценка и диагностика текущей политики здравоохранения в социально-экономическом контексте в Румынии. 4) Результаты анализа влияния политики здравоохранения на экономическую эффективность румынской системы здравоохранения в Румынии.

Новизна и научная оригинальность: в данном исследовании впервые был разработан специальный инструмент для анализа экономической эффективности больниц, включающий несколько видов анализа, который может использоваться как на уровне управления больницами с целью повышения эффективности, так и на правительственном уровне для принятия решений по эффективной и согласованной политике в области здравоохранения.

Научная проблема, решенная в диссертации: результаты исследования способствовали решению важной научной проблемы, как методологически обоснованный процесс выявления эконометрической модели анализа экономической эффективности деятельности многопрофильных и моно профильных больниц, применение которой на микро- и макроуровнях может способствовать повышению эффективности деятельности больниц и в разработке политики здравоохранения, адаптированной к современным потребностям в данной области.

Теоретическая значимость: сравнительная оценка больниц общего и узкого профиля позволила выявить взаимосвязь показателей эффективности и качества медицинских услуг, предоставив комплексную картину управления ресурсами в больничном контексте. Кроме того, анализ экономической эффективности, используемый в качестве инструмента экономического сравнения, подчеркивает важность многомерного подхода, который выходит за рамки простой оценки результатов, способствуя совершенствованию методов управления и политики здравоохранения. Таким образом, исследование вносит значительный теоретический вклад, способствуя разработке оптимизированных стратегий по повышению эффективности и устойчивости системы здравоохранения.

Прикладное значение: в сфере здравоохранения существует ряд недостатков, которые можно устранить только путем внедрения новых, гибких и эффективных структур функционирования и финансирования. Предложенный инструмент анализа экономической эффективности может быть использован руководителями больниц для постоянного повышения качества медицинских услуг при одновременном поддержании расходов на приемлемом и возмещаемом уровне медицинской страховой компанией. Аналогичным образом этот инструмент может быть использован для разработки политики здравоохранения в соответствии с ожиданиями населения и уровнем финансирования.

Внедрение научных результатов: значимость диссертации заключается в гармонизации проанализированных факторов, которые могут генерировать стратегии, применимые в современной медицинской практике. На основе предлагаемого инструмента в будущем может быть разработана компьютерная программа для проведения анализа

экономической эффективности, учитывающая показатели управления, стохастический анализ и удовлетворенность пациентов.

LISTA TABELELOR

Tabelul 1.1. Raport al performanțelor sistemelor de sănătate 2022	27
Tabelul 2.1. Structura organizatorică a Spitalului Monospecialitate.....	65
Tabelul 2.2. Durata și numărul de participanți în fiecare etapă.....	76
Tabelul 2.3 Indicatorii introduși în studiu în funcție de tipul variabilei.....	80
Tabelul 3.1. Indicatori evaluați.....	85
Tabelul 3.2. Dinamica angajării resurselor umane	86
Tabelul 3.3. Evaluare comparativă a indicatorului resurse umane	87
Tabelul 3.4. Numărul pacienților externați în spitalul monospecialitate – total și pe secții	88
Tabelul 3.5. Evaluarea comparativă a duratei medii de spitalizare	89
Tabelul 3.6. Durata medie de spitalizare în spitalul monospecialitate și pe fiecare secție	89
Tabelul 3.7. Evaluarea comparativă a ratei de utilizare a paturilor în spitalul general vs. monospecialitate	90
Tabelul 3.8. Rata de utilizare a paturilor pe spital și pe fiecare secție a spitalului monospecialitate (acută + cronici)	90
Tabelul 3.9. Evaluarea comparativă a proporției urgențelor la nivelul celor două spitale	91
Tabelul 3.10. Proporția urgențelor în spitalul monospecialitate la nivelul secțiilor în perioada analizată	91
Tabelul 3.11. Evaluarea comparativă a numărului de pacienți consultați în ambulatoriu.	92
Tabelul 3.12. Indicele de complexitate a cazurilor în funcție de tipul spitalului.....	93
Tabel 3.13. Valoarea indicelui de complexitate a cazurilor în spitalul monospecialitate	93
Tabelul 3.14. Evaluarea comparativă a indicelui de operabilitate.....	93
Tabelul 3.15. Procentul pacienților cu intervenții chirurgicale în secțiile spitalului monospecialitate	94
Tabelul 3.16. Evaluarea comparativă a ratei de mortalitate intraspitalicească.....	94
Tabelul 3.17 Analiza comparativă a ratei infecțiilor nosocomiale	95
Tabelul 3.18. Rata infecțiilor nosocomiale pe total spital și pe fiecare secție	95
Tabelul 3.19. Evaluarea comparativă a ratei pacienților reinternati	96
Tabelul 3.20. Evaluarea comparativă a indicelui de concordanță diagnostic internare - diagnostic externare.....	96
Tabelul 3.21. Analiza comparativă a indicatorilor financiari corespunzători spitalului general și monospecialitate.....	97

Tabelul 3.22. Diferențele între valorile indicatorilor financiari corespunzători spitalului general și monospecialitate.....	98
Tabelul 3.23. Evaluarea comparativă anuală a costului mediu / zi de spitalizare, pe fiecare secție.....	99
Tabelul 3.24. Sursele de finanțare a spitalului monospecialitate.....	99
Tabelul 3.25. Nivelul finanțării de CNAS a spitalului monospecialitate	100
Tabelul 3.26. Rezultatul regresiei a frontierei stocastice. Modelul de regresie cu efecte aleatorii.....	103
Tabelul 3.27. Scoruri de ineficiență ale analizei frontierei stocastice	104
Tabelul 3.28 Condiționări și valori a căror cunoaștere determină cadrul pentru stabilirea strategiei de lucru.....	105
Tabelul 3.29 Parametrii estimați în evaluarea influenței condiționărilor interne (puncte forte) asupra punctelor slabe a strategiei de lucru (analiza stadiului actual).....	105
Tabelul 3.30 Estimarea parametrilor de șansă și risc în evaluarea condiționărilor interne asupra punctelor slabe a strategiei de lucru	105
Tabelul 3.31 Parametrii estimați în evaluarea condiționărilor externe (oportunități) asupra amenințărilor privind strategia de lucru.....	105
Tabelul 3.32 Estimarea parametrilor de șansă și risc în evaluarea condiționărilor externe (oportunități) asupra amenințărilor privind strategia de lucru	106
Tabelul 3.33. Vârsta medie a respondenților în funcție de tipul spitalului.....	107
Tabelul 3.34. Distribuția respondenților în funcție de ultima școală absolvită	108
Tabelul 3.35. Informații privind potrivirea modelului.....	109
Tabelul 3.36. Regresia PLUM – regresia ordinală privind influența factorilor demografici asupra răspunsurile pacienților	109
Tabelul 3.37. Variantele de răspuns la întrebarea „Cât de mulțumit sunteți, în general, de calitatea serviciilor medicale primite în acest spital?”	109
Tabelul 3.38. Variantele de răspuns la întrebarea „Cât de mulțumit sunteți, în general, modul în care v-au fost respectate drepturile de pacient?”	110
Tabelul 3.39. Variantele de răspuns la întrebarea „Cât de mulțumit ați fost de timpul de așteptare până la prima examinare de către medic în cadrul secției în care ați fost internat?” ...	110
Tabelul 3.40. Variantele de răspuns la întrebarea „Cât de mulțumit ați fost de modul în care ați fost consultat de medicul curant (care v-a îngrijit în secție)?”	111
Tabelul 3.41. Cât de mulțumit ați fost de tratamentul primit în perioada de spitalizare?	111

Tabelul 3.42. Variantele de răspuns la itemul „Mi-a acordat respectul și atenția cuvenite unui pacient.”.....	111
Tabelul 3.43. Variantele de răspuns la itemul „A răspuns la întrebările puse de mine.”	112
Tabelul 3.44. Variantele de răspuns la itemul „S-a ocupat cu atenție de cazul meu.”	112
Tabelul 3.45. Variantele de răspuns la itemul „A înțeles problemele mele medicale.” ..	112
Tabelul 3.46. Variantele de răspuns la itemul „A manifestat interes în rezolvarea problemei mele medicale.”	113
Tabelul 3.47. Variantele de răspuns la itemul „Mi-a acordat respectul și atenția cuvenite unui pacient.”.....	113
Tabelul 3.48. Variantele de răspuns la itemul „A răspuns la întrebările puse de mine.”	114
Tabelul 3.49. Variantele de răspuns la itemul „A respectat orele de administrare a tratamentului recomandat de medic.”	114
Tabelul 3.50. Variantele de răspuns la itemul „A înțeles problemele mele medicale.” ..	114
Tabelul 3.51. Variantele de răspuns la itemul „A manifestat interes în tratarea mea.” ..	115
Tabelul 3.52. Variantele de răspuns la întrebarea „În ce măsură ați fost informat sau vi s-a explicat de către personalul medico-sanitar despre cum va decurge examinarea medicală?”	115
Tabelul 3.53. Variantele de răspuns la întrebarea „În ce măsură ați fost informat sau vi s-a explicat de către personalul medico-sanitar despre cum se recoltează probele de sânge/biologice?”	115
Tabelul 3.54. Variantele de răspuns la întrebarea „În ce măsură ați fost informat sau vi s-a explicat de către personalul medico-sanitar despre modul de administrare a medicamentelor?”	116
Tabelul 3.55 Variantele de răspuns la întrebarea „În ce măsură ați fost informat sau vi s-a explicat de către personalul medico-sanitar despre rezultatul analizelor dumneavoastră?”	116
Tabelul 3.56. Variantele de răspuns la întrebarea „În ce măsură ați fost informat sau vi s-a explicat de către personalul medico-sanitar despre riscurile unei operații/intervenții chirurgicale/ale tratamentului indicat de medic?”	117
Tabelul 3.57. Variantele de răspuns la întrebarea „În ce măsură ați fost informat sau vi s-a explicat de către personalul medico-sanitar despre consecințele unui posibil refuz/opririi actului medical recomandat de medic?”	117
Tabelul 3.58. Variantele de răspuns la întrebarea „În ce măsură ați fost informat sau vi s-a explicat de către personalul medico-sanitar despre posibile tratamente alternative pentru afecțiunea dumneavoastră?”	117
Tabelul 3.59. Aspecte privind perioada internării	118

Tabelul 3.60. Pe perioada internării medicamentele și materialele sanitare au fost asigurate	119
Tabelul 3.61. Iluminatul spațiilor/încăperilor din spital	119
Tabelul 3.62. Temperatura din spital	120
Tabelul 3.63. Programul de primire a vizitelor.....	120
Tabelul 3.64. Curățenia generală din spital	120
Tabelul 3.65. Funcționalitatea grupurilor sanitare.....	121
Tabelul 3.66. Condițiile de cazare din salon.....	121
Tabelul 3.67. Variantele de răspuns la întrebarea „Diagnosticul dumneavoastră la externare coincide cu cel de la internare?”	121
Tabelul 3.68. Variantele de răspuns la întrebarea „Tratamentul aplicat pe perioada internării a avut asupra dvs. un efect de:”	122
Tabelul 3.69. Variantele de răspuns la întrebarea „Sunteți la prima internare pentru acest diagnostic sau la o reinternare?”	122
Tabelul 3.70. Variantele de răspuns la întrebarea „De cate ori vi s-a schimbat medicația pe durata internării?”	122
Tabelul 3.71. Variantele de răspuns la întrebarea „Dacă veți avea nevoie de un serviciu medical disponibil in aceasta unitate, va veți mai interna aici?”	123
Tabelul 3.72. Variantele de răspuns la întrebarea „Dacă un apropiat ar avea nevoie de un serviciu medical disponibil aici, i-ați recomanda să vină?”	123
Tabelul A.1. Validarea chestionarului - analiza consistenței interne a chestionarului ...	157
Tabelul A.2. Validarea chestionarului - analiza finală a itemilor.....	158
Tabelul A.3. Structura organizatorică a Spitalului General.....	160
Tabelul A.4. Structura organizatorică a resurselor umane în spitalul general	161
Tabelul A.5. Pacienți consultați, tratați prin spitalizare de zi și spitalizare continuă	163

LISTA FIGURILOR

Fig. 1.1. Ciclul politicii publice în cinci etape [80]	50
Fig. 1.2. Implementarea politicii publice [106]	51
Fig. 1.3. Principalii determinanți ai sănătății [Adams Lee et al., 2002]	54
Fig. 1.4. Numărul unităților sanitare în funcție de zona de rezidență și de tipurile de unități [83-85]	55
Fig. 1.5. Numărul unităților sanitare în funcție de forme de proprietate și tipuri de unități [83-85]	56
Fig. 2.1 Structura organizatorică a Spitalului Monospecialitate.....	65
Fig. 2.2. Explicație pas cu pas a căii metodologice întreprinse pentru validarea studiului prin utilizarea metodei Delphi	75
Fig. 2.3. Procesul stocastic.....	79
Fig. 3.1. Numărul de pacienți internați în ambulatoriu.....	92
Fig. 3.2. Rata mortalității intraspitalicești.....	95
Fig. 3.3. Evoluția bugetului spitalului monospecialitate și ponderea acestora pe surse de finanțare.....	100
Fig. 3.4. Evoluția bugetului contractat cu Casa de Asigurări de Sănătate Județeană a spitalului monospecialitate	100
Fig. 3.5. Evoluția trimestrială a finanțărilor în spitalul monospecialitate.....	101
Fig. 3.6. Evoluția trimestrială a execuției bugetare Anul 1 și Anul 2.....	102
Fig. 3.7. Curba ROC pentru evaluarea predictibilității ineficienței (raportul sensibilitate – specificitate) în cazul spitalului general vs. monospecialitate.....	104
Fig. 3.8. Valorile medii vârstei respondenților	108
Fig. 3.9. Răspuns item 6 în funcție de tipul spitalului	118
Fig. A.7.1. Structura organizatorică a resurselor umane în spitalul monospecialitate	162
Fig. A.7.2. Structura organizatorică a resurselor umane în spitalul monospecialitate	162

LISTA ABREVIERILOR

WHO	World Health Organization
UE	Uniunea europeana
SUA	Statele Unite ale Americii
OMS	Organizația mondială a Sănătății
HDI	Human Developing Index
CNAS	Casa Națională de Asigurări de Sănătate
DGSANCO	Direcția Generală pentru Sănătate și Protecția Consumatorilor
HG	Hotărâre de Guvern
CHAFEA	Agenția Executivă pentru Consumatori, Sănătate, Agricultură și Alimente
OECD	Organizația Mondială pentru Cooperare Economică și Dezvoltare
χ^2	Testul Chi pătrat
p	Pragul de semnificație statistică
x_i	indicatorii evaluați
$f(x_i)$	frontiera indicatorilor estimată pe baza coeficienților β
y	eficiența spitalului
EF_i	eficiența spitalului definită a raportul dintre valoarea indicatorului și valoarea maximă estimată.
a_i	componenta de ineficiență
v_i	variabilele aleatorii independente de serviciile spitalului
RENAR	Asociația de Acreditare din România
Regiunea NE	Regiunea Nord-Est
SG	Spital general
SM	Spital monospecialitate
UPU-SMURD	Unitate Primiri Urgențe – Serviciul Mobil de Urgență, Reanimare, Descarcerare
TESA	Tehnic, Economic si Socio-Administrativ
ICM	Indice Case-Mix
OUG	Ordonanță de Urgență
INSP	Institutul Național de Sănătate Publică
DSP	Direcția de Sănătate Publică
MLE	Maximum Likelihood Estimates
SFA	Stochastic Frontier Analysis

CUPRINS

ADNOTARE	3
ANNOTATION.....	5
АННОТАЦИЯ.....	7
INTRODUCERE	18
1. STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII ÎN DOMENIUL ANALIZEI COMPARATIVE A COST EFICIENȚEI ÎN SISTEMELE DE SĂNĂTATE	26
1.1 Aspecte generale ale managementului în sănătate.....	26
1.2 Eficiența comparativă a spitalelor monospecialitate versus spitale generale în Europa Centrală și de Est.....	31
1.3 Impactul analizei cost eficiență în managementul politicilor de sănătate publică.....	32
Politicile de sănătate publică	32
1.4 Impactul analizei cost-eficiență în managementul politicilor de sănătate în România	36
Politici de sănătate în România	36
1.5 Evaluarea cost eficiență a politicilor publice.....	48
1.6 Caracteristicile politicilor de sănătate în contextul socio-economic actual.....	52
1.6.1 Analiza situației actuale a politicilor de sănătate	52
1.6.2 Importanța resurselor ca factor de impact asupra cost-eficienței spitalelor generale și de monospecialitate.....	57
1.7. Determinantele politicilor de sănătate și impactul lor în luarea deciziilor cost-eficiente în domeniul sănătății.....	58
Concluzii.....	59
2. METODOLOGIA CERCETĂRII	60
2.1 Caracteristica generală a cercetării	60
2.2. Metode de cercetare.....	66
2.2.1 Metodologia de evaluare a cost-eficienței asistenței medicale în spitale generale și de monospecialitate.....	66
2.2.2 Metodologie de evaluare a calității serviciilor medicale în spitalele generale și de monospecialitate	71
2.2.3 Aplicarea și validarea chestionarului de satisfacție.....	73
2.2.4 Evaluarea politicilor de sănătate și impactul acestora în domeniul sănătății ..	73
2.3. Metode statistice de evaluare a materialului primar	77
2.3.1 Metoda statistică economică	78
2.4 Limitările studiului	83
Concluzii.....	84

3.IDENTIFICAREA METODELOR ECONOMETRICE DE MANAGEMENT ÎN SĂNĂTATE, ÎN SPITALE GENERALE ȘI MONOSPECIALITATE	85
3.1 Rezultatele analizei comparative a indicatorilor de evaluare a serviciilor medicale în spitalele generale și de monospecialitate	85
3.1.1 Indicatori de management - resurse umane	86
3.1.2 Indicatori de utilizare a serviciilor.....	87
3.1.3 Indicatori de calitate	94
3.1.4 Indicatori financiari. Evaluarea situației financiare	97
3.1.5 Analiza eficienței serviciilor medicale raportată la costuri, în spitalul monospecialitate vs. spital general	102
3.1.6 Analiza SWOT	105
3.2 Rezultatele analizei comparative privind calitatea serviciilor medicale din perspectiva pacienților	106
Analiza datelor statistice.....	107
Concluzii.....	123
4. EVALUAREA ȘI DIAGNOZA POLITICILOR DE SĂNĂTATE ACTUALE ÎN CONTEXTUL SOCIO-ECONOMIC DIN ROMÂNIA	125
4.1 Rezultatele interviurilor semistructurate	125
4.2 Rezultatele focus-grupului.....	126
4.2.1 Contextul pentru evaluarea politicii de sănătate	127
4.2.2 Evaluarea impactului asupra sănătății.....	131
4.3 Concluzii.....	133
DISCUȚII	133
CONCLUZII GENERALE.....	144
RECOMANDĂRI PRACTICE	144
BIBLIOGRAFIE	145
ANEXE.....	151
Anexa 1. Chestionar de investigare a eficienței și calității serviciilor medicale din perspectiva pacientului, în spitale generale versus monospecialitate	151
Anexa 2. Validarea chestionarului - analiza consistenței interne a chestionarului.....	157
Anexa 3. Validarea chestionarului - analiza finală a itemilor	158
Anexa 4. Etape de implementare a studiului DELPHI	159
Anexa 5. Structura organizatorică a Spitalului General	160
Anexa 6. Structura organizatorică a resurselor umane în spitalul general	161
Anexa 7. Structura organizatorică a resurselor umane în spitalul monospecialitate	162
Anexa 8. Pacienți consultați, tratați prin spitalizare de zi și spitalizare continuă.....	163

Anexa 9. Numarul pacientilor externati 2018/2019	164
Anexa 10. Durata medie de spitalizare pe spital si pe fiecare sectie	165
Anexa 11. Rata de utilizare a paturilor pe spital si pe fiecare sectie	166
Anexa 12. Proportia urgentelor din totalul pacientilor internati pe spital si pe fiecare sectie	167
Anexa 13. Indicele de complexitate al cazurilor pe spital, pe fiecare sectie	168
Anexa 14. Procentul pacientilor cu interventii chirurgicale din totalul pacientilor externati din sectiile chirurgicale.....	169
Anexa 15. Rata infectiilor nosocomiale pe spital si pe sectie.....	170
Anexa 16. Analiza SWOT	171
Anexa 17. Ghid de Interviu – STAKEHOLDERI-Autoritati Publice	172
Anexa 18. Ghid de Interviu – STAKEHOLDERI – ONG-uri	174
Anexa 19. Analiza SWOT a politicilor publice de sănătate în spitalele generale și de monospecialitate	176
Anexa 20 Implementare rezultatelor științifice	179

INTRODUCERE

Sănătatea reprezintă o resursă strategică fundamentală, cu impact direct asupra dezvoltării sociale și economice a unei societăți. O stare bună de sănătate la nivelul populației generează beneficii cuantificabile pentru toate sectoarele economiei, contribuind la consolidarea capitalului uman, la creșterea productivității și la reducerea presiunii asupra sistemelor de protecție socială. În același timp, deteriorarea stării de sănătate conduce la pierderea unor ani potențiali de viață activă, la creșterea poverii dizabilității și, implicit, la diminuarea resurselor umane și financiare disponibile în multiple domenii. [1]

Cercetarea se plasează la intersecția dintre politici publice, management sanitar, economie și sănătate publică, reflectând multidimensionalitatea temei. Importanța acesteia este amplificată de contextul actual, în care România, ca stat membru UE, este angajată într-un proces de reformă și modernizare a sistemului său spitalicesc. Astfel, Strategia Națională de Sănătate 2023–2030, Planul Național de Redresare și Reziliență (PNRR), Planul Național de Combatere a Cancerului (2023) și inițiativele europene precum European Health Union, EU4Health și Health Strategy definesc prioritățile pentru îmbunătățirea serviciilor de sănătate. [2,3]

Din perspectivă internațională, politicile OMS subliniază importanța accesului echitabil, protecției financiare și calității serviciilor. Aceste principii se regăsesc în al treilea program de sănătate al UE (2014–2020), Strategia Europa 2020 și documentele programatice din perioada 2008–2013, care promovează integrarea sănătății în pilonii sociali ai Uniunii. [4]

În acest context, teza propune o analiză empirică riguroasă, bazată pe un model de analiză cu frontieră stocastică și pe instrumente de măsurare a satisfacției pacienților, oferind o contribuție originală în literatura de specialitate. Se aduce în discuție ideea că investiția în infrastructura și resursa umană a spitalelor naționale este mai eficientă decât finanțarea externă a tratamentelor, susținând o abordare strategică în politici de sănătate adaptate specificului local. [5]

Actualitatea și importanța temei abordate. Tema tezei se înscrie în domeniul larg al managementului sanitar și vizează optimizarea și eficientizarea serviciilor și infrastructurii medicale, fiind de interes pentru toți actorii implicați în sistemul de sănătate – de la decidenți la practicieni.

Cercetarea propusă se plasează la intersecția mai multor arii tematice, precum politicile publice, managementul sanitar, sănătatea publică, statistica, teoria economică și managementul riscului, subliniind astfel complexitatea și multidimensionalitatea subiectului abordat. Relevanța temei este

susținută atât de dinamica actuală a dezvoltării economice în sistemul sanitar românesc, cât și de persistența ridicată a incidenței bolilor în rândul populației.

Caracterul distinctiv al acestei lucrări doctorale constă în focalizarea asupra unei comparații între spitalele generale și cele de monospecialitate, din perspectiva cost-eficienței. În contextul disfuncționalităților existente în furnizarea serviciilor medicale, autorul subliniază necesitatea implementării unor structuri de finanțare noi, mai flexibile și eficiente. Teza urmărește realizarea unei analize ample, din mai multe unghiuri de abordare, pentru a obține o imagine clară și aplicabilă managerial asupra eficienței costurilor în sistemul medical.

Demersul se fundamentează pe premisa lipsei unei imagini sistemice și coerente privind interacțiunea complexă dintre factorii care influențează sănătatea publică – de la cei politici, economici și legislativi, până la dimensiuni atitudinale, educaționale sau morale. În acest sens, teza aduce o contribuție inovatoare prin propunerea unui instrument de măsurare a cost-eficienței, care nu a mai fost utilizat anterior în România și care poate fundamenta decizii strategice în managementul sanitar.

Un alt punct de plecare al cercetării este convingerea că, din punct de vedere economic, este mai eficient să se investească în baza tehnico-materială a spitalelor românești și în formarea personalului medical, decât să se aloce fonduri pentru tratamente în afara țării. În același timp, România trebuie să se conformeze standardelor impuse la nivel european, adaptându-și politicile sanitare la cerințele Uniunii Europene și la direcțiile strategice ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS).

În acest sens, teza se aliniază obiectivelor OMS, care vizează: îmbunătățirea stării de sănătate și a echității în accesul la servicii medicale; protecția populației împotriva riscurilor financiare generate de costurile ridicate ale îngrijirilor; și creșterea capacității de răspuns a sistemului de sănătate, inclusiv prin respectarea demnității, confidențialității și autonomiei pacientului. [6],[7]

Aceste obiective sunt în concordanță cu cel de-al treilea program de sănătate al Uniunii Europene (2014–2020), care susține Strategia Europa 2020 pentru o economie durabilă și incluzivă, strategia UE „Împreună pentru sănătate”, dar și inițiativele începute în perioada 2008–2013. Strategia promovează, printre altele, acoperirea universală și echitabilă a serviciilor medicale de calitate, integrarea sănătății în pilonii protecției sociale europene, precum și consolidarea serviciilor de interes general.

Pentru atingerea acestor obiective, este necesară elaborarea unor politici de sănătate publică coerente, bine adaptate la specificul socio-economic și cultural al României. Aceste politici ar trebui să conducă la creșterea calității actului medical, cu efecte directe asupra calității vieții pacientului și, implicit, la reducerea disfuncționalităților sistemului de sănătate.

În trecut, sănătatea era definită de OMS ca o stare completă de bine fizic, psihic și social, nu doar absența bolii (OMS, 1948). Astăzi, abordările moderne pun accent pe determinanții multipli ai sănătății – de la nutriție și imunizare, până la tratament și prevenție. [6],[7] Medicina contemporană definește sănătatea ca un echilibru între dimensiunile emoțională, intelectuală, fizică, socială și spirituală ale individului.

În centrul conceptului de sănătate publică se află individul, iar serviciile de sănătate publică au rolul de a implica comunitatea în menținerea unui mediu de viață sănătos, având ca scop primordial prevenirea bolilor. Accesul echitabil la îngrijiri medicale și educație, influențele genetice și de mediu sunt, de asemenea, factori determinanți ai stării de sănătate [8].

Sistemul de sănătate este format dintr-un ansamblu de organizații diferite – spitale, centre de diagnostic, policlinici, dispensare, laboratoare etc. – al căror scop comun este menținerea și îmbunătățirea sănătății populației [9]. Acest sistem este profund dependent de finanțarea din bugetul de stat, procentul din PIB alocat sănătății având un impact direct asupra capacității de screening, diagnostic precoce, scădere a morbidității și optimizare a raportului cost-eficiență.

Scopul cercetării

Prezentul studiu se orientează către evaluarea activității spitalelor generale și de monospecialitate din perspectiva cost-eficienței în vederea dezvoltării unui model econometric de apreciere a cost-eficienței, care să poate fi utilizat atât la nivelul managementului spitalului cât și la nivel decizional în vederea îmbunătățirii politicilor de sănătate.

Obiectivele cercetării

1. Identificarea modelelor econometrice de management în sănătate, în spitale generale și monospecialitate
2. Cercetarea eficienței și calității serviciilor medicale în spitale generale versus monospecialitate
3. Evaluarea și diagnoza politicilor de sănătate actuale în contextul socio-economic din România
4. Analiza impactului politicilor de sănătate în contextul actual al cost-eficienței sistemului sanitar din România.

Modelul econometric propus pentru evaluarea cost eficienței se compune din următoarele analize:

1. Analiza indicatorilor de management al spitalului.
2. Analiza cost-eficienței după un model cu frontier stocastică în care variabila dependent este costul total (fără a include costurile cu investițiile).
3. Analiza gradului de satisfacție al pacientului.

Plecând de la acest instrument, în viitor, poate fi realizat un program informatic care să genereze o analiză cost-eficiență ce țină cont de indicatorii de management, de analiza cu frontieră stocastică și de gradul de satisfacție al pacientului.

Parcurgând criteriile SMART pentru obținerea răspunsurilor la întrebările formulate de proiectul doctoral se constată următoarele:

1. Specificitatea studiului constă în realizarea unei diagnoze privind politicile actuale de sănătate din România, a practicilor aplicate în managementul sanitar respectiv evaluarea comparativă a serviciilor medicale în spitalul general și monospecialitate.
2. Factorul măsurabil al prezentului studiu îl reprezintă aprecierea, prin instrumentele de cercetare calitative și cantitative, a eficienței politicilor de sănătate și al managementului actual în contextul socio-economic al statului român.
3. Fezabilitatea studiului constă în infrastructura sanitară existentă în Centrul Universitar Iași (atât spital general cât și monospecialitate), fluxul mare de pacienți, organigrama specifică spitalelor cu diversitate mare a specializărilor și subspecializărilor, caracteristici ce cresc aplicabilitatea studiului.
4. Relevanța cercetării este oferită de contextul politic și socio-economic actual, care necesită și oferă spațiu dezvoltării și eficientizării managementului sanitar cât și creșterii calității serviciilor medicale. În această direcție, cercetarea de față propune testarea unui model econometric privind abordarea eficientă a politicilor de sănătate în spitalele generale și de monospecialitate, instrument ce poate fi aplicabil practic atât la nivel, local sau național dar poate fi util și în studiile de cercetare ulterioare.
5. Perioada de timp alocată cercetării doctorale a fost de 2 ani, timp în care au fost analizați indicatorii de evaluare a serviciilor medicale comparativ, pentru un spital monospecialitate și regional, calitatea serviciilor medicale respectiv impactul politicilor de sănătate din domeniul sanitar românesc. Acest interval este relevant pentru validarea datelor obținute prin observarea obiectivă și coerentă a factorilor analizați, în dinamica și diversitatea acestora.

Toate obiectivele cercetării se supun criteriilor SMART pe care le respectă în integralitate.

Ipoteza de cercetare

Studiul a fost fundamentat pe ipoteza conform căreia diferențele de organizare între spitalele generale și cele monospecialitate determină variații semnificative în eficiența costurilor, calitatea serviciilor și satisfacția pacienților. Pentru a testa această ipoteză, au fost formulate patru ipoteze specifice, centrate pe analiza indicatorilor de management, aplicarea modelului de

frontieră stocastică, nivelul satisfacției pacienților și integrarea acestor variabile într-un model econometric cu aplicabilitate practică în politici de sănătate.

Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare alese.

Lucrarea se plasează la intersecția dintre politici publice, management sanitar, economie și sănătate publică, reflectând multidimensionalitatea temei. Metodologia cercetării a inclus o abordare mixtă, utilizând atât metode cantitative (analiza chestionarelor, regresii, ANOVA, Chi-pătrat), cât și metode calitative (interviuri semi-structurate cu actori din spitale). Datele au fost colectate conform standardelor OMS privind performanța spitalelor și prelucrate prin SPSS 24. Au fost aplicate metode predictive și corelaționale pentru validarea modelului propus, iar perspectiva experților a fost integrată prin metoda Delphi.

Instrumentele utilizate au inclus o grilă de observare pentru colectarea datelor din surse primare și o grilă de analiză comparativă între spitalele generale și cele monospecialitate, menită să faciliteze evaluarea eficienței multidimensionale în context spitalicesc.

Noutatea și originalitatea științifică:

Noutatea și originalitatea științifică a lucrării constă în aplicarea unei abordări multidimensionale care integrează analiza cost-eficienței, satisfacția pacienților și perspectivele actorilor relevanți din sistemul sanitar într-un cadru analitic unitar. Cercetarea propune o metodologie combinată, utilizând date cantitative și calitative, prelucrate prin metode statistice moderne. Modelul econometric utilizat este adaptat contextului spitalicesc românesc și susține formularea unor recomandări aplicabile în procesul decizional din domeniul sănătății. Această abordare conferă caracterul inovator al cercetării, prin transpunerea unor instrumente teoretice în instrumente utile în evaluarea și optimizarea performanței spitalicești.

Problema științifică soluționată în teză.

Rezultatele cercetării au contribuit la soluționarea unei probleme științifice importante prin fundamentarea din punct de vedere metodologic a procesului de identificare a unui model econometric de analiză a cost-eficienței spitalelor generale și de monospecialitate, a cărui aplicare la nivel micro și macro poate duce în viitor la creșterea eficienței activității spitalelor și la elaborarea unor politici de sănătate adaptate nevoilor actuale din domeniu.

Semnificația teoretică.

Evaluarea comparativă a spitalelor generale și monospecialitate a permis clarificarea relației dintre indicatorii de performanță și calitatea serviciilor medicale, oferind o perspectivă comprehensivă asupra modului în care resursele sunt gestionate în contextul spitalicesc. În plus, analiza cost-eficiență, utilizată ca instrument economic de comparație, evidențiază importanța unei

abordări multidimensionale care transcende simpla evaluare a rezultatelor, contribuind la rafinarea metodelor de management și politici de sănătate. Astfel, studiul aduce o contribuție teoretică semnificativă, facilitând formularea unor strategii optimizate pentru îmbunătățirea performanței și sustenabilității sistemului sanitar.

Valoarea aplicativă:

Serviciile de sănătate prezintă o serie de disfuncționalități care pot fi corectate numai prin implementarea unor structuri noi, flexibile și eficiente de funcționare și finanțare. Instrumentul propus pentru analiza cost-eficienței poate fi utilizat de managerii de spitale pentru îmbunătățirea permanentă a calității actului medical în concordanță cu menținerea costurilor la un nivel acceptabil și decontabil de către casa de asigurări de sănătate. În egală măsură, acest instrument poate fi folosit de decidenții politici pentru a genera politici de sănătate în concordanță cu așteptările populației și cu nivelul de finanțare.

Implementarea rezultatelor științifice:

Rezultatele studiului dat au fost implementate în activitatea științifică a catedrei de medicină socială și management "Nicolae Testemițanu" și activitatea practică managerială a Institutului de Psihiatrie "Socola" Iași respectiv, au fost efectuate recomandări la nivelul serviciilor manageriale din spitalul monospecialitate și general abordate în studiu. Mai mult decât atât, au fost efectuate recomandări pentru analize practice în domeniul sanitar, Direcției de Sănătate Publică Iași.

"Evaluarea eficienței și particularitățile analizei cu privire la estimarea cost-eficienței calității serviciilor medicale pe domeniul spitalelor generale și de monospecialitate prin chestionarul de feedback al pacientului" a primit adeverința tip Opera Științifică cu numărul 8009 privind înscrierea obiectelor dreptului de autor și ale drepturilor conexe din partea Agenției de Stat pentru Proprietate Intelectuală a Republicii Moldova, la data de 02.10.2024.

"Analiza indicatorilor de evaluare a serviciilor medicale în spitalele generale și de monospecialitate. Analiza SWOT privind impactul resurselor economice" a primit adeverința tip Opera Științifică cu numărul 8011 privind înscrierea obiectelor dreptului de autor și ale drepturilor conexe din partea Agenției de Stat pentru Proprietate Intelectuală a Republicii Moldova, la data de 02.10.2024. (Anexa 20)

"Analiza comparativă a cost-eficienței spitalelor generale și de monospecialitate. Factorii determinanți ai politicilor de sănătate" a primit adeverința tip opera științifică seria OȘ nr. 8010 din 02.10.2024 privind înscrierea obiectelor dreptului de autor și ale drepturilor conexe din partea Agenției de Stat pentru Proprietate Intelectuală a Republicii Moldova.

Lucrarea intitulată „The Method for Analyzing the Cost Effectiveness and Quality of Medical Services in General and Mono Specialized Hospitals. Factors Determining Health Policy

in Romania and the Republic of Moldova”, elaborată de Dobre Cristina-Elena sub îndrumarea Prof. Dr. Ciocanu Mihail, a fost distinsă cu Medalia de bronz în cadrul expoziției internaționale EUROINVENT – European Exhibition of Creativity and Innovation, ediția a XVII-a, desfășurată la Iași în perioada 8–10 mai 2025

Sumarul capitolelor tezei

Capitolul 1 prezintă stadiul actual al cunoașterii în domeniul managementului politicilor de sănătate, cu accent pe evoluția și aplicabilitatea acestora în România, în contextul standardelor europene și internaționale. Sunt analizate principalele direcții strategice și carențele identificate în sistemul național de sănătate, cu scopul de a fundamenta necesitatea dezvoltării unor modele econometrice eficiente.

Capitolul 2 descrie materialele și metodele de cercetare utilizate în cadrul studiului, incluzând atât abordări cantitative – analize statistice, modele de regresie și analiză de frontieră stocastică –, cât și metode calitative – interviuri, chestionare, focus-grupuri. Este detaliat procesul de validare a instrumentelor utilizate și sunt evidențiate etapele care au permis construirea unui cadru metodologic solid pentru evaluarea eficienței serviciilor medicale.

Capitolul 3 se concentrează pe identificarea și aplicarea metodelor econometrice de management în sănătate, prin analiza comparativă a activității și performanței unui spital general și a unui spital monospecialitate din România. Sunt prezentați indicatorii de eficiență, calitate, resurse umane și financiare, precum și rezultatele analizei satisfacției pacienților. Totodată, este aplicat un model de regresie cu frontieră stocastică pentru estimarea eficienței cost-servicii, completat de o analiză SWOT a celor două tipuri de unități.

Capitolul 4 analizează politicile actuale de sănătate în contextul socio-economic românesc, cu accent pe impactul acestora asupra accesului la servicii și asupra managementului spitalicesc. Sunt examinați determinanții sociali, economici și instituționali care influențează implementarea politicilor, iar prin aplicarea metodei Delphi și a interviurilor cu stakeholderi, se conturează direcții de acțiune pentru dezvoltarea unor politici publice mai eficiente, echitabile și sustenabile în domeniul sănătății.

Prezentarea rezultatelor cercetării

Rezultatele parțiale și finale ale cercetării au fost diseminate în cadrul următoarelor foruri științifice:

- Conferința Internațională de Management Medical organizată de UMF „Grigore T. Popa” Iași;
- Sesiunea științifică anuală a Școlii Doctorale UMF Iași;

- Conferința Națională de Management în Sănătate Publică, București;
- Revista „International Journal of Medical Dentistry” – articole indexate ISI și B+;
- Conferința „Tribuna Practicianului – Asistență Medicală Generală”, Iași.
- European Exhibition of Creativity and Innovation, ediția a XVII-a, desfășurată la Iași în perioada 8–10 mai 2025, unde tema tezei a fost premiata cu medalia de bronz

Aceste evenimente și publicații au permis validarea, comunicarea și discutarea rezultatelor în mediul academic și profesional, contribuind la consolidarea caracterului aplicativ al cercetării.

Acest studiu doctoral s-a desfășurat sub coordonarea Universității de Stat de Medicină și Farmacie ”Nicolae Testemițanu”, Chișinău Republica Moldova, cu Avizul favorabil al Comitetului de Etică a Cercetării (process verbal nr 63 din data de 18.06.2015)

1. STADIUL ACTUAL AL CUNOAȘTERII ÎN DOMENIUL ANALIZEI COMPARATIVE A COST EFICIENȚEI ÎN SISTEMELE DE SĂNĂTATE

1.1 Aspecte generale ale managementului în sănătate

Politicile sociale includ politica de sănătate și, în multe state din întreaga lume, se cheltuiesc resurse financiare substanțiale pentru a o realiza.

Pornind de la scopul politicilor de sănătate care este de a găsi cel mai bun raport între nevoile de sănătate ale colectivităților (aflate în continuă modificare) și constrângerile structurale și financiare ale unui sistem complex, care datorită acestei complexități:

- are un grad redus de flexibilitate,
- are o rezistență crescută la schimbare,
- are o mare inerție,
- nu este capabil să răspundă dinamicii modificării nevoilor de sănătate. [10]

De multe ori, politicile de sănătate sunt elaborate pentru a răspunde unor nevoi reale dar nu sunt dimensionate și adaptate după un model cost-eficiență care devine absolut necesar, având în vedere faptul că resursele implementării sunt, de cele mai multe ori, limitate.

Voi analiza atât modele de sisteme de sănătate din cadrul Uniunii Europene, Non-UE cât și din România.

Sistemele de sănătate tip *Semaško* au următoarele caracteristici:

- sunt în fostele țări comuniste,
- finanțare de la buget,
- planificare și control centralizat stata,
- număr crescut de paturi de spital și personal medical,
- reformele de după 1990 au pus accentul de descentralizare și asigurări obligatorii. [11]

Sistemele de sănătate tip *Beveridge* au următoarele caracteristici:

- Marea Britanie, Norvegia, Suedia, Danemarca, Italia, Spania, Portugalia, Grecia,
- finanțare de la Guvern - taxe și venituri,
- UK finanțare națională; țările nordice combină taxarea națională, regională și locală,
- planificare centrală, management descentralizat al spitalelor, medicilor de familie și sănătății publice; sisteme de sănătate districtuale integrate. [12]

Sisteme mixte privat-public despre care pot spune că:

- le regăsim în Statele Unite, America Latină (ex Columbia), Asia (ex Filipine) și Africa (ex. Nigeria),
- asigurări private prin angajator,
- asigurări publice prin sistemele de securitate socială pentru grupuri populaționale specifice (Medicare, Medicaid),
- rată crescută de neasigurați,
- reglementare guvernamentală puternică (SUA),
- mixare de servicii medicale private, spitale. [13]

Sistemele de sănătate tip Bismarck au următoarele caracteristici:

- preferat în țările în care fondurile au fost ușor de colectat și salariile au rămas constante pe termen lung,
- presupune finanțarea serviciilor medicale pe principiul asigurărilor sociale,
- modelul este criticat frecvent de către personalul medical și pacienți, pentru că nu aplică politicile în mod clar sau pentru că nu se face o redistribuire a resurselor corectă. [14]

Sistemul de sănătate în România reprezintă revizuirea modificată a modelului Bismarck, având ca influențe și modelele Semașko și Beveridge.

Performanțele unor sisteme de sănătate, comparativ este prezentat în tabelul de mai jos (Tabelul 1.1.)

Tabelul 1.1. Raport al performanțelor sistemelor de sănătate 2022

Țara	Performanța sănătății (media speranței de viață)	Finanțare	Atingerea scopurilor	Indexul de performanță generală
Norvegia	83,5	10,5%	89	83
Islanda	83,7	9,6%	86	82,7
Franța	82,9	12,2%	75	80,5
Austria	81,9	11,5%	70	80,2
Cehia	79,3	11,8%	73	79,5
Estonia	78,7	7,8%	72	77,7
Romania	75,7	6,3%	76	73
Ucraina	78,1	7,0%	65	68,7
Ungaria	76,4	7,2%	53	76,7
Bulgaria	75,2	8,5%	52	74,1

*Sursa: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/main/search/-/search/dataset?text=health>

Din acest tabel putem observa dinamica indicatorilor de performanță în sănătate din spațiul European; deși indicatorii ce caracterizează sistemul de sănătate din România nu sunt la nivelul cel mai scăzut, media la care aceștia se mențin releva faptul că în domeniul sanitar actual, există

atât spațiul cât și necesitatea creșterii standardelor politicilor și managementului sistemului de sănătate.

Aspecte de individualizare a politicilor sanitare pe teritoriul României

Protejarea sănătății este o prioritate majoră pentru politicile publice.

Valorile umanitarismului și justiției sociale sunt esențiale pentru politicile de sănătate publică.

Chiar dacă legislația privind drepturile omului garantează accesul la cel mai înalt nivel de sănătate, în practică, resursele limitate și lipsa unei analize cost-eficiență care să asigure valorificarea optimă a investițiilor conform așteptărilor (esențială pentru atingerea unui nivel optim de sănătate în raport cu bugetul alocat), pot compromite realizarea acestui obiectiv.

Accesul la servicii medicale în funcție de nevoile pacienților este un drept fundamental derivat din dreptul la sănătate.

Sănătatea, educația și veniturile unei populații reflectă nivelul de dezvoltare umană:

- În raportul din noiembrie 2010 privind dezvoltarea umană, România se clasează pe locul 56 din 169 de țări, având un Indice al dezvoltării umane de 0,785.
- România se află în al doilea sfert al HDI de „grad de dezvoltare umană”, în timp ce celelalte țări membre UE se află în prima categorie HDI cu „grad foarte înalt de dezvoltare umană”. Bulgaria, Serbia și Ucraina ocupă, de asemenea, locul 58 și 69.

Declarația Politică de la Rio asupra Determinanților Sociali ai Sănătății a fost emisă la sfârșitul Conferinței Mondiale despre Determinanții Sociali ai Sănătății care a avut loc în 2011 în Rio de Janeiro, Brazilia.

Conform acestui document, reprezentanți ai guvernelor invitate își manifestă determinarea și angajamentul pentru realizarea echității sociale și echității în sănătate acționând asupra determinanților sănătății și ai stării de bine printr-o colaborare intersectorială.

„Inechitățile în sănătate apar din cauza condițiilor sociale în care se nasc, cresc, trăiesc, muncesc și îmbătrânesc indivizii, cunoscute ca determinanții sociali ai sănătății. Aceștia includ experiențele din copilărie, educația, statutul economic, locul de muncă și o muncă decentă, locuința și mediul înconjurător, precum și sistemele de prevenire și de tratare a bolilor”. Semnatarii Declarației Politice de la Rio afirmă că sunt convinși că acționarea asupra acestor determinanți, atât pentru grupurile vulnerabile cât și pentru întreaga populație, este esențială pentru crearea unor societăți incluzive, echitabile, productive economic și sănătoase. ”Poziționarea sănătății și a stării de bine ca unul dintre elementele esențiale ale unei societăți de succes, incluzivă și corectă din secolul XXI, este în concordanță cu angajamentul nostru față de respectarea drepturilor omului la toate nivelurile, pe plan național și internațional”.

Determinanții sănătății

Conform evaluării efectuate de Prof. Dr. Vasile Astărăstoe și Dr. Aurora Dragomirișteanu de la Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” din Iași inechitățile în sistemul de sănătate din România influențează determinanții sănătății în felul următor:

„Raportul de dependență pentru vârstnici este de 21 de persoane de peste 65 ani care revin la 100 persoane în vârstă 15-64 ani (prognost: 26% în 2020 și chiar peste 30% după 2030). [15]

Educația – pentru gradul de cuprindere în învățământ sunt inechități accentuate între rural și urban, între București și restul țării;

Sărăcia – deși ponderea regiunilor sudice și de Nord Est în populația totală este de 56,5%, acestea însumează 73,6% din populația săracă;

Rata șomajului a avut valori oscilante, situându-se în 2008 la 5,8%, sub media UE27 de 7,23%;

Cheltuielile totale guvernamentale, ca procent din PIB au fost în 2008 de 36,6% sub media UE27 de 45,77%.

În 2008 speranța medie de viață la naștere a fost de 73,47 ani, cu valori de 69,77 ani pentru bărbați și 77,29 ani pentru femei;

Se menține decalajul față de media UE27 cu o diferență de 6,57 ani pentru bărbați (76,34) și 5,14 ani pentru femei (82,43);

Pentru ambele sexe, sunt diferențe de 2,8 ani între regiunea București (73,8 ani) și regiunile Vest și Nord-Vest (71 ani), ale căror valori sunt cu aproape un an sub media națională;

Unele cauze importante de mortalitate sub vârsta de 65 de ani pot fi evitate prin măsuri eficiente bazate pe dovezi de sănătate publică;

În România, cele mai frecvente cauze ale deceselor premature, pentru care există dovezi că pot fi prevenite sau tratate, sunt bolile ischemice cardiace, accidentele, cancerul de col uterin, SIDA și TB, pneumoniile (în special cele survenite la copii sub 5 ani).” [16]

Sistemul sanitar din România este slăbit, prin creșterea costurilor, a fragmentării și a sarcinii administrative, prin scăderea accesului, răspunderea medico-legală, scurgeri de bani și supraîncărcarea personalului în contextul lipsei de personal. În contextul celor prezentate, există, în acest moment, un deficit al politicilor de sănătate, în a asigura dezvoltarea unor sisteme de sănătate inovatoare, eficiente și sustenabile și în a facilita accesul tuturor cetățenilor la asistență medicală mai bună și mai sigură. În prezent, cheltuielile pentru sănătate sunt orientate preponderent spre asistență în baza spitalizării în regim de urgență, ceea ce atrage o creștere inerentă a costurilor.

Strategiile oricăror politici de sănătate ar trebui să vizeze, în primul rând, asigurarea unui acces sporit la asistență medicală de calitate, reducerea poverii cheltuielilor de sănătate pentru populație prin reglementarea sistemului asigurărilor de sănătate cu eliminarea breșelor existente, orientarea cheltuielilor preponderent spre screening, prevenție și asistență primară cu diminuarea numărului de spitalizări pentru afecțiuni tratabile în regim ambulatoriu, îmbunătățirea performanței spitalelor și a calității serviciilor prin dotare corespunzătoare, optimizarea circuitului interclinic și interspitalicesc, facilitarea comunicării informațiilor medicale între instituții diferite (sistem informatic), programe de training pentru personal, stimularea formării profesionale, finanțare suficientă și salarizare adecvată, în concordanță cu nivelul de pregătire profesională.

O altă problemă majoră a sistemului de sănătate din România constă în migrarea pacienților spre Europa Occidentală. Potrivit legislației românești, pacienții români pot solicita servicii de asistență medicală în străinătate, dacă tratamentul nu poate fi acordat în România într-o perioadă de timp rezonabilă, dar aceasta este o afirmație relativă, subiect de dezbatere. Statisticile pentru anul 2013 arată că instituția Casa Națională de Asigurări de Sănătate are o datorie de 192 milioane euro. În 2013, 1010 de români au beneficiat de tratament în străinătate, costul ridicându-se la o sumă totală de 33 de milioane de euro (367 de cazuri oncologice, 265 boli cardiovasculare, 116 boli pediatrie), iar suma a crescut în 2015 la un total de 94.618.377 Euro (Chitu, 2014):

- 99,23% plătite pentru tratament medical pe baza documentelor medicale;
- 0,70% plătite a priori pentru servicii medicale care au fost susținute anterior de cetățeni asigurați medical;
- 0,07% plătită conform hotărârilor judecătorești.

Amplitudinea reală a fenomenului asistenței medicale transfrontaliere este dificil de apreciat. Cadrul legislativ actual generează o discordanță majoră din punct de vedere al tarifării serviciilor medicale, la nivel național putând discuta despre o subevaluare a prestațiilor medicale, sumele decontate per procedură de către CNAS fiind net inferioare valorii reale (generată de costul consumabilelor, reactivilor și medicamentelor utilizate, uzura aparaturii, resursa umană, logistică, cazare, etc.). În același timp, există o supraevaluare a prestațiilor echivalente din alte state, decontate în România la valoarea maximală. Legiferarea tratamentului transfrontalier s-a constituit, astfel, într-o alternativă la un sistem grav subfinanțat, dar care achiziționează tehnologie medicală, medicamente și reactivi la tarife europene, drept răspuns la cerințele în creștere ale asiguraților români. Pe termen lung, asistența medicală transfrontalieră va accentua subfinanțarea și va adânci inegalitatea socială între pacienții cu posibilități financiare și sectoarele defavorizate.

Mai mult decât atât, apelul la asistență medicală transfrontalieră este încurajat de însăși politica CNAS de stabilire a plafoanelor de decontare. Astfel, se generează liste de așteptare pe

parcursul a mai multe luni, ceea ce prelungește artificial „perioada de timp rezonabilă” stipulată de lege. Chiar dacă posibilitățile tehnice și umane ale unei anumite clinici permit soluționarea unui număr mai mare de cazuri, limitele contractuale impuse de CNAS reduc accesul pacienților la serviciile necesare, cazurile rezolvate peste limita stabilită nefiind decontate.

Majoritatea serviciilor de îngrijire a sănătății oferite în străinătate pot fi obținute în România cu finanțare adecvată. Costurile de tratament în străinătate pentru 100 de pacienți ar putea cumpăra echipamente care ar putea salva 1000 de persoane având cazuri similare în România.

Chiar dacă s-au depus eforturi de cercetare intensă în acest domeniu, analizând literatura de specialitate, pot trage concluzia că nu există o teorie formală care să explice și să prezică cheltuielile pentru ocrotirea sănătății pe cap de locuitor, nu se cunoaște exact gradul de integrare a variabilelor de cheltuieli pentru ocrotirea sănătății precum și faptul că nu există estimări privind costurile pentru îngrijirea sănătății și un management eficient al politicilor de sănătate.

1.2 Eficiența comparativă a spitalelor monospecialitate versus spitale generale în Europa Centrală și de Est

În ultimii ani, evaluarea eficienței spitalicești a devenit un obiectiv strategic atât în politicile de sănătate publică, cât și în cercetarea academică, mai ales în contextul optimizării resurselor și al creșterii presiunii financiare asupra sistemelor de sănătate din Europa Centrală și de Est. Literatura de specialitate reflectă o preocupare tot mai accentuată pentru compararea performanței între spitalele monospecialitate și cele generale, din perspectiva eficienței economice, operaționale și a productivității serviciilor furnizate.

Un studiu recent realizat în Uniunea Europeană de Lacko et al. (2022) aplică metoda Data Envelopment Analysis (DEA) și indicele Malmquist pentru a evidenția diferențele de eficiență între statele membre. Rezultatele indică o tendință descendentă a eficienței tehnice în țările din Europa Centrală și de Est, atribuibilă în principal stăgnării inovării și adaptării la frontieră tehnologică.[17]

În Serbia, cercetările au fost orientate direct asupra performanței spitalelor publice, iar studiul publicat în *IJERPH* (2021) arată că dimensiunea spitalului și localizarea sunt factori determinanți în variațiile de eficiență observate, oferind un cadru comparativ indirect între spitalele generale și cele specializate.[18]

Studiul realizat în Grecia (2015) se remarcă printr-o analiză extensivă a 87 de spitale, evidențiind diferențe semnificative în eficiența economică și operațională între spitalele monospecialitate și cele generale. Se subliniază faptul că unitățile specializate au un grad mai

ridicat de adaptare la cerințele pieței și la dinamica pacientului-țintă, comparativ cu spitalele generale, care suferă de o suprasolicitare a resurselor și un management mai dificil al cazurilor complexe. [19]

În Polonia, o cercetare publicată în 2020 în *International Journal of Productivity and Performance Management* a analizat variațiile regionale ale eficienței serviciilor de sănătate, identificând ineficiențe sistematice asociate cu subfinanțarea, distribuția inegală a personalului medical și lipsa specializării instituționale. [20]

Un raport amplu publicat în *Health Policy* (2020) investighează reformele spitalicești din 11 țări din Europa Centrală și de Est, incluzând România. Studiul relevă tendințe divergente în structura și performanța unităților spitalicești, subliniind nevoia de concentrare a serviciilor în spitale monospecialitate pentru anumite patologii, în scopul optimizării costurilor și creșterii calității actului medical. [21]

Pentru Lituania, un studiu recent publicat în *IJERPH* evaluează eficiența tehnică a spitalelor publice prin DEA, relevând diferențe notabile între unitățile cu profil general și cele specializate, fără a enunța însă explicit comparații directe. Studiul rămâne totuși relevant pentru înțelegerea contextului est-european, în care infrastructura, resursa umană și profilul bolnavilor influențează semnificativ performanța spitalicească. [22]

În ansamblu, aceste cercetări susțin ideea că spitalele monospecialitate tind să fie mai eficiente în utilizarea resurselor pentru un număr restrâns de patologii, având avantaje logistice și operaționale, în timp ce spitalele generale se confruntă frecvent cu probleme de congestie, alocare multiplă a resurselor și complexitate managerială. Aceste concluzii oferă un fundament solid pentru analiza comparativă propusă în prezenta teză, contribuind la conturarea unei perspective riguroase asupra eficienței instituționale în contextul spitalicesc românesc.

1.3 Impactul analizei cost eficiență în managementul politicilor de sănătate publică

Politicele de sănătate publică

Bunăstarea și sănătatea sunt elemente esențiale ale dezvoltării sociale și economice, iar fiecare persoană, familie și comunitate acordă prioritate acestor aspecte ale vieții. Cu toate acestea, sănătatea precară duce la pierderea locurilor de muncă și la risipirea resurselor în toate industriile. Domeniul de cercetare a politicilor publice cuprinde multe științe fundamentale, cum ar fi știința politică, economia sociologică și psihologia socială.

Nivelul de dezvoltare al unei societăți este strâns legat de angajamentul membrilor săi de a permite fiecărei persoane să beneficieze de un minim de supraviețuire și dezvoltare. Politicile publice sunt instrumentul prin care aceste angajamente sunt puse în aplicare pentru bunăstarea comunității. Numeroase dimensiuni socio-economice, inclusiv nivelul venitului, condițiile de locuit și utilitățile, situația pe piața muncii, calitatea serviciilor de sănătate și de educație, etc., au un impact semnificativ asupra stării de sănătate a populației. În consecință, fenomenul inegalităților în accesul sectorului sanitar apare ca urmare a acestor elemente. Acest sector este esențial pentru dezvoltarea corespunzătoare a societății, care este la baza sănătății fiecărui individ în parte.

Sănătatea poate fi abordată la nivel individual, deoarece este o parte importantă a capitalului uman și le permite oamenilor să-și desfășoare activitățile profesionale, domestice și recreative, să-și atingă obiectivele și să-și urmeze visele. La nivel social, starea de sănătate este o componentă esențială a capitalului uman care contribuie la o bună dezvoltare.

Politicile publice sunt o disciplină relativ tânără apărută în America de Nord și răspândită ulterior și în Europa. Cel puțin la începuturile procesului de integrare europeană, politica de sănătate a avut o importanță secundară. Tratatul inițial (Tratatul instituind Comunitatea Europeană a Cărbunelui și Oțelului, 1952; Tratatul Euratom, 1957 și Tratatul de la Roma instituind Comunitatea Europeană, 1958) conțineau puține prevederi care aveau legătură cu sănătatea, referindu-se doar la cercetarea și cooperarea între statele membre pentru siguranța și sănătatea muncitorilor din industria cărbunelui și oțelului, protecția populației împotriva radiațiilor ionice etc.

După cum menționează V. Constantin în analiza sa privind acest tratat: „Primele dispoziții ale Tratatului instituind Comunitatea Europeană se refereau și la sănătate, însă, numai în legătură cu scopul instaurării pieței interne. De exemplu, articolul 36 al acestui Tratat permitea statelor membre să limiteze libera circulație a mărfurilor dacă această măsură se justifica din punct de vedere al protecției sănătății și vieții persoanelor și animalelor. Prima apariție substanțială a sănătății în tratatele europene s-a produs o dată cu Actul Unic European (1987) [23], care a avut drept rezultat extinderea competențelor de acțiune ale Comunității în domeniul sănătății și siguranței ocupaționale sau a protecției mediului și a consumatorilor, mai ales în ceea ce privește alimentația, produsele farmaceutice și așa numitele „substanțe periculoase”. De asemenea, stabilirea unei baze legale pentru ca în cadrul Pieței Unice să fie luate în considerație cerințele referitoare la protecția sănătății consumatorilor. În același timp, a pus bazele unui sistem de recunoaștere mutuală a calificărilor profesionale ale medicilor, dentiștilor, asistentelor și personalului paramedical din cadrul Comunității, precum și a reglementărilor referitoare la piața produselor farmaceutice. Nu în

ultimul rând, Actul Unic European a permis dezvoltarea unor programe de sănătate europene precum „Europa împotriva cancerului” și „Europa împotriva SIDA”, două dintre cele mai apreciate inițiative ale Comunității în domeniul sănătății.” [24]

Intrarea în vigoare a Tratatului de la Lisabona [25], în 2009, a condus la creșterea importanței sănătății în politicile europene, stipulând în articolul 168 că „în definirea și punerea în aplicare a tuturor politicilor și acțiunilor Comunității se asigură un nivel ridicat de protecție a sănătății umane”. Noul obiectiv adus de Tratat, promovarea bunăstării cetățenilor Uniunii Europene a încurajat statele membre UE să coopereze în domeniul sănătății, mai ales în domeniul serviciilor de sănătate și combaterea amenințărilor transfrontaliere la adresa sănătății. Obiectivul trebuie atins cu ajutorul statelor membre ale Uniunii și prin promovarea colaborării. Guvernele naționale sunt în primul rând responsabile pentru organizarea și furnizarea de securitate socială și asistență medicală.

Obiectivul politicii UE în domeniul sănătății este de a completa politicile naționale și de a garanta protecția sănătății în toate politicile UE. Dar Uniunea Europeană ajută la îmbunătățirea sănătății publice, la prevenirea și gestionarea bolilor, la reducerea surselor de pericol pentru sănătatea umană și la armonizarea strategiilor de sănătate între statele membre. La nivel european, se dorește susținerea de acțiuni pentru îmbunătățirea stării de sănătate prin crearea unui cadru european de politici de sănătate coordonate sub umbrela strategiei „Sănătate 2020” [26]. Strategia de sănătate „Sănătate pentru creștere economică” și programul său de acțiuni pentru 2014–2020, împreună cu un corp de legislație secundară, au permis Uniunii Europene să implementeze cu succes o politică cuprinzătoare. Nu este responsabilitatea Uniunii Europene de a stabili politici în domeniul sănătății, nici de a organiza și de a furniza servicii de sănătate și îngrijire medicală. În schimb, actele sale susțin cooperarea în domeniul sănătății publice între statele membre și completează politicile naționale.

Politicile și acțiunile uniunii în materie de sănătate publică vizează protejarea și îmbunătățirea sănătății cetățenilor UE, furnizarea de sprijin pentru modernizarea infrastructurii de sănătate și îmbunătățirea eficienței sistemelor de sănătate în vederea creării unor rezerve de resurse și soluționării provocărilor comune precum rezistența la substanțe antimicrobiene, reducerea incidenței bolilor cronice ce pot fi prevenite și impactul creșterii speranței de viață asupra sistemelor de sănătate. La nivel individual și social, politicile de sănătate influențează starea de sănătate. În plus, Uniunea Europeană completează politicile naționale de sănătate, ajutând guvernele statelor membre să atingă obiective comune, să pună în comun resurse și să depășească obstacolele comune. UE finanțează programe de sănătate la nivel național și stabilește standarde europene pentru produse și servicii medicale.

În Uniunea Europeană, politicile și legile care se aplică sunt elaborate în special prin desfășurarea activității comune a următoarelor trei instituții: Comisia Europeană, Parlamentul European și Consiliul Uniunii Europene. Comisia Europeană, este cea care propune noi legi și apoi colaborează cu statele membre pentru ca acestea să le pună în aplicare, este divizată în departamente și servicii [27]. Sănătatea publică intră în responsabilitatea Direcției Generale pentru Sănătate și Protecția Consumatorilor (DG SANCO). Politica de sănătate, fiind un subiect de politică relativ recent la nivelul UE, statele membre continuă să aibă principala responsabilitate pentru politica națională de sănătate.

Acțiunile care sunt la nivelul UE completează și întregesc acțiunile de la nivel național, de exemplu, prin gestionarea riscurilor semnificative pentru sănătate și a problemelor care au un impact transfrontalier sau internațional, cum ar fi pandemiile și bioterorismul; prin abordarea amenințărilor la adresa sănătății legate de libera circulație a mărfurilor, a serviciilor și a persoanelor, prin promovarea unui stil de viață mai sănătos și prin sprijinirea activității autorităților naționale. Este recunoscut faptul că sănătatea publică nu este doar o problemă pentru politica de sănătate. De exemplu, în 1997, Tratatul de la Amsterdam [28] a cerut ca toate politicile Comunității Europene să protejeze sănătatea.

Înainte de a le adopta, Comisia Europeană evaluează inițiativele privind posibilele consecințe economice, sociale și de mediu [29]. În acest proces, sănătatea este considerată ca fiind unul dintre subiectele aflate într-un cadru integrat de evaluare a impactului. Ghidurile de implementare au fost actualizate în anul 2009 tocmai pentru a revizui sănătatea și siguranța publică și pentru a spori luarea în considerare a impactului social, inclusiv accesul și efectele asupra sistemelor de protecție socială, sănătate și educație. O atenție deosebită a fost acordată efectelor distribuției și efectelor asupra sărăciei și incluziunii sociale în UE și în țările în curs de dezvoltare. Revizuirile arată o ușoară creștere mică a numărului de mențiuni ale cuvântului „sănătate” din rapoartele privind evaluarea impactului ale Comisiei Europene, astfel încât, deși progresul este lent, accentuarea sănătății în cadrul legislativ este în creștere. Politicile se concentrează mai degrabă asupra serviciilor de sănătate specifice și mai puțin asupra sănătății generale a publicului larg astfel încât sănătatea nu este privită ca un factor ce poate diferenția între opțiunile politice; astfel, politicile se concentrează pe efectele asupra economiei sau asupra mediului de afaceri, fiind deschise influențelor nejustificate a intereselor corporatiste [30].

Nu s-au identificat referințe cu privire la utilizarea unui instrument specific pentru analiza cost-eficienței.

1.4 Impactul analizei cost-eficiență în managementul politicilor de sănătate în România

Politici de sănătate în România

Conceptul de „politică publică” a fost introdus în România relativ recent, existând și în prezent numeroase ambiguități privind sfera de cuprindere a acestei noțiuni. Noțiunea a fost instituționalizată odată cu apariția HG 775/2005 pentru aprobarea Regulamentului privind procedurile de elaborare, supraveghere și evaluare a politicilor publice la nivel central [31]. Acest regulament reglementează modul în care ministerele și alte organe specializate ale administrației centrale iau decizii.

Actul normativ menționat a cuprins o mai bună reglementare, organizare și specificare a următoarelor aspecte:

- derularea activităților de elaborare, monitorizare și evaluare a politicilor publice privind inițierea proiectelor de acte normative de către organismele ministerelor și a altor organe de profil ale administrației publice locale;
- elaborarea și conferirea unui cadru propice, coerent și unitar privind elaborarea politicilor publice de către ministerele abilitate, precum și de către organele de specialitate ale administrației centrale;
- argumentarea corespunzătoare a documentelor normative întocmite, în vederea asigurării eliminării posibilităților de creare de conflicte de interpretare sau de aplicare a acestora, astfel încât să fie minimizat riscul de depunere a contestațiilor;
- îmbunătățirea capacității de coordonare la nivel guvernamental în ceea ce privește procesul de elaborare a politicilor publice de către organele și organismele anterior menționate, prin crearea și formalizarea unor instrumente specifice în acest sens;
- crearea unui instrument tipizat, formal și necesar în vederea fundamentării unui proiect de act normativ, prin introducerea de formulare unice la nivelul tuturor ministerelor în care să fie specificate logic și coerent atât etapele, cât și rezultatele previzionate ale activităților de cercetare ce conduc la formalizarea proiectului anterior menționat;
- asigurarea unui cadru eficient de colaborare și comunicare la nivelul Guvernului, prin înființarea de grupuri speciale de politici publice la nivelul ministerelor, care sunt responsabile de organizarea proceselor care preced elaborarea proiectelor de acte normative de către departamentele de specialitate ale Guvernului.

„Politicile publice pot fi caracterizate în funcție de criterii formale sau instituționale: politici naționale, politici locale și politici interguvernamentale.” [32, 33]

O varietate de clasificări posibile sunt sugerate de literatura de specialitate. HG 775/2005 sugerează o clasificare a politicilor publice având la bază „domeniile majore ale vieții socioeconomice”. Politicile publice sunt realizate de către subsisteme administrative, alcătuite din participanți care au de a face cu o problemă publică. Procesul de realizare a unei politici publice urmează același ciclu, indiferent de natura și domeniul în care această politică urmează să fie aplicată. În acest fel, politicile publice devin mecanisme orientate către:

- Conceperea și elaborarea de soluții pentru rezolvarea problemelor societății;
- Demonstrarea unor raționamente bazate pe valori exacte.

Analiza de politici publice este o „disciplină aplicată a științelor sociale care folosește metode multiple de cercetare și argumentare pentru a produce și transforma informațiile relevante din politica publică, care pot fi folosite în medii politice pentru a rezolva probleme de politici publice.” [34, 35] În ceea ce privește politicile publice de sănătate, acestea sunt definite [36, 37] ca fiind legi, reglementări și decrete judiciare în domeniul sănătății, ele având rolul de a promova, sprijini și facilita accesul la o stare de sănătate echilibrată pentru populație. Ele sunt negociate din două perspective: (1) disponibilitatea și gestionarea resurselor tangibile și (2) disponibilitatea și gestionarea resurselor intangibile [38], fiind astfel concepute elaborate pe baza condițiilor economice și guvernamentale, dar și pe baza ideologiilor și intereselor organizaționale, care pot viza supraviețuirea și extinderea anumitor unități sau instituții sanitare [39]. Aceasta tendință actuală, la care se referă elaborarea de politici în domeniul sănătății, necesită o reconsiderare atentă și contemplativă a politicilor și diferențelor economice privind controlul și impactul serviciilor de sănătate.

Modul în care sănătatea este percepută în orice societate reprezintă o reflectare a valorilor societății respective și indică cât de mult sprijin poate oferi statul în promovarea și îngrijirea sănătății populației. O politică publică reprezintă un ansamblu de măsuri luate de către o autoritate legală și responsabilă care vizează îmbunătățirea condițiilor de viață ale cetățenilor sau conceperea unor măsuri de stimulare a creșterii economice.

Politicile în domeniul sănătății reprezintă principalul mijloc prin care societățile își modelează activitatea de sănătate. În politica de sănătate, deciziile sunt adesea luate în termeni de fezabilitate economică, acțiune în general incompatibilă cu obiectivele clinice sau sociale ale populației în cauză [3].

„Eforturile României privind reforma procesului de adoptare a politicilor publice se conturează în două direcții distincte de acțiune: reforma și dezvoltarea structurilor instituționale și îmbunătățirea cadrului legislativ și procedural.” după cum afirmă Văduva S. și Thomas A. [40]

Politica grupurilor de interese și consolidarea consensului sunt procese complexe care nu sunt ușor susținute în ceea ce privește asigurarea unui impuls pentru schimbare. Deciziile privind politica de sănătate se bazează adesea pe strategii guvernamentale sau sunt precedate de focare de boli, diminuând considerabil rolul de bază al politicilor de sănătate. Sub aspectul globalizării, cooperarea economică din domeniul sănătății, facilitată de acordurile comerciale internaționale, a consolidat promovarea și implementarea inițiativelor de politică publică în acest domeniu.

Politicele de sănătate sunt elaborate pe baza condițiilor economice și guvernamentale, dar și pe baza ideologiilor și intereselor organizaționale, care pot viza supraviețuirea și extinderea anumitor unități sau instituții sanitare. La momentul actual, la elaborarea unor politici de sănătate cu impact major în domeniu, se ține prea puțin cont de o analiză a cost-eficienței și se pleacă de la o alocare fizică, posibilă, a resurselor, fără a se delimita clar o frontieră financiară cu impact major. Tocmai din acest motiv am considerat importantă crearea unui model econometric de analiză a cost-eficienței, care, ținând cont de toți factorii implicați, să poată aprecia cât mai aproape de realitate, cost-eficiența, generând astfel modele variabile și eficiente de management și de politici de sănătate.

Un interes deosebit trebuie acordat rectificării anumitor caracteristici care perpetuează excluderea de drepturi a grupurilor deficiente precum persoane cu dizabilități, copii abandonați, minorități etnice. Implementarea politicilor publice va fi privită ca un triplu proces: politic, managerial și administrativ. Capacitatea administrativă este esențială pentru aplicarea politicilor publice și funcționarea eficientă a instituțiilor statului.

Punctul de cotitură în implementarea politicilor publice l-a constituit instituirea Tratatului de la Maastricht (1993) în cadrul căruia apare noțiunea de „Sănătate publică”. Acesta conturează câteva domenii specifice în care se poate interveni în vederea îndeplinirii obiectivului asumat de Uniunea Europeană, de „prevenire a bolilor, măsuri ce trebuie luate pentru o stare de sănătate cât mai bună, încurajarea cercetării cauzelor de boală și a modalităților de transmitere”, „educația pentru sănătate” și „încurajarea cooperării între statele membre și, dacă este necesar, oferirea de suport pentru acțiunile lor”. Cu toate că rolul UE în implementarea politicilor de sănătate este din ce în ce mai mare, el „rămâne totuși limitat față de competențele acesteia în alte domenii” [41].

Luând în considerare creșterea ratei de deces în România, precum și importanța diminuării acestui fenomen, cercetările se axează, din ce în ce mai mult, pe politica de sănătate din acest domeniu, aspect esențial în reducerea ratei mortalității, dar și în sprijinirea stării de sănătate a populației.

Decizia de a aborda furnizarea serviciilor de sănătate prin inițiative politice formale a avut loc în întreaga lume, sub diferite condiții socio-politice și economice, având rezultate diferite. Este

necesar luarea în considerare a nevoilor și preferințelor publice în ceea ce privește structura, funcția și furnizarea serviciilor de sănătate.

Implementarea politicilor publice de sănătate impune derularea a două tipuri de acțiuni: monitorizarea și evaluarea. Monitorizarea asigură că obiectivele stabilite sunt corelate cu acțiunile planificate pentru implementare, iar evaluarea măsoară rezultatele obținute în urma implementării și oferă bazele următorului ciclu de politici publice, măsurând eficiența și eficacitatea politicii publice. Nu s-a identificat un instrument specific pentru monitorizarea și evaluarea politicilor publice de sănătate din prisma cost-eficienței.

Programe de acțiune comunitară în domeniul sănătății

Obligația Uniunii Europene este de a se asigura faptul că sănătatea cetățenilor săi este protejată în cadrul tuturor domeniilor de politică. În acest scop, lucrează împreună cu statele membre pentru a îmbunătăți sănătatea publică, pentru a preveni bolile și pentru a elimina sursele care pun în pericol sănătatea fizică și mentală. Programul în domeniul sănătății este un instrument de finanțare care sprijină cooperarea între țările UE și definirea și desfășurarea activităților UE în domeniul sănătății. Baza juridică pentru programul în domeniul sănătății este convenită cu Parlamentul European și cu Consiliul pentru o perioadă de câțiva ani.

Programele de sănătate elaborate de Uniunea Europeană sunt concepute pentru:

- **promovarea sănătății și prevenirea bolilor:** prin schimb de informații și de bune practici;
- **asigurarea protecției cetățenilor împotriva amenințărilor transfrontaliere la adresa sănătății:** un răspuns rapid și coordonat;
- **sprijinirea inovării și a sustenabilității în sistemele de sănătate ale UE:** consolidarea capacităților în sectorul sănătății;
- **îmbunătățirea accesului la asistență medicală de calitate și mai sigură:** asigurarea disponibilității cunoștințelor medicale de specialitate dincolo de frontierele naționale.

De-a lungul timpului, Uniunea Europeană a adoptat trei programe strategice de sănătate: primul pentru perioada 2003 - 2008, al doilea pentru perioada 2008 - 2014, iar al treilea pentru perioada 2014 - 2020.

Primul program comunitar de sănătate 2003-2008

Primul Program de acțiune comunitară în domeniul sănătății a fost adoptat de parlamentul European și de Consiliul European pe 23 septembrie 2002, având o perioadă de derulare de cinci ani, de la 1 ianuarie 2003 până la 31 decembrie 2007 [42].

Obiectivele programului au fost:

1. Ameliorarea informațiilor și cunoștințelor în domeniul sănătății prin:

- diseminarea informațiilor către autoritățile competente, cadre medicale, cetățeni
 - colaborare cu asociațiile de pacienți, experții din sectorul sanitar, organizațiile neguvernamentale active în domeniul sănătății publice
2. Îmbunătățirea capacității de reacție rapidă și coordonată în caz de amenințări a sănătății colectivităților, inclusiv transfrontaliere la amenințările la adresa sănătății publice, inclusiv transfrontaliere prin instituirea și exploatarea unui sistem eficient de supraveghere sanitară
 3. Promovarea sănătății și prevenția bolilor prin luarea în considerare a impactului asupra sănătății a tuturor politicilor de sănătate privind:
 - bolile netransmisibile care reprezintă 77% din cauzele de îmbolnăviri în UE
 - cauzele externe și otrăvirile – 14%
 - bolile transmisibile – 9%

Programul comunitar a urmărit prevenirea prin promovarea unui mod viață sănătos pentru creșterea anilor de viață sănătoasă.

Strategia Uniunii Europene în domeniul sănătății 2008–2013

În octombrie 2007, Comisia Europeană a publicat Cartea Albă „*Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru Uniunea Europeană 2008-2013.*” În Cartea Albă, Comisia Europeană are în vedere schimbările cu care se confruntă Uniunea Europeană:

- îmbătrânirea populației, care modifică patternurile patologice și pune în pericol funcționalitatea sistemelor de sănătate și a economiei în general;
- amenințările la adresa sănătății, precum pandemiile de boli transmisibile și bioterorismul;
- impactul schimbărilor climatice asupra sănătății;
- noile tehnologii care revoluționează mijloacele;
- de promovare a unui mod de viață sănătos;
- de anticipare, prevenire și tratare a bolilor;
- globalizarea continuă să modifice modul în care interacționăm cu restul lumii.

Comisia Europeană evidențiază evoluția tehnologiilor informației și comunicării (TIC) precum și cele în materie de inovație în biotehnologie și nanotehnologie, atât de necesare în domeniul medical; în acest fel, noile tehnologii oferă noi oportunități atât în materie de diagnostic, cât și de tratament, ceea ce face ca integrarea lor în domeniul medical să devină prioritară. Această strategie este implementată prin programele europene de sănătate, prin al șaptelea Program-cadru pentru cercetare, politica regională dar și prin Programul de sprijin privind TIC.

Principiile fundamentale prevăzute în Cartea Albă sunt:

1. *Valorile comune în domeniul sănătății*, aspect care cuprinde: Universalitatea, Accesibilitatea, Echitatea, Solidaritatea;
2. *Sănătatea – bunul cel mai de preț*, face referire la faptul că o stare de sănătate bună reprezintă un factor esențial de productivitate și prosperitate economică, atât indirect prin măsuri care vizează reducerea numărului de persoane care nu se angajează în activități din cauza problemelor de sănătate prin alocarea de resurse pentru acțiuni de prevenție și îngrijirea sănătății cât și direct în calitate de angajator;
3. *Integrarea sănătății în toate politicile*, este un obiectiv important deoarece are în vedere o acțiune conjugată asupra fiecărui determinant al stării de sănătate;
4. *Vizibilitatea UE în domeniul sănătății*, vizează o promovare intensă a valorilor europene dar și împărtășirea experienței și competenței UE în domeniul sănătății aduce un plus de valoare în vederea ameliorării sănătății la nivel mondial;

Obiectivele strategice avute în vedere pentru perioada 2008-2013:

- Promovarea unei stări bune de sănătate în contextul îmbătrânirii populației,
 - Protejarea populației împotriva amenințărilor de sănătate,
 - Promovarea noilor tehnologii în sănătate.
1. Promovarea unei bune stări de sănătate în contextul îmbătrânirii populației: răspunde tendințelor demografice care pot avea consecințe extrem de grave asupra finanțelor publice.
 2. Protejarea populației împotriva amenințărilor la adresa sănătății are în vedere dezvoltarea sistemului de supraveghere și reacție.
 3. Promovarea noilor tehnologii în sănătate, prin E-sănătate, Genomică și Biotehnologii, reprezintă o oportunitate pentru transformarea și viabilizarea asistenței medicale și sistemelor de sănătate.

Al doilea program comunitar de sănătate 2008-2013

Al doilea Program de acțiune comunitara în domeniul sănătății 2008-2013 [43] are trei obiective specifice, coerente cu obiectivele strategice din în Cartea Albă „*Împreună pentru sănătate: O abordare strategică pentru Uniunea Europeană.*”

Programul are următoarele obiective:

- Ameliorarea siguranței sanitare a cetățenilor: siguranța îngrijirilor medicale=calitate; siguranța organelor, sângelui și altor substanțe cu care pacientul intră în contact,

- Promovarea sănătății și reducerea inegalităților privind sănătatea: se referă la aceleași aspecte ca și strategia,
- Elaborarea și diseminarea informațiilor: pune accentul pe schimbul de informații și bune practici de sănătate; pune la dispoziția publicului informații relevante despre sănătate.

Pentru comunicarea cu publicul larg și pentru găsirea unor informații despre sănătate, un instrument eficient este portalul „Sănătate UE.” [44]

Al șaptelea Program – cadru pentru cercetare și dezvoltare tehnologică (PC7-2007-2013)

Acest program [89] este cel mai important instrument pentru promovarea cercetării, științei și tehnologiilor inovatoare în Europa. El reunește toate inițiativele europene legate de cercetare în scopul creșterii productivității, competitivității și creării de locuri de muncă. Cuprinde 10 domenii de cercetare printre care și sănătatea care vizează 3 axe majore:

- Biotehnologii și tehnologii pentru sănătate: depistare, diagnosticare, monitorizare eficacitatea terapiilor novatoare;
- Aplicarea cercetării în sănătatea umană: cercetarea bolilor cerebrale, cardiovasculare, obezitatea, diabetul, bolile rare procesului de îmbătrânire, bolile infecțioase;
- Optimizarea asistenței medicale: cea mai relevantă componentă pentru sănătate în cadrul programului este programul „Cooperare”.

Al treilea Program de acțiune comunitară în domeniul sănătății 2014-2020

Regulamentul UE nr. 282/2014 al Parlamentului European și al Consiliului din 11 martie 2014 a lansat cel de al treilea Program în domeniul sănătății. Acest program este instrumentul-cheie de sprijin a politicii de sănătate a UE, pentru a stimula cooperarea cu statele membre și părțile interesate și pentru a contribui la ameliorarea rezultatelor în domeniu la nivelul Uniunii. Programul este menit să ajute și să suplimenteze acțiunile întreprinse de statele membre în domenii în care cooperarea la nivelul UE este indispensabilă sau oferă valoare adăugată considerabilă. El vizează promovarea sănătății în Europa prin promovarea colaborării între țările UE pentru a îmbunătăți politicile în domeniul sănătății în beneficiul cetățenilor și, totodată, încurajează concentrarea resurselor acolo unde economiile de scară pot furniza soluții optime. Această cooperare devine din ce în ce mai importantă în contextul economic actual. Statele membre sunt nevoite să găsească un echilibru corespunzător între asigurarea accesului universal la servicii de sănătate de înaltă calitate și respectarea constrângerilor bugetare. [45]

Provocări:

- ✓ context demografic tot mai provocator care amenință sustenabilitatea sistemelor de sănătate
- ✓ o redresare economică fragilă care conduce la o limitare a resursele disponibile pentru investiții în asistență medicală
- ✓ creșterea inegalităților privind serviciile de sănătate între/în interiorul statelor membre UE
- ✓ creșterea nivelului de răspândire a bolilor cronice
- ✓ pandemiile și amenințările emergente pentru sănătate la nivel transfrontalier
- ✓ dezvoltarea rapidă a tehnologiilor în domeniul sănătății

Al treilea program de sănătate se aliniază la:

- Strategia Europa 2020 pentru servicii inteligente, durabile și creștere incluzivă
- Strategia de sănătate a UE „Împreună pentru sănătate” prin principiile și obiectivele comune.

Obiectivele specifice ale programului:

1. Să promoveze sănătatea, prevenirea bolilor și favorizarea mediilor de susținere pentru un stil de viață sănătos, prin „identificarea, diseminarea și promovarea acceptării bunelor practici bazate pe dovezi în măsurile de promovare a sănătății și de prevenire a bolilor, eficace din punctul de vedere al costurilor, vizând, în special, principalii factori de risc legați de stilul de viață, punându-se accentul pe valoarea adăugată pentru Uniunea Europeană”;
2. Să protejeze cetățenii Uniunii de gravele amenințări transfrontaliere pentru sănătate prin „identificarea și elaborarea de abordări coerente și promovarea punerii în aplicare a acestora pentru o mai bună pregătire și coordonare în cazul unor urgențe în domeniul sănătății. Acest obiectiv este evaluat în special prin creșterea numărului statelor membre care integrează abordările coerente elaborate în conceperea propriilor planuri de pregătire”;
3. Să contribuie la realizarea inovării, pentru dezvoltarea unor sisteme de sănătate durabile, prin „identificarea și dezvoltarea unor mecanisme și instrumente la nivelul Uniunii Europene pentru a aborda deficitul de resurse, atât umane, cât și financiare, și facilitarea adoptării voluntare a inovațiilor în intervențiile în materie de sănătate publică și în strategiile de prevenire”;
4. Să faciliteze accesului la o „asistență medicală mai facilă și mai sigură pentru cetățenii Uniunii, prin sporirea accesului la cunoștințele de specialitate și informațiile medicale

corespunzătoare unor afecțiuni specifice dincolo de frontierele naționale, facilitarea aplicării rezultatelor cercetării și elaborarea de instrumente pentru ameliorarea calității asistenței medicale și a siguranței pacienților, printre altele prin acțiuni care să contribuie la sporirea cunoștințelor lor în domeniul sănătății.”

Funcționare și finanțare programe comunitare:

Programele comunitare sunt implementate prin intermediul **programelor anuale de lucru**, care reflectă domeniile prioritare de acțiune stabilite de comun acord cu țările membre și criteriile pentru **finanțarea acțiunilor** în cadrul acestuia. Pe această bază, Agenția Executivă pentru Consumatori, Sănătate, Agricultură și Alimente (CHAFEA) organizează cereri pentru aplicații pentru proiecte și granturi de funcționare, precum și cereri de oferte și de acțiuni comune. Organizațiile internaționale care sunt active în domeniul sănătății semnează granturile directe.

Există două mecanisme principale de finanțare: granturi și proceduri de ofertare. Granturi pentru proiecte, granturi de funcționare, granturi directe cu organizații internaționale și granturi pentru autorități și organisme din UE în cadrul acțiunilor cofinanțate (denumite acțiuni comune). Tipul de finanțare pentru fiecare acțiune este stabilit anual în **planul de lucru**. Dacă nu se indică altfel (de exemplu, în procedurile de ofertare), principiul de bază este cel al **finanțării comune**, granturile acordate de Comisie acoperind **un anumit procent din costurile totale**.

Strategia în domeniul sănătății 2014-2020

Programele comunitare în domeniul sănătății se înscriu în obiectivele Strategiei Europa 2020 privind combaterea sărăciei și excluziunii sociale în vederea creării unui cadru european pentru coeziune socială și teritorială. Strategia *Europa 2020* a fost adoptată în cadrul Consiliului European din 17 iunie 2010. „Inegalitățile în materie de sănătate sunt tot mai mari în cadrul statelor membre, acestea scoțând în evidență interacțiunile strânse între inegalitățile în materie de sănătate și sărăcie. Starea de sănătate precară, cel mai adesea rezultând din condiții necorespunzătoare de trai, poate avea o contribuție majoră la sărăcie pentru că poate reduce capacitatea de muncă și din cauza costurilor tratamentului și îngrijirii. Prevenirea bolii și asigurarea accesului facil la asistență socială și medicală sunt măsuri importante pentru combaterea sărăciei. Aceasta reprezintă o provocare pentru politicile de sănătate publică și pentru sistemele de sănătate, în cazul cărora cererea sporită cuplată cu presiunile severe asupra bugetului a conferit o nouă urgență eficienței sistemelor de sănătate: provocarea constă în îmbunătățirea eficienței, asigurând în același timp accesul universal la servicii de sănătate de calitate.” [46]

Strategia națională de sănătate 2014-2020 „Sănătate pentru prosperitate”

Strategia națională de sănătate [47] este un instrument cadru menit să permită o articulare fermă la contextul european și a direcțiilor strategice formulate în „Strategia Europa 2020” a

Organizației Mondiale a Sănătății Regiunea Europa și se încadrează în cele 7 inițiative emblematice ale Uniunii Europene. Ea reprezintă un document catalizator menit să stimuleze progresul și dezvoltarea în sistemul de sănătate românesc în domeniile prioritare, fiind prima care are un buget alocat. În anul 2016, opt planuri regionale au fost dezvoltate pentru a reorganiza sistemul sanitar în conformitate cu obiectivele strategice naționale. S-a lucrat și la planuri specifice pentru boli sau servicii distincte, deși acestea nu sunt încă finalizate. Mai mult, nu există nicio politică globală de planificare a resurselor umane în domeniul sănătății care să abordeze complexitatea de competențe sau să atragă medicii în zonele rurale, deși noile politici urmăresc să oprească migrația lucrătorilor din domeniul sănătății. Totodată, nu există sisteme lucrative care să vizeze asigurarea unei distribuții echitabile de capital în toată țara și la diferite niveluri de asistență.

Ariile strategice pentru sectorul de sănătate sunt în număr de trei, respectiv:

- *Aria strategică 1: Sănătate publică*, face referire la „îmbunătățirea sănătății mamei și copilului; combaterea dublei poveri a bolii în rândul populației; sănătatea în relație cu mediul și conștientizarea și educarea populației privind soluțiile eficace cu caracter preventiv (primar, secundar sau terțiar)”;
- *Aria strategică 2: Servicii de sănătate*, cu referire la un „sistem de servicii de asistență comunitară de bază destinate grupurilor vulnerabile; creșterea eficacității și diversificarea serviciilor de asistență medicală primară; consolidarea calității și eficacității serviciilor furnizate în ambulatoriul de specialitate; creșterea gradului de siguranță a populației prin consolidarea sistemului integrat de urgență și asigurarea accesibilității la asistență medicală de urgență adecvată în mod echitabil; Regionalizarea/concentrarea asistenței medicale spitalicești și crearea de rețele regionale de referință cu spitale și laboratoare de diferite grade de competență interconectate cu sectorul de asistență primară și ambulatorie de specialitate și creșterea accesului la servicii de reabilitare, paliativ și de îngrijiri pe termen lung”;
- *Aria strategică 3: Măsuri transversale*, cu referire la „întărirea capacității administrative la nivel național, regional și local și comunicarea schimbării; implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor umane în sănătate; implementarea unei politici sustenabile de asigurare a resurselor financiare în sănătate, asigurarea controlului costurilor și a protecției financiare a populației; asigurarea și monitorizarea calității serviciilor de sănătate publice și private; dezvoltarea și implementarea unei politici a medicamentului care să asigure accesul echitabil și sustenabil la medicația bazată pe dovezi a populației; promovarea cercetării și inovării

în sănătate; colaborare intersectorială pentru o stare de sănătate mai bună a populației, în special a grupurilor vulnerabile; eficientizarea sistemului de sănătate prin accelerarea utilizării tehnologiei informației și comunicațiilor moderne (E-sănătate); dezvoltarea infrastructurii adecvate la nivel național, regional și local, în vederea reducerii inechității în accesul la serviciile de sănătate” [47].

Mecanisme de implementare. Monitorizare și evaluare

Implementarea Strategiei reprezintă una dintre condițiile pentru accesarea unei noi finanțări de la UE. Cele mai mari eforturi se canalizează către a face Strategia operațională, inclusiv prin dezvoltarea unor planuri specifice pentru prioritățile de prevenire, cancer, diabet, boli cardiovasculare și boli rare. A fost elaborat un Plan de acțiuni al Strategiei care să prezinte în mare măsură sarcinile pe care profesioniștii și decidenții din domeniul sănătății, și nu numai, le au până în 2020. Pentru diferite domenii cheie, „acesta va fi susținut de elaborarea unor planuri de implementare specifice, la nivel național și/sau sub-național, anuale și/sau multianuale. Utilitatea lor este legată de posibilitatea ajustării periodice la nevoile permanente identificare prin comunicarea și colaborarea continuă cu coordonatorii intervențiilor și instituțiile implicate, dar și de promovarea unui spirit participativ în rândul actorilor relevanți implicați. În plus, este necesară elaborarea unor strategii și/sau planuri strategice sectoriale conform nevoilor existente în România, dincolo de asumările sau obligațiile ce ne revin în context european, care de altfel nu pot decât potența strategia globală privind sectorul de sănătate. În baza descentralizărilor din sectorul de sănătate, care aduce mai aproape de nevoile cetățeanului nu doar decizia și resursele, ci și responsabilitatea deciziei, un rol important revine autorităților subnaționale de sănătate (regionale, județene și locale) dar și autorităților locale de la nivelurile menționate.” [48]

Programele Naționale de Sănătate sunt instrumentele esențiale de implementare a Strategiei Naționale de Sănătate. Aceste programe vor trebui redefinite, finanțate, gestionate, monitorizate și evaluate astfel încât să contribuie cel mai bine la transferarea în realitate a viziunii privind sănătatea românilor definită în prezentă Strategie și la îndeplinirea misiunii asumate de Ministerul Sănătății. Monitorizarea și evaluarea acestor programe se face la momentul actual doar din prisma costurilor, fiind necesară ajustarea din prisma cost-eficienței. Generarea de date de calitate privind resursele și intrările în sistem, procesele executate, rezultatele imediate sau la distanță și efectele atinse sunt esențiale pentru monitorizarea și evaluarea relevanței și performanței programelor și intervențiilor implementate. Se vor avea în vedere pe tot parcursul implementării Strategiei indicatorilor de diverse ranguri menționate în Planul de acțiuni. Evoluția acestor indicatori va fi urmărită atât pe baza evaluării anuale, cât și pe baza evaluării previzibile

independente efectuate la jumătatea perioadei de implementare (2017/2018), precum și pe baza progresului în obținerea finanțărilor complementare din surse externe și a evaluării finale (2021).

Priorități strategice sectoriale

„Componente ale obiectivelor strategice, se regăsesc regrupate în diferite planuri strategice ale Ministerului Sănătății” [49]:

Planul Național de Prevenție

Acesta vizează prevenția „primară a bolilor transmisibile și a celor cronice netransmisibile prin intervenții de informare-educare-comunicare / pentru schimbare de comportament, împreună cu prevenția secundară a bolii canceroase, cu abordarea activă a temelor preventive prin asistentele medicale comunitare și a medicilor de familie”.

Planul Național de Control al Bolilor Oncologice

Aceasta include „realizarea registrelor de boală împreună cu prevenția primară a bolilor cronice netransmisibile, cu prevenția secundară a bolii canceroase, cu tratamentul asigurat prin programul național de oncologie, serviciile paliative și cu serviciile de radioterapie”.

Planul Național de Control al Diabetului

Include realizarea „registrelor de boală împreună cu prevenția primară a bolilor netransmisibile, împreună cu tratamentul bolnavilor, sprijinul acordat automonitorizării bolnavilor, monitorizarea răspunsului terapeutic prin dozarea hemoglobinei glicozilate”.

Planul Național de Control al Bolilor Cardiovasculare

În cadrul acestui plan sunt incluse: „realizarea registrelor de boală împreună cu prevenția primară a bolilor netransmisibile, cu programul de sănătate adresat pacienților critici, inclusiv programul de sănătate pentru montarea stenturilor”.

Planul Național de Boli Rare

Sub incidența acestui plan cad următoarele activități: „realizarea registrelor de boală împreună cu prevenția primară a bolilor netransmisibile, cu evidențierea riscului genetic în cadrul consultației preventive furnizate de medicul de familie, realizarea de ghiduri clinice (ex hemofilie) și trasee clinice, realizarea de servicii de recuperare/paliație”.

Programele în domeniul bolilor cardiovasculare în Uniunea Europeană

Bolile inimii și ale sistemului circulator (boli cardiovasculare) cuprind o serie de boli specifice, precum boli coronariene, insuficiență cardiacă, aritmii, accident vascular cerebral, hipertensiune arterială și pulmonară, boli cardiace congenitale, cardiomiopatii, boli cardiace valvulare etc. Bolile cardiovasculare sunt una dintre cele mai mari probleme de sănătate din Europa. În ciuda progreselor medicale importante din ultimele decenii, acestea rămân o cauză principală de deces la nivel mondial și principala cauză de deces în Uniunea Europeană.

Așadar, instrumentul principal de planificare pe termen mediu în sectorul sănătății este Strategia Națională în Domeniul Sănătății (Ministerul Sănătății, 2014) care se axează în principal pe:

- ✓ sănătatea publică
- ✓ serviciile de sănătate
- ✓ măsurile la nivelul întregului sistem stabilind pentru fiecare axă în parte obiective-cheie.

Punerea în aplicare a strategiei este una dintre condițiile de accesare a noilor finanțări UE. În prezent se depun eforturi pentru ca această strategie să fie operațională, inclusiv prin elaborarea unor planuri specifice pentru prioritățile de prevenire [15]. Există o mulțime de nevoie de evaluare la nivelul sistemului de sănătate a stării de sănătate, a serviciilor de sănătate (consumul necesar, consumul realizat, calitatea, impactul etc.), a riscurilor de sănătate (prevalență, tendințe) și a eficacității și eficienței intervențiilor de sănătate (cum ar fi programele naționale de sănătate).

Strategia de Sănătate 2020 și Obiectivele de Dezvoltare Durabilă furnizează o bază solidă pentru întreprinderea de activități intersectoriale, în vederea abordării unor astfel de factori determinanți, acordând o atenție deosebită inegalităților în materie de sănătate, bunăstării și calității vieții, precum și durabilității pe termen lung. O viziune de ansamblu asupra sănătății și factorilor determinanți ai acesteia este, prin urmare, esențială. Este, de asemenea, necesar să se implementeze abordări și metode de analiză a efectelor complexe asupra sănătății și a impactului în domeniul mediului, precum și pentru a oferi consiliere politică realistă, bazată pe dovezi, guvernelor și agențiilor executive.

1.5 Evaluarea cost eficiență a politicilor publice

Destul de târziu, la sfârșitul anilor '90, termenul „politică publică” a apărut în limbajul curent și în studiile de specialitate din România și există încă multe ambiguități la nivelul comunității asupra sferei de cuprindere a acestei noțiuni. Este posibil ca termenul să fie derivat din termenul „policy” din engleză, dar nu există o traducere specifică în limba română, alta decât aceea de politică, iar în mod tradițional, politica înseamnă cu precădere activitatea partidelor politice, a instituțiilor legitimate prin mecanisme democratice, Parlament, Guvern și aparatele proprii de lucru ale acestora, declarații politice, campanii electorale etc., de aici și tentația de contaminare la nivel terminologic. Ca urmare, România a preferat utilizarea termenului din literatura franceză, și anume cel de politică publică, „politiques publiques” [50].

Noțiunea de „politici publice” a fost instituționalizată în România odată cu apariția Hotărârii de Guvern nr. 775/2005 [51] pentru aprobarea Regulamentului privind procedurile de elaborare, monitorizare și evaluare a politicilor publice la nivel central, prin care se stabilesc o serie de reguli care reglementează procesul decizional la nivelul ministerelor și altor organe specializate la nivelul administrației centrale. Procesul a fost unul solicitat și susținut de organizații internaționale, precum Comisia Europeană, Banca Mondială. Principalii pași realizați în implementarea unui mod de formulare a politicilor publice în România au fost: elaborarea și punerea în aplicare a unor proceduri de formulare, implementare și evaluare a politicilor publice elaborate la nivel central; coordonarea interministerială – consilii permanente pe domenii sectoriale și Consiliul de Planificare Strategică (H.G. nr. 770/ 2005); strategia pentru „Îmbunătățirea sistemului de elaborare, planificare și coordonare a politicilor publice la nivelul administrației publice centrale” (H.G. nr. 870/2006) [52]; schimbarea formei notei de fundamentare și îmbunătățirea acesteia în conformitate cu standardele europene de reglementare (H.G. nr. 1361/2006) [53] în ceea ce privește conținutul și motivația proiectelor de acte normative care trebuie aprobate de guvern; introducerea reglementărilor privind planificarea strategică în administrația publică centrală.

O politică publică este un set de acțiuni luate de o autoritate legală și responsabilă cu scopul de a îmbunătăți condițiile de viață ale cetățenilor sau de a stimula creșterea economică. În general, ea presupune participarea diferiților actori și o corelare a învățămintelor pe care le-au dobândit din experiențele lor personale și instituționale. Reglementările sau stimulentele controlează mediul social și economic. Potůček și Vass (2003) [56] au definit politicile publice ca fiind „decizii ferme caracterizate prin consistență comportamentală, atât din partea celor care le elaborează, cât și din partea celor care le respectă”.

O varietate de clasificări posibile sunt sugerate de literatura de specialitate. Prin urmare, politicile publice pot fi clasificate în funcție de standarde formale sau instituționale, cum ar fi politicile naționale, locale și interguvernamentale, sau în funcție de cetățenii cărora le sunt adresate. Tipologiile care clasifică acțiunea publică în funcție de teoria schimbării sociale este cea mai utilizată. O astfel de clasificare este cea elaborată de Howlett și Ramesh (2004) [57] și completată de Ripley și Franklin (1991) [92] și care se bazează pe un parametru, și anume natura coerciției pe care o politică publică o induce între stat și destinatarii politicii respective.

„Politicile publice sunt realizate de către subsisteme administrative, alcătuite din actori care se confruntă cu o problemă publică. Literatura de specialitate oferă multiple clasificări ale participanților în procesul politicilor publice.” [58]

„Procesul de înfăptuire a unei politici publice urmărește în mod consecvent același ciclu, indiferent de natura și domeniul în care urmează a fi implementată respectiva politică. În literatura de specialitate, acest model de construcție este cunoscut sub denumirea de ciclul politicii publice. Secvențialitatea etapelor acestui ciclu este utilă din perspectiva înțelegerii procedurilor de elaborare și de implementare a politicii publice, dar întregul mecanism trebuie internalizat ca un proces continuu, care odată ce atinge etapa finală, intră de fapt într-o nouă fază, în care se reia întreg ciclul.” [59]

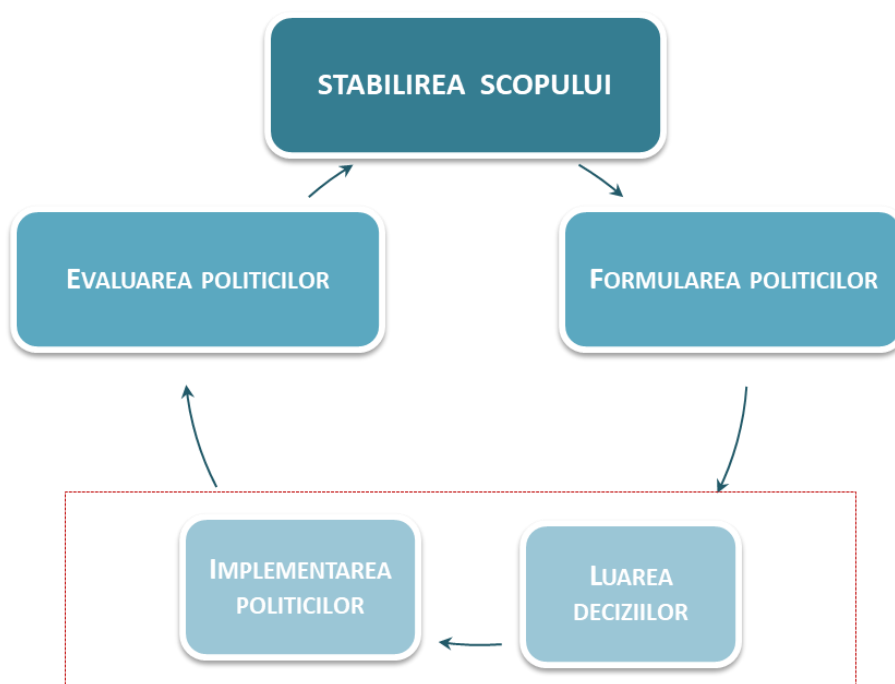


Fig. 1.1. Ciclul politicii publice în cinci etape [80]

Într-adevăr, ciclul politicilor publice este similar cu un proces logic deductiv în care o persoană care ia decizii încearcă să rezolve o problemă reală a societății într-un mod etapizat. Kingdon (1984) [68] afirmă că, dacă o problemă afectează un număr mare de persoane, devine mai atractivă; afirmă, de asemenea, că trebuie să existe dovezi convingătoare că problema este reală și serioasă. Dacă există o soluție ușor de înțeles pentru problema în cauză, este mai ușor să o înregistrezi în agendă. Howlett și Ramesh (2004) [25] demonstrează că cei care elaborează politici publice sunt afectați de o serie de limite. Unele dintre acestea pot fi restricții fundamentale care se referă, în primul rând, la natura problemei care trebuie rezolvată. Altele sunt constrângeri procedurale, care pot fi instituționale. Acestea includ prevederile constituționale, organizarea statului și a societății, sistemele de idei și credințe predominante.

Diagrama ce urmează prezintă un model simplificat pentru implementarea unei politici publice, Van Meter și Van Horn (1975) [49], urmărind în același timp procesele de decizie, precum și elementele externe care influențează funcționarea unei politici. Practica unei politici publice este foarte dificilă. Procesul punerii în aplicare este caracterizat ca o serie de activități care se desfășoară pe parcursul unei perioade destul de lungi, al cărui început și al cărui sfârșit sunt dificil de distins și care implică o mulțime de alți actori.

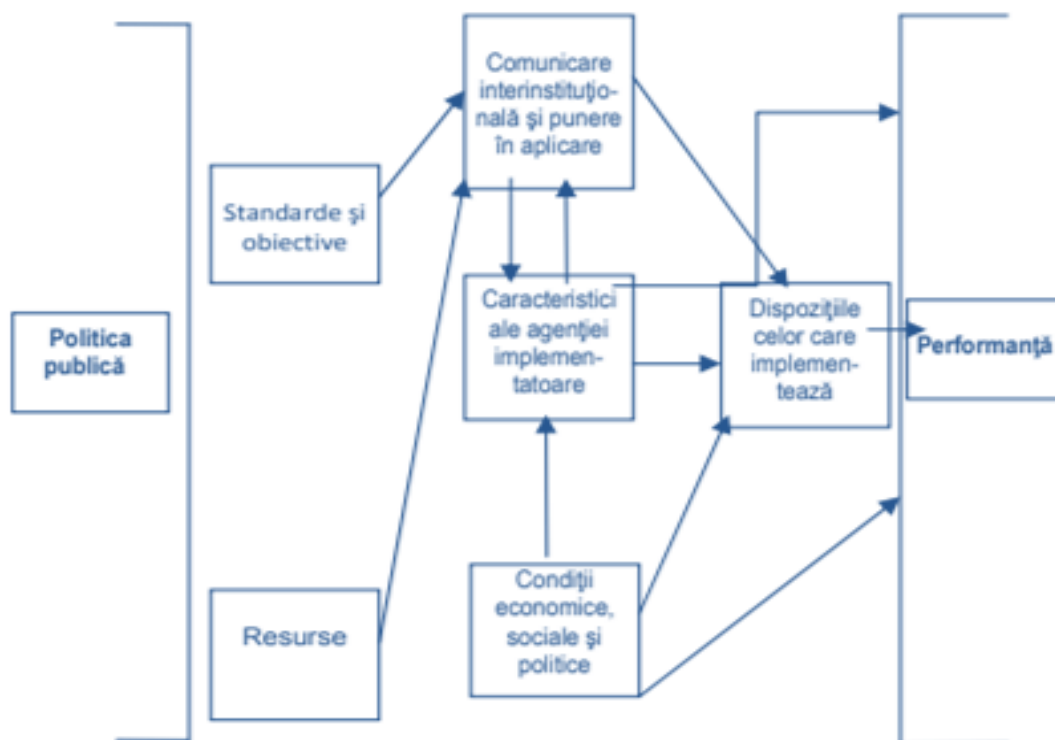


Fig. 1.2. Implementarea politicii publice [106]

Aspecte privind managementul politicilor de sănătate

În linii mari, politicile publice de sănătate, conform lui Anderson (2003), Brownson și colab. (2009), sunt definite ca fiind legi, reglementări și decrete judiciare în domeniul sănătății, cu rolul de a promova, a sprijini și a facilita accesul la o stare de sănătate echilibrată a populației.

Decizia de a aborda furnizarea serviciilor de sănătate prin inițiative politice formale a avut loc în întreaga lume, sub diferite condiții socio-politice și economice și cu rezultate, de asemenea, diferite. Studii precum cele efectuate de Hebrang și colab., (2003), Lim (2004), Blumenthal și Hsiao (2005) arată faptul că pe măsură ce guvernele se luptă cu considerente economice, politice și ideologice, populația este afectată de probleme privind calitatea, echitatea, eficiența și accesul la sistemul național al serviciilor de sănătate. Este necesară luarea în considerare a nevoilor și preferințelor publice în ceea ce privește structura, funcția și furnizarea serviciilor de sănătate.[3]

1.6 Caracteristicile politicilor de sănătate în contextul socio-economic actual

1.6.1 Analiza situației actuale a politicilor de sănătate

Cercetarea implică atât cercetare cantitativă, care utilizează date din www.insse.ro, cât și cercetare calitativă, care include o analiză a literaturii de specialitate, a cărților și a lucrărilor științifice relevante pentru subiect. Pentru a evalua accesibilitatea serviciilor de sănătate, au fost analizați indicatori de proximitate pentru a identifica grupe populaționale și zone geografice care ar putea fi dezavantajate de crearea de politici țintă în acest domeniu. Nivelul de sărăcie, șomajul, ocupația, locul de locuit, statutul de asigurat în sistemul de asigurări sociale de sănătate și nivelul de acoperire cu personal medical sunt factori determinanți care influențează accesibilitatea populației la serviciile de sănătate.

Realizarea unui nivel ridicat de sănătate al populației prin distribuirea echitabilă a serviciilor medicale este unul dintre principalele obiective ale politicilor de sănătate [109]. Acest lucru este important, deoarece creșterea economică a unui stat este influențată de starea de sănătate. Finanțarea echitabilă, în care cheltuielile să reflecte capacitatea de plată, nu riscul de îmbolnăvire a populației, este un alt obiectiv [60].

Modificarea stării de sănătate atât la nivel individual, cât și la nivel social este determinată de politicile de sănătate. Prin politicile publice, guvernul intervine în activitatea economică și socială a oamenilor, schimbând realitatea. Prin politicile de sănătate, în special, guvernul intervine în domeniul medical cu scopul de îmbunătăți starea de sănătate a populației, pentru a crește calitatea actului medical, pentru a crea structuri specializate pentru sănătate cu dotări corespunzătoare scopului fiecărei structuri. Dacă politicile de sănătate nu au la bază o analiză a cost-eficienței, ele nu vor reuși să-și atingă scopul declarat. Acest lucru este făcut pentru a satisface cerințele societății civile. Motivațiile pentru această intervenție se încadrează în două categorii principale: (1) În primul rând, acțiunea pieței libere trebuie corectată prin politicile publice, deoarece există limitări, neîmpliniri și imperfecțiuni pe piață; (2) Cu toate acestea, principiile fundamentale ale democrației moderne, cum ar fi libertatea, egalitatea și dreptatea, sunt promovate prin politicile publice [61].

Prin crearea unui cadru european de politici de sănătate, se dorește să se facă acțiuni pentru îmbunătățirea sănătății și bunăstării populației. Aceste acțiuni sunt urmărite prin urmărirea unor obiective de mare perspectivă și ambiții pentru ocrotirea sănătății, cum ar fi: (1) promovarea sănătății, prevenirea bolilor și promovarea unui stil de viață sănătos; (2) protejarea cetățenilor

europeni împotriva pericolelor transfrontaliere (3) contribuția la crearea de sisteme de sănătate eficiente, inovatoare și durabile în țările UE; (4) Îmbunătățirea accesului populației la o asistență medicală mai sigură și de mai bună calitate [62].

Ciclul de elaborare și implementare a politicilor publice urmează analiza politicilor în domeniul sănătății. Ministerul Sănătății este implicat în crearea politicilor publice în domeniul sănătății. Planul Național de Dezvoltare și Strategia Națională de Sănătate Publică, precum și Programul de guvernare, dictează politicile și strategiile Ministerului Sănătății. Obiectivul principal al politicilor publice de sănătate este îmbunătățirea stării de sănătate a populației, care este disponibilă tuturor cetățenilor României, indiferent de capacitatea de plată a acestora. Programele naționale de sănătate sunt dezvoltate, coordonate și implementate de Ministerul Sănătății în colaborare cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor din România, asociațiile științifice profesionale din domeniul medical, clinicile universitare, unitățile de cercetare, sindicatele, organizațiile non-guvernamentale și reprezentanții beneficiarilor sistemului sanitar.

Ciclul politicii publice se încheie cu evaluarea politicilor aplicate. În ceea ce privește definiția, evaluarea este o modalitate de a comunica reacția pe care o provoacă impactul unei politici publice specifice. Acest lucru se întâmplă atunci când evaluarea unei decizii politice influențează acțiunile și agenda actorilor politici, începând un nou ciclu care va termina cu o nouă decizie. Legislația continuă să fie modificată este primul semn că are loc evaluarea. Există trei moduri diferite de evaluare a politicii: administrativă, juridică și politică. Metodele lor de realizare, actorii implicați și consecințele lor diferă [63].

Conform lui Last (2005), determinanții stării de sănătate sunt „cauze și factori care pot influența riscul de îmbolnăvire”. Determinanții stării de sănătate influențează modul în care oamenii acționează și gândesc, precum și nivelurile de dezvoltare a serviciilor medicale primare, secundare și terțiare. Prin aceste determinanți, politicile de sănătate pot interveni asupra stării de sănătate [64].

Prin promovarea sănătății și prevenției la nivel individual și prin eforturile comunității, determinanții stării de sănătate pot fi influențați. Diagnosticarea precoce și screeningul, precum și implicarea pacientului sau a comunității, pot schimba elementele care afectează îngrijirea medicală. Sărăcia, stilul de viață, șomajul, locuințele inadecvate, nivelul scăzut de educație al populației și poluarea sunt printre cele mai importante variabile care afectează negativ sănătatea. Abordarea lor la nivel național, împreună cu intervenții adecvate la nivel comunitar, ar trebui să se bazeze pe programe și proiecte în care resursele publice și private din comunitatea respectivă ar trebui să fie utilizate [65].

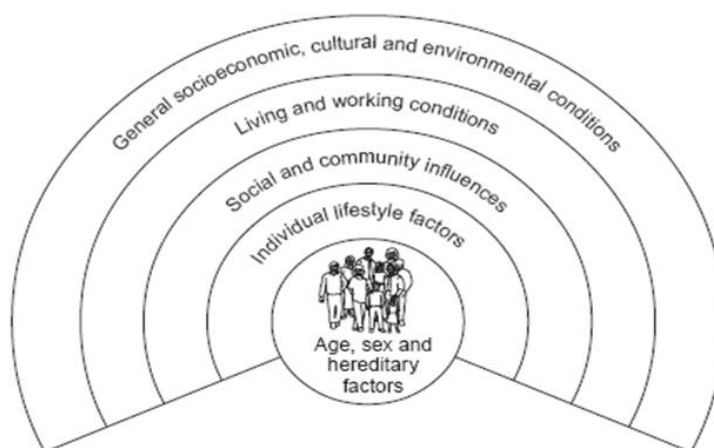


Fig. 1.3. Principalii determinanți ai sănătății [Adams Lee et al., 2002]

Politicile din domeniul sănătății se aplică în mai multe sectoare și nu se limitează doar la serviciile de sănătate. Aceste politici se aplică și altor politici, planuri, strategii și programe care afectează sănătatea. În comparație cu determinanții clasici, acestea reprezintă unul dintre determinanții sănătății mai puțin vizibili și studiați. Cu toate acestea, eficacitatea și sustenabilitatea intervențiilor determină toate celelalte determinanți ai sănătății [66].

Metoda de abordare a inegalităților sociale are un impact semnificativ asupra nivelului general de sănătate și bunăstare. Cauzele inegalităților sociale sunt complicate și profund înrădăcinate în diferite etape ale vieții omului, ceea ce le face mai puternice pe cei care sunt în dificultate și mai vulnerabili. Sănătatea prezintă îngrijorări în creștere cu privire la problemele de sănătate în țară și în regiune. Regiunea europeană a OMS a înregistrat o diferență de 16 ani între cel mai mare și cel mai mic nivel al speranței de viață la naștere, cu diferențe semnificative între bărbați și femei. În plus, ratele de mortalitate maternă sunt de 43 de ori mai mari în unele țări din regiune decât în altele. Factorii comportamentali, lipsa protecției sociale a indivizilor și accesul limitat la serviciile de sănătate sunt asociați cu aceste extreme ale inegalităților în sănătate. Prin urmare, accesul la sănătate determină starea de sănătate a populației. Factorii externi sistemului de sănătate sunt foarte importanți: (1) 10% condițiile sociale; (2) 8% condițiile medicale; (3) 7% condițiile climatice; (4) 15% factori ereditari; și (5) 60% stilul de viață [67].

Există doi factori care influențează accesibilitatea la servicii medicale: cererea reală pentru îngrijire și disponibilitatea facilităților de îngrijire. Există cel puțin patru motive pentru care oamenii pot avea dificultăți în accesul la îngrijiri: (1) rasism sau etnie; (2) motive economice, care includ costurile directe suportate de populație, cum ar fi coplățile, costurile de tratament și spitalizare, precum și costurile indirecte, cum ar fi timpii de așteptare și transportul; (3) o așezare geografică inadecvată a facilităților de îngrijire; și (4) o calitate inegală a serviciilor de același tip [4]. Inegalitățile existente în accesarea serviciilor de sănătate au fost prezente dintotdeauna. Este

difficil de stopat acest fenomen, însă, cu sprijinul factorilor de decizie, ar putea fi considerabil diminuat. Inegalitățile în accesarea sectorului sanitar sunt prezente între mediul rural și mediul urban, între sectorul public și cel privat, aspect condiționat de posibilitatea fiecărui pacient de a plăti sau nu contravaloarea serviciilor medicale primite, precum și între zonele de dezvoltare ale României. Una dintre cauze este reprezentată de numărul instituțiilor sanitare existente, aspect care îngreunează accesul în investigarea stării de sănătate.

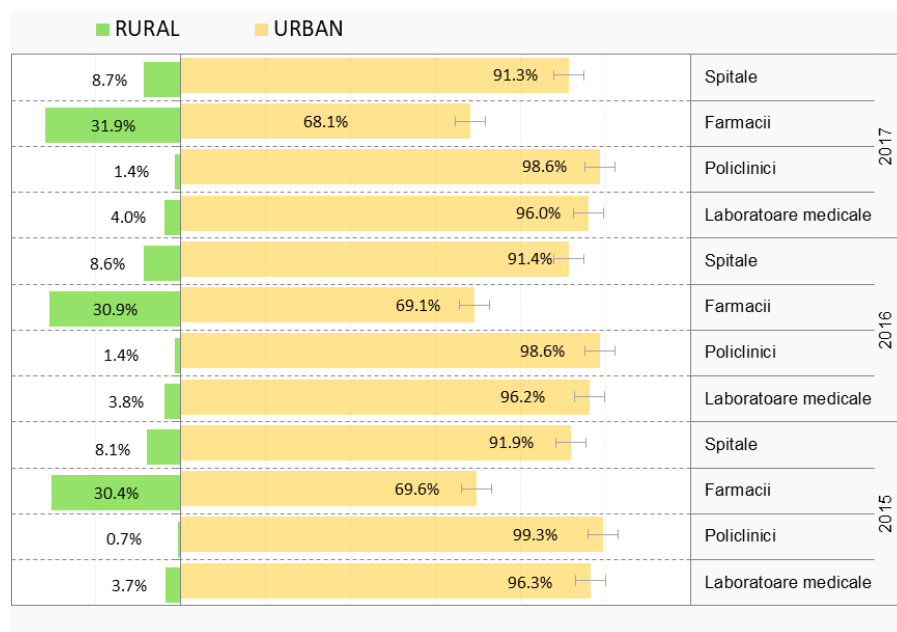


Fig. 1.4. Numărul unităților sanitare în funcție de zona de rezidență și de tipurile de unități [83-85]

Inegalitățile între mediul rural și mediul urban, privind accesarea serviciilor de sănătate, au existat dintotdeauna. Lipsa anumitor tipuri de unități sanitare, dificultatea de a se deplasa în mediul urban, precum și costul aferent acestor deplasări, îngreunează accesul la sectorul sanitar. Astfel, pe perioada studiată, se poate observa diferența extrem de mare, privind numărul unităților sanitare, între mediul rural și urban. Numărul instituțiilor sanitare în zona rurală este în creștere, însă rămâne insuficient pentru a acoperi toate solicitările.

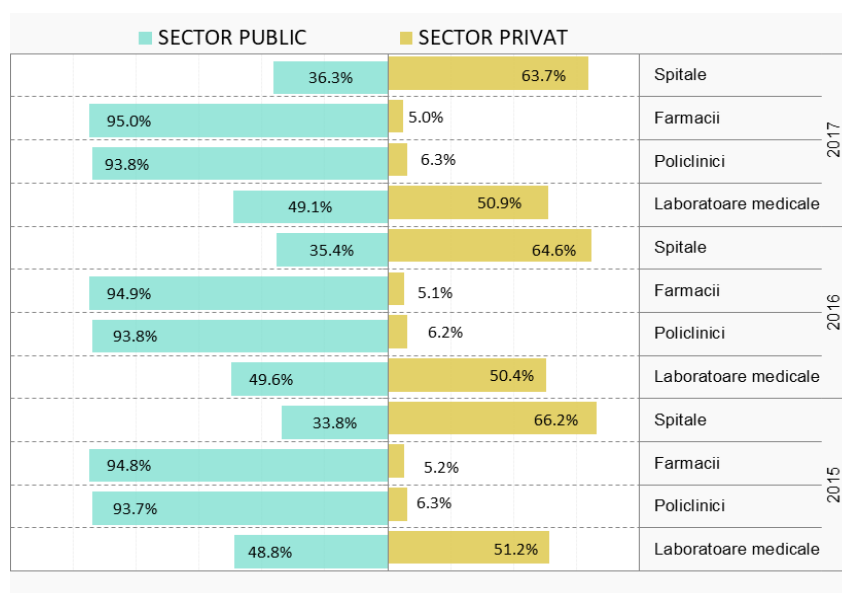


Fig. 1.5. Numărul unităților sanitare în funcție de forme de proprietate și tipuri de unități [83-85]

Inegalitățile existente în accesarea serviciilor de sănătate sunt și o consecință a numărului instituțiilor medicale din sectorul privat și sectorul public. Pe de o parte, numărul redus al unităților spitalicești publice, conduce la liste de așteptare pentru pacienți, limitând și îngreunând astfel accesul la acest sector. Pe de altă parte, numărul crescut de instituții sanitare existente în sectorul privat, permite accesul pacienților la investigarea stării de sănătate, însă, accesul este condiționat de posibilitatea fiecărui pacient de a plăti sau nu contravaloarea serviciilor medicale primite. Este cunoscut faptul că România se confruntă cu zone mai sărace și zone mai dezvoltate, care au un număr mai mare sau, dimpotrivă, un număr mai mic de instituții sanitare. Astfel, în anii analizați, se poate observa că zona Nord-Est beneficiază de cel mai mare număr de instituții sanitare, respectiv în anul 2016, un total de 89 spitale, 1517 farmacii, 10 policlinici și 623 laboratoare medicale. Zona de Vest se confruntă cu cel mai mic număr de instituții sanitare în 2016, reprezentând 47 de spitale, 664 farmacii, 4 policlinici și 274 de laboratoare medicale.

Luarea de măsuri asupra determinantilor sociali ai sănătății ar putea aborda de fapt multe inegalități. Rezultatele cercetării arată că intervențiile eficiente necesită un mediu politic care depășește granițele sectoriale și oferă oportunitatea implementării programelor integrate. În acest sens, dezvoltarea rurală, care ține cont de factorii determinanți ai sănătății, este un factor crucial în promovarea sănătății și bunăstării. Participarea și răspunderea tuturor părților interesate, precum și furnizarea de mecanisme de finanțare durabile, conduc la creșterea eficienței acestor programe locale și regionale.

1.6.2 Importanța resurselor ca factor de impact asupra cost-eficienței spitalelor generale și de monospecialitate

Starea de sănătate este pusă pe primul loc încă din cele mai vechi timpuri, când oamenii erau tratați cu plante și licori rezultate din acestea. Odată cu evoluția omenirii, s-au pus fundamentele dezvoltării și diversificării metodelor de prevenire și tratare a bolilor și de îngrijire a celor suferinzi, punându-se accent pe calificarea personalului care se ocupă de acest domeniu. Astfel, în perioada contemporană, serviciile de sănătate și asistență medicală reprezintă un ansamblu de activități specializate, elaborate și desfășurate în cadrul diferitelor instituții specializate sau organizații, aparținând unei comunități, prin care se urmărește rezolvarea unor categorii variate de probleme, ce afectează direct sau indirect viața personală și socială a populației.

Ocrotirea sănătății oferă un serviciu semnificativ populației și este esențială pentru societate. Evoluția socială și alte aspecte ale economiei și calității vieții sunt legate de starea de sănătate într-un mod complex. Nivelul general de dezvoltare economico-socială, structura consumului, standardele de igienă individuală, nivelul de cultură și, în cele din urmă, serviciile de sănătate determină acest lucru - de gradul de dezvoltare și calitate a acestora. Pentru persoanele care lucrează în cadrul serviciilor de sănătate, precum și pentru factorii de decizie din acest sistem, familiarizarea cu managementul serviciilor de sănătate devine esențială, atât pentru a înțelege contextul unei bune practici medicale, cât și pentru buna gestionare a resurselor financiare insuficiente și în același timp tot mai solicitate în sistemele moderne de asistență medicală [68].

Nivelul de dezvoltare a serviciilor de ocrotire a sănătății, aria lor de cuprindere și organizare, dimensiunea rețelei de unități sanitare, dotarea tehnică și încadrarea cu personal de specialitate sunt toate factori care influențează evoluția stării de sănătate [69]. Astfel, managementul serviciilor de sănătate are în vedere utilizarea optimă și eficientă a resurselor materiale, financiare și umane disponibile, în folosul societății. Acest tip de servicii este împărțit pe categorii, antrenează persoane specializate în funcții pe specificul problemelor și numărul solicitărilor, se acordă resurse umane și financiare prin care instituțiile specializate urmăresc ajutarea, prevenirea, înlăturarea și limitarea efectelor nefaste ale unor situații determinate de o stare precară a sănătății [70]. În acest context, o dimensionare corectă a resurselor umane implicate în activitatea spitalicească, în așa fel încât fiecare persoană angajată să aibă pregătirea și competențele necesare și să facă exact ceea ce trebuie, creează pentru spital plus valoare și aduce o contribuție semnificativă la crearea de eficiență la un cost corect.

1.7. Determinantele politicilor de sănătate și impactul lor în luarea deciziilor cost-eficiente în domeniul sănătății

Politicile de sănătate au în vedere promovarea unei stări echilibrate de sănătate a populației, iar apariția acestor politici a fost determinată de anumiți factori care puneau în pericol sistemele de sănătate și sănătatea oamenilor. Astfel, ca răspuns la problemele globale, în special în ceea ce privește persoanele și/ sau grupurile vulnerabile, comunitatea mondială a structurat eforturi coordonate pentru a stabili obiective, pentru a oferi servicii și a îmbunătăți starea de sănătate a populației. Astfel, Organizația Națiunilor Unite (ONU) a stabilit obiective ambițioase de promovare a politicilor de sănătate, reducere a sărăciei extreme, a factorilor care influențează apariția bolilor, oprirea răspândirii virusurilor, promovarea educației primare universale. Pentru a atinge aceste scopuri, ONU oferă îndrumări pentru țările care inițiază programe, ale căror obiective centrale sunt reprezentate de consolidarea capacității operaționale a guvernelor locale și a organizațiilor neguvernamentale (ONG-uri), într-un efort de formulare și implementare a politicilor relevante pentru reducerea incidenței afecțiunilor populație [80]. În mod specific, OMS monitorizează indicatorii naționali de bază care ajută la explicarea progresului sau a lipsei acestuia în atingerea unor obiective specifice ale politicilor de sănătate la nivel de țară. Conform OMS (2006) [21], mulți factorii influențează starea de sănătate și capacitatea țării de a furniza servicii de sănătate de calitate. Spre exemplu, investițiile în infrastructură pot îmbunătăți accesul la apă curată și servicii de sănătate; aplicarea regulilor de reglementare poate îmbunătăți calitatea serviciilor furnizate etc.

Metodologia cercetării implică atât cercetarea calitativă, cât și cea cantitativă; cercetarea calitativă a presupus realizarea unei inventarieri a literaturii de specialitate, analizând un număr de 33 articole publicate în reviste de specialitate, precum și un număr de 5 cărți relevante pentru domeniul de cercetare ales. Realizarea cercetării cantitative a fost posibilă cu ajutorul datelor disponibile la www.ec.europa.eu și www.who.int; au fost utilizate metoda comparației, a indicatorilor și tabelelor pentru a evidenția factorii care conduc la necesitatea implementării politicilor de sănătate,

Anderson (1972 [81], 1989 [82]) și Roemer (1985 [83], 1993 [84]) au studiat determinanții politicilor de sănătate, remarcând un total de 39 factori care influențează atât elaborarea, cât și implementarea politicilor de sănătate, printre cei mai importanți fiind stilul de viață, starea economică și implicit, gradul de dezvoltare al statului în care oamenii trăiesc. Acești factori au rolul de a determina, la rândul lor, apariția altor afecțiuni, care determină, de asemenea, necesitatea de a fi elaborate și implementate politici de sănătate. Având în vedere faptul că politicile de

sănătate vizează menținerea unei stări echilibrate de sănătate a populației, acestea vor fi influențate în mod direct pe de o parte de factorii care conduc la apariția anumitor afecțiuni și, pe de altă parte, de incidența afecțiunilor. Astfel, numeroase studii descriu factorii ce determină necesitatea implementării politicilor din domeniul medicinei. Literatura de specialitate prezintă o varietate de studii pe tema determinanților politicilor de sănătate, printre care amintim Omran (1971) [85], Reddy (2002) [87], Gupta și colab. (2011) [88].

Concluzii

Capitolul 1 a evidențiat fundamentele teoretice și contextul general al cercetării, subliniind necesitatea analizei comparative a cost-eficienței și calității serviciilor medicale din spitalele generale și cele monospecialitate. Literatura de specialitate analizată a relevat faptul că sistemele sanitare moderne se confruntă cu o presiune tot mai mare privind optimizarea resurselor și creșterea calității serviciilor oferite. În acest context, abordările integrate care valorifică atât dimensiunea economică, cât și cea a satisfacției pacientului se dovedesc esențiale pentru îmbunătățirea deciziilor manageriale și de politici publice

2. METODOLOGIA CERCETĂRII

Punctul de plecare pentru structurarea prezentei teze de doctorat este reprezentat de o documentare pertinentă, bazată pe analiza datelor din literatura de specialitate, pentru cunoașterea stadiului actual al cercetărilor în domeniu. Pe baza acestei analize teoretice, a fost proiectat studiul empiric – metodele și construirea instrumentelor de cercetare, eșantionarea, planificarea derulării cercetării și a colectării și analizei datelor.

2.1 Caracteristica generală a cercetării

Studiul a fost conceput ca o cercetare aplicativă cu un design explorator-descriptiv și analitic, integrând metode cantitative și calitative pentru o analiză complexă a eficienței spitalicești. Cercetarea s-a desfășurat în perioada ianuarie 2019 – iunie 2022 și a vizat compararea cost-eficienței și calității serviciilor furnizate în spitalele generale față de spitalele monospecialitate.

Etapele cercetării au inclus:

- documentarea teoretică și analiza cadrului legislativ și strategic din domeniul sănătății;
- selecția spitalelor și definirea eșantionului de studiu pe baza unor criterii de reprezentativitate geografică și funcțională;
- elaborarea și validarea instrumentelor de cercetare: grilă de analiză comparativă, chestionar de satisfacție, ghid de interviu;
- colectarea datelor prin aplicarea chestionarelor și realizarea interviurilor semistructurate;
- procesarea statistică a datelor cu ajutorul SPSS 24 și integrarea modelului de analiză cu frontieră stocastică (SFA);
- formularea concluziilor și a recomandărilor specifice pentru optimizarea politicilor de management spitalicesc.

Studiul a inclus un spital general și unul de monospecialitate, ambele din sectorul public, respectiv Regiunea Nord-Est, selectate din diferite regiuni ale țării. Prin abordarea sa structurată, cercetarea a permis evidențierea diferențelor de organizare, eficiență și satisfacție a pacienților, oferind un suport validat empiric pentru fundamentarea deciziilor în domeniul sănătății.

Ipoteza de cercetare

Ipoteza de la care a pornit studiul dat este prezumția că diferențele de organizare și funcționare între spitalele generale și spitalele monospecialitate generează variații semnificative în ceea ce privește cost-eficiența, calitatea serviciilor medicale și nivelul de satisfacție al

pacienților, care pot fi identificate, măsurate și integrate într-un model econometric cu aplicabilitate în managementul sanitar și în formularea politicilor de sănătate.

Ipoteze specifice

H1: Indicatorii de management instituțional relevă un nivel mai ridicat de eficiență operațională în spitalele generale comparativ cu spitalele monospecialitate.

H2: Aplicarea metodei de analiza a frontierei stocastice evidențiază o diferență semnificativă în cost-eficiența spitalelor generale față de cele monospecialitate, influențată de variabile precum durata medie de spitalizare, complexitatea cazurilor sau rata de utilizare a paturilor.

H3: Gradul de satisfacție al pacienților este influențat semnificativ de tipul unității spitalicești, pacienții tratați în spitalele generale raportând un nivel mai ridicat de satisfacție globală.

H4: Integrarea indicatorilor de management, a rezultatelor analizei stocastice și a satisfacției pacienților în cadrul unui model econometric permite dezvoltarea unui instrument aplicabil în evaluarea cost-eficienței și în susținerea deciziilor de politici publice în sănătate.

Sinteza metodologiei de cercetare și justificarea metodelor de cercetare alese.

Prezenta cercetare doctorală s-a realizat respectând principiile metodologice în cercetare științifică și a utilizat metode teoretice și empirice pentru a evalua eficiența asistenței medicale spitalicești, combinând analiza documentară, chestionarele, interviurile și tehnicile statistice (regresie, ANOVA, testul Chi-pătrat). Studiul se bazează pe instrumentul-cadru al OMS pentru colectarea datelor privind costurile și performanța spitalelor. Validarea chestionarelor a fost realizată prin analiza indicatorilor de fiabilitate și validitate, asigurând măsurarea precisă a variabilelor. Eșantionarea a fost efectuată prin metode aleatorii pentru a garanta reprezentativitatea populației studiate. În plus, metoda Delphi a fost aplicată pentru a integra perspectivele experților în evaluarea politicilor de sănătate și formularea strategiilor de îmbunătățire a acestora.

Pentru că aceasta tema de cercetare are un caracter bivalent, fiind ancorată atât în sfera aspectelor economice cât și în teritoriul politicilor sanitare, mijloacele de studii vor trebui să acopere întreaga plajă, pentru a putea răspunde, la final, la setul de întrebări formulat la debutul cercetărilor. Astfel, diferitele tipuri de studii bazate pe cercetarea tradițională cât și cercetarea de tip studii statistice, corelative și predictive își vor găsi inserția în cadrul cercetărilor derulate.

Metodologia de evaluare a eficienței asistenței medicale primare și a celei spitalicești

Instrumentul-cadru „Selectarea instituțiilor cost-eficiente” al Departamentului „Finanțarea Sistemelor de Sănătate” al Organizației Mondiale a Sănătății a fost utilizat pentru colectarea și analiza datelor în scopul analizei cost-eficienței asistenței medicale spitalicești.

1. Metode de cercetare tip cercetarea tradițională

În vederea atingerii obiectivelor de cercetare am optat pentru utilizarea unei abordări mixte în aplicarea metodelor de cercetare – metode cantitative și metode calitative.

Cercetarea cantitativă: cercetarea realizată s-a bazat pe analiza chestionarului și analiza de conținut de date secundare, studii de profil, tehnici de culegere a datelor prin statistici oficiale, rapoarte periodice. Dificultatea în obținerea datelor de la alte spitale va fi ușurată în principal prin aplicarea de chestionare. Conform specialiștilor în metodologia cercetării, „chestionarul se dovedește a fi una din tehnicile cele mai frecvent utilizate în științele socio-umane”.

Cercetarea calitativă: cercetarea calitativă, va fi pe bază de interviu exploratoriu sau semi-structurat și va fi utilizată pentru colectarea de informații de la persoanele cu responsabilități manageriale în spitale generale și de monospecialitate, dar și de la alte categorii de stakeholderi (angajați, reprezentanți ai autorităților locale și centrale, etc.).

2. Metode de cercetare tip studii statistice, corelative și predictive

În cadrul metodelor de cercetare, pentru validarea și testarea modelului econometric propus au fost folosite prelucrări statistice, corelaționale și predictive care au un rol deosebit de important.

Teoria probabilităților și statistica medicală folosesc o metodă adecvată de cunoaștere a proceselor aleatorii pentru a descifra corelațiile multiple dintre fenomenele studiate și factorii determinanți pentru a stabili principalele tendințe.

În studii au fost utilizate o serie de metode matematice implementate în softul utilizat pentru prelucrarea datelor SPSS 24, metode ce descriu prin indicatorii statistici calculați rezultate având la bază previziuni statistice (prognoză) etc.

Am propus două instrumente de lucru în cadrul cercetării doctorale:

1. Primul instrument constă în elaborarea unei grile de observare cu scopul de a extrage datele relevante pentru tema de cercetare din observații directe și texte diverse pe care le-am analizat;
2. În a doua etapă îmi propun construirea unei grile de analiză pentru compararea spitalelor generale și de monospecialitate și facilitarea analizei calitative și cantitative.

Cercetarea doctorală s-a realizat prin intermediul metodelor teoretice (studierea literaturii de specialitate, pentru cunoașterea stadiului actual al cercetărilor în domeniu, a bazelor de date cu conținut specific), metode de prelucrare și analiză a datelor, prin: analiza calitativă (studiul documentelor oficiale), analiza cantitativă – sistematizare (grupare, tabelare, grafice, diagrame),

uniformizarea și ajustarea datelor (indicatori statistici, analiză corelațională și modele regresionale), procedee de grupare statistică, tehnici de bază (analiza documentară, analiza de chestionar, eșantionarea statistică, analiză statistică, teste de corelație și analiză regresională), tehnici de culegere a datelor prin statistici oficiale, rapoarte periodice, chestionare, interviuri etc.

Având în vedere caracterul bivalent al studiului doctoral, întreaga metodologie trebuie să includă un ambitus larg de abordări, pentru a putea răspunde, la final, la setul de întrebări formulat la debutul cercetărilor. Astfel, diferitele tipuri de studii bazate pe cercetarea tradițională cât și cercetarea de tip studii statistice, corelative și predictive își vor găsi inserția în cadrul cercetărilor derulate.

Studiul are ca scop principal și identificarea resursele economice cu impact asupra serviciilor de sănătate, descrierea principalelor variabile, și modelarea statistică a influenței resurselor economice în serviciile de sănătate utilizând modele de bază. De asemenea pe baza rezultatelor am realizat o analiză SWOT care să permită concluzii solide privind impactul resurselor economice în serviciile de sănătate, cu particularizare la spitalele generale și de monospecialitate.

Am inclus în studiu Spitalul General și Spitalul Monospecialitate Iași.

Spitalul General din Iași în care s-a desfășurat studiul, este cea mai mare unitate sanitară cu paturi din zona Moldovei, ca și adresabilitate, complexitate a cazuisticii și nivel de competență, recunoscut și validat. Peste 35% din patologie provine din județele vecine județului Iași. Are o structură complexă și diversificată, un platou imagistic și de investigații larg, laboratoare de analize acreditate RENAR.

Accesul la serviciile medicale, este influențat aproape în totalitate de organizarea asistenței medicale. În regiunea NE, poate mai mult ca în celelalte regiuni, sunt evidențiate toate cele patru tipuri de inechități în accesul la serviciile de sănătate: factori genetici, factori de mediu, factori de dezvoltare economică și factori socio-culturali. Aceste inechități sunt reflectate foarte evident în indicatorii de bază ai stării de sănătate: speranța de viață la naștere, mortalitate infantilă, mortalitate generală pe cauze de deces evitabile, grad de morbiditate, speranța de viață, în starea de sănătate etc. Acestea reprezintă informații cheie care sunt necesare pentru o bună planificarea și organizarea serviciilor de sănătate la nivelul spitalului.

Este unitate funcțională regională de urgență coordonatoare având ca scop principal colaborarea cu alte 5 unități sanitare din Iași pentru primirea tuturor categoriilor de urgențe critice: traumatice, chirurgicale, cardiovasculare, pentru investigarea și tratamentul definitiv al pacienților criticii și doar în mod excepțional transferul către o altă unitate sanitară.

Este coordonator regional UPU-SMURD. Este spital acreditat de către Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor. De asemenea este acreditat pentru prelevare de organe și transplant, inclusiv transplant hepatic. Spitalul general luat în studiu prezintă o structură organizatorică complexă cu 1128 paturi.

Spitalul General ales pentru studiul de față fiind este o unitate sanitară strategică, în directă coordonare a Ministerului Sănătății aplicând la nivel regional strategia și politica Ministerului Sănătății în domeniul asigurării sănătății populației. Spitalul este o unitate sanitară de urgență, ce furnizează servicii medicale cu prioritate de urgență, asigura condiții de investigații medicale, tratament, cazare, igiena, alimentației prevenirea infecțiilor nosocomiale. În același timp, spitalul răspunde, în condițiile legii pentru calitatea actului medical, pentru respectarea condițiilor de cazare, igiena, alimentație și de prevenire a infecțiilor nosocomiale, precum și pentru acoperirea eventualelor prejudicii cauzate pacienților. În egală măsură prezenta în număr mare a cadrelor didactice universitare (peste 200), a medicilor rezidenți (peste 900) conferă înalta ținută profesională, științifică de cercetare și pregătire, adăugând astfel un plus de valoare remarcabil ce da încredere pacienților.

Spitalul Monospecialitate din Iași în care s-a desfășurat studiul doctoral, este un spital cu tradiție care funcționează cu 410 paturi spitalizare continuă, 10 paturi spitalizare de zi și trei clinici universitare (Anexa nr. 5).

Spitalul Monospecialitate are arondate prin Ordin de Ministru maternitățile din județele Vaslui și Neamț. Județe care acoperă un bazin de nașteri de 22 mii nașteri/an. Alături de aceste maternități arondate Spitalul Monospecialitate primește cazuri de obstetrică, ginecologie, neonatologie din toate celelalte județe ale Moldovei inclusiv județele Galați și Vrancea.

Cazurile provenite din maternitățile arondate reprezintă cazuri grave care nu au putut fi tratate la nivelul I și II, procentul de transferuri din alte maternități este între 25-28%/an, ceea ce a dus la clasificarea spitalului prin Ordin de Ministru din 2011 în spital II.M deși nivelul de competență este de maternitate de nivel III.

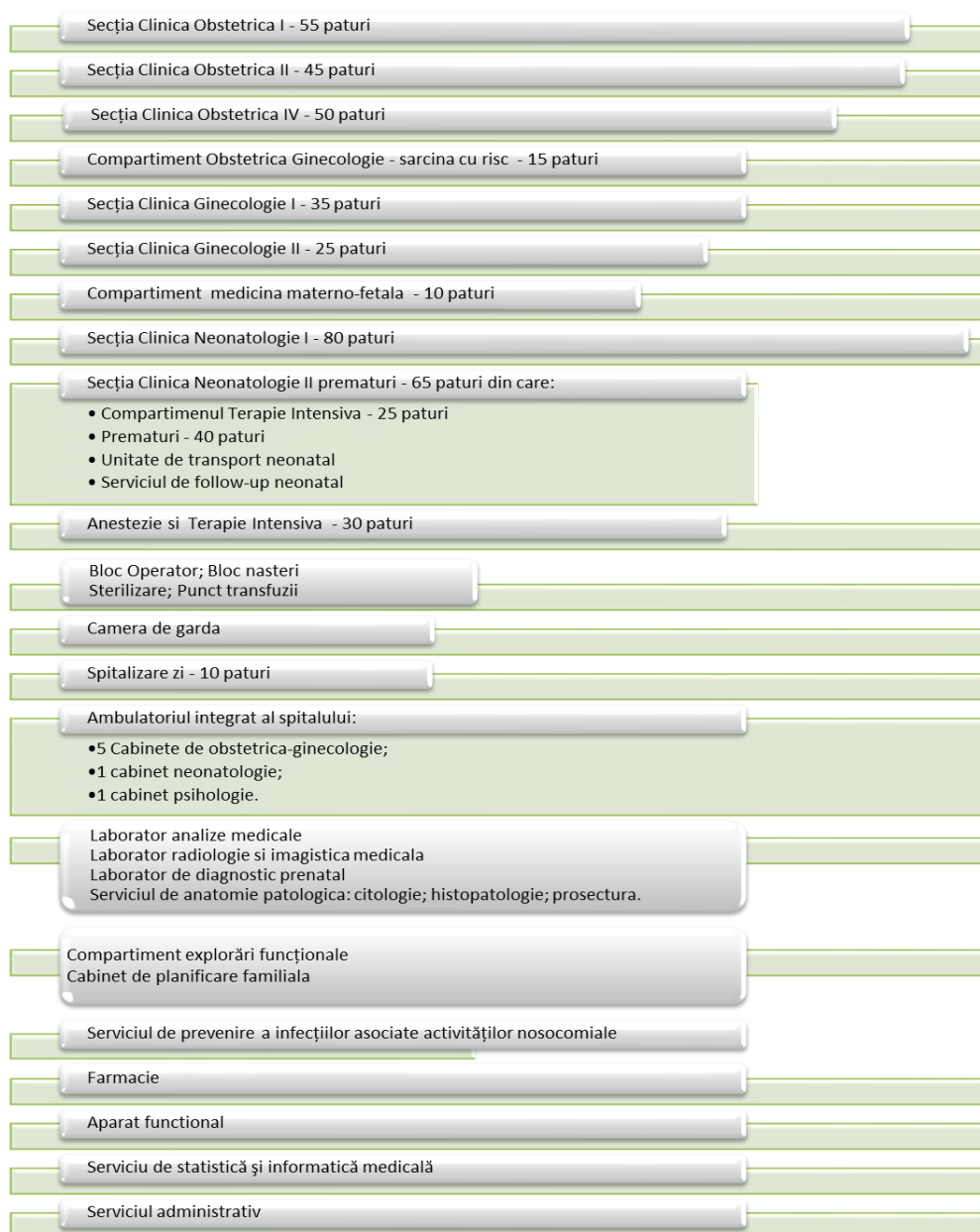


Fig. 2.1 Structura organizatorică a Spitalului Monospecialitate

Tabelul 2.1. Structura organizatorică a Spitalului Monospecialitate

Secția / Compartimentul / Laboratorul / Cabinetul	Număr paturi
Secția clinică obstetrică I	55
Secția clinică obstetrică II	45
Secția clinică obstetrică III	50
Compartiment obstetrică ginecologie - sarcină cu risc	15
Secția clinică ginecologie I	35
Secția clinică ginecologie II	25
Compartiment medicină materno-fetală	10
Secția clinică neonatologie I	80

Secția clinică neonatologie II prematuri	65
Anestezie si terapie intensivă	30
Bloc operator; bloc nașteri; Sterilizare; punct transfuzii	-
Camera de gardă	-
Spitalizare zi	10
Ambulatoriul integrat al spitalului	-
Unitate primire urgențe	-
Laborator radiologie și imagistică medicală	-
Laborator de diagnostic prenatal	-
Serviciul de anatomie patologică: citologie; histopatologie; prosectură.	-
Compartiment explorări funcționale	-
Cabinet de planificare familială	-
Serviciul de supraveghere și control infecțiilor nozocomiale	-
Farmacie	-
Serviciu de statistică și informatică medicală	-
Serviciu administrativ	-
TOTAL PATURI	410

2.2. Metode de cercetare

2.2.1 Metodologia de evaluare a cost-eficienței asistenței medicale în spitale generale și de monospecialitate

Instrumentul-cadru „Selectarea instituțiilor cost-eficiente” al Departamentului „Finanțarea Sistemelor de Sănătate” al Organizației Mondiale a Sănătății a fost utilizat pentru colectarea și analiza datelor în scopul analizei cost-eficienței asistenței medicale spitalicești. S-a efectuat un studiu observațional, descriptiv, transversal, integral, pe parcursul anilor 2018-2019

Indicatori de performanță ai spitalelor incluse în studiu

În scopul analizei eficienței asistenței medicale spitalicești au fost evaluate date, care au inclus variabile din diverse compartimente ale activității pe parcursul anilor:

1. „Identificarea instituției (codul, denumirea instituției, anul de referință, tipul instituției, spital didactic, afilierea, zona de deservire);
2. Costuri curente anuale (costuri totale, costuri servicii de ambulatoriu, costuri servicii spital);
3. Distribuirea costurilor curente totale anuale (costuri pentru medicamente, costuri pentru salarii, costuri pentru laborator și diagnostică, costuri pentru alimentație, alte costuri);
4. Costuri per unitate (metoda de alocare, costuri per unitate în ambulatoriu, costuri per unitate în spital);
5. Paturi disponibile (paturi în saloane, paturi obstetricale, paturi în unitatea de terapie intensivă);

6. Rata anuală de utilizare a paturilor (pentru paturi în saloane, pentru cele obstetricale, pentru paturi în unitatea de terapie intensivă);
7. Specialități spitalicești (numărul de specialități spitalicești, lista specialităților);
8. Activitatea secției consultative de ambulatoriu (vizite de ambulatoriu, consultații în sala de urgențe);
9. Activitatea spitalicească (internări în spital, intervenții chirurgicale sau operații, nașteri);
10. Servicii auxiliare (prescrierea medicamentelor, teste de laborator și de diagnosticare);
11. Informații despre personal (medici-generalisti, medici-specialisti, asistenți medicali, alte cadre medicale specializate, personal de suport).”

Costurile per unitate de producție au fost calculate prin raportarea cheltuielilor reale pentru serviciile spitalicești, inclusiv a elementelor de cost, la numărul de spitalizări.

Metode de cercetare tip cercetarea tradițională

În vederea atingerii obiectivelor de cercetare am optat pentru utilizarea unei abordări mixte în aplicarea metodelor de cercetare – metode cantitative (analiza chestionarului și analiza de conținut de date secundare, studii de profil, tehnici de culegere a datelor prin statistici oficiale, rapoarte periodice) și metode calitative (interviu exploratoriu sau semi-structurat, focus-grup sau analiză de conținut, utilizate pentru colectarea de informații de la persoanele cu responsabilități manageriale în spitale generale și de monospecialitate). Aceste metode vor fi completate prin analiza statistică, studii corelative și predictive, în vederea validării datelor obținute.

Metode de cercetare tip studii statistice, corelative și predictive

În cadrul metodelor de cercetare, pentru validarea și testarea modelului econometric propus au fost folosite prelucrări statistice, corelaționale și predictive care au un rol deosebit de important.

Teoria probabilităților și statistica medicală folosesc o metodă adecvată de cunoaștere a proceselor aleatorii pentru a descifra corelațiile multiple dintre fenomenele studiate și factorii determinanți pentru a stabili principalele tendințe.

În studii au fost utilizate o serie de metode matematice implementate în softul utilizat pentru prelucrarea datelor SPSS 24, metode ce descriu prin indicatorii statistici calculați rezultate având la bază previziuni statistice (prognoză) etc.

Metoda de analiză statistică

Cele două categorii de variabile sunt numerice (cantitative) și atributive (catoriale) în datele introduse. Pentru a facilita analiza statistică, s-au folosit algoritmi de codare care se

adreasează diferitelor tipuri de variabile care există deja. Aceste algoritmi includ $\pm$ pentru forme bivalente, 1, 2, 3 pentru scara ordinală și valori numerice efective.

Valoarea proprietăților cantitative sau calitative ale unităților statistice este numită variabilă. Variabilele sunt folosite pentru a sublinia modificările caracteristicilor, cum ar fi posibilitatea ca acestea să apară în cadrul unor limite sau prin mai multe valori sau caracteristici distincte. Variabilele în general pot reprezenta fie măsurători (variabilele continue) sau informație despre anumite caracteristici (variabile categoriale).

Existența unor diferențe semnificativ statistice au fost considerate pentru un interval de încredere de 95%, utilizând teste parametrice sau neparametrice. În analiza statistică, au fost utilizate metode descriptive și inferențiale pentru a examina relațiile dintre variabilele studiate. Valorile indicatorilor de localizare (medie, mediană) și de dispersie (deviație standard, amplitudine) au fost calculate pentru variabilele cantitative. Pentru compararea proporțiilor și identificarea relațiilor între variabilele categoriale s-a aplicat testul Chi pătrat (χ^2), iar pentru compararea mediilor între grupuri s-a utilizat testul ANOVA.

Validitatea chestionarului aplicat a fost confirmată prin coeficientul Cronbach alfa ($\alpha = 0,92$), indicând o consistență internă ridicată a itemilor incluși. Pentru estimarea eficienței spitalicești în funcție de variabile operaționale și structurale, a fost aplicat un model de analiză cu frontieră stocastică (SFA), utilizând software-ul SPSS 24. Nivelul de semnificație statistică adoptat a fost $p < 0,05$, care este considerat reprezentativ în literatura de specialitate.

Datorită lipsei de informație, prezentă prin trunchierea volumului datelor, se definește eroarea standard, dimensiune care ajută la stabilirea intervalului de variație sau plajei de variație potențiale pentru indicatorul statistic analizat (medie, dispersie, frecvență de apariție). Intervalul de încredere este dependent atât de încrederea acceptată ca suficientă în studiu, cât și de cantitatea de date. Compararea datelor se poate realiza și pe baza intervalelor de încredere. În momentul suprapunerii acestora, nu va exista diferență semnificativă statistic. Intervalul estimat, este datorat variației intrinseci existente în cadrul experimentului dar și lipsei de informație dependentă de volumul eșantionului. Astfel, dacă valoarea calculată punctuală a mediilor din două eșantioane diferă, nu putem trage concluzia existenței diferenței la nivel de populație, fără un studiu statistic specific. Diferența găsită poate fi motivată prin dispersia valorilor existentă în populație. În aplicarea testelor statistice se pot face două tipuri de erori: 1-eroarea de tip a, neacceptarea unei ipoteze adevărate, 2- eroarea de tip b, acceptarea unei ipoteze false. Pentru minimizarea celor două erori, trebuie îndeplinite condiții contradictorii și astfel un compromis trebuie acceptat. De obicei teoria se aplică în scopul micșorării erorii de tip 1, care devine decidentă. Luarea deciziei este influențată în mod clar și de volumul eșantionului, care cu cât va fi mai mare cu atât ne va da

informație mai consistentă. În fapt, pentru o populație cu parametri cunoscuți se poate determina volumul eșantionului necesar pentru o anumită precizie de estimare. Sunt situații practice în care volumul eșantionului este dictat de alți factori și datele culese trebuie utilizate pentru caracterizarea întregii populații. Este normal ca dintr-un număr mic de date să obținem informație cu plajă de variație mare, ceea ce poate duce la creșterea erorii de decizie. Totuși o apropiere evidentă de valoarea de prag de 5% (spre exemplu 6%) poate sugera o posibilă diferență semnificativă conturată (dar nu concluzivă). Sigur în situația în care pragul de semnificație calculat se apropie de 10% este greu de acceptat existența unei diferențe semnificative.

Datele introduse reprezintă variabile de 2 tipuri: numerice (cantitative) respectiv atributive (catoriale). Prin variabilă se înțelege valoarea însușirii cantitative sau calitative ale caracteristicilor unităților statistice. Cu ajutorul variabilelor se evidențiază modificarea proprietăților, posibilitatea de a apărea în cadrul unor limite, prin mai multe valori sau însușiri concrete. Variabilele în general pot reprezenta fie măsurători (variabilele continue) sau informație despre anumite caracteristici (variabile catoriale).

Variabilele continue sunt acele variabile care se pot dispune pe o scală continuă (pot conține o infinitate de valori). Variabilele catoriale se împart în nominale și ordinale. Variabilele nominale sunt variabile sub formă de nume sau alte simboluri, reprezentând categorii ce nu pot fi ordonate una în raport cu cealaltă. Atunci când o variabilă nominală nu poate lua decât două valori, ea este o variabilă dihotomică (binară, bimodală), cum ar fi prezent/absent, normal/anormal, variabile de tip da sau nu.

Variabilele ordinale sunt variabilele ce sunt clasificate în mai mult de două categorii și la care există o ordine naturală între categorii (de la valoarea cea mai mică la cea mai mare) - de exemplu evoluția bolii (agravat, staționar, ameliorat), stadializări, scoruri etc. Majoritatea datelor folosite de mine au fost variabile catoriale.

În statistica descriptivă, am calculat valorile indicatorilor de localizare (medie, mediană, mod) și de împrăștiere (dispersie, amplitudine). În analiză statistică, am aplicat teste de determinare a modelului de regresie, comparare a mediilor ANOVA, test Chi pătrat (χ^2) pentru compararea proporțiilor și pentru sensibilitatea metodelor de diagnostic. Prin urmare, a fost posibil să se remarce conexiunile, legătura și interdependențele dintre variabile.

Analiza proporțiilor s-a realizat și făcând apel la tehnica de determinare a intervalului de încredere. Metoda Wilson de calcul a limitelor de variație este o corecție a tehnicii clasice, bazată pe determinarea erorii standard, prin indicatorii estimați. Sunt dese situațiile în care condițiile de verificare pentru a estima standard intervalul de variație nu sunt satisfăcute. Menționăm una din acestea precum grupele de vârstă. Aceasta se poate datora hazardului existent (șansei), sau aceste

grupe modifică caracteristicile, într-un anumit grad, astfel încât valorile mărimilor particulare diferă. ANOVA testează diferențele între valorile fiecărui grup, compară varianta și arată dacă diferența este semnificativă statistic între grupuri. Dacă nu există diferență semnificativă putem spune că deosebirea observată se datorează variației acceptate statistic. Testul ANOVA poate fi folosit atât la compararea mediilor a două sau mai multe eșantioane, cât și la testarea în cazul analizei de regresie, a diferenței față de zero, a pantei drepte de aproximare (pentru variabile cantitative). Funcția statistică este de tip Fisher și reprezintă raportul dintre media pătratelor abaterilor datorate regresiei, respectiv rezidului (erorii prezente). Dacă există diferență semnificativă, putem concluziona că aceasta este datorată factorilor analizați (cu încredere de 95%).

Nivelul de semnificație este probabilitatea maximă cu care putem face o greșeală. În practică, un nivel de semnificație de 0,05 (5%) este suficient de precis, iar un interval de încredere de 95 la sută indică faptul că decizia este corectă. În aceste cazuri, afirmăm că ipoteza H_0 a fost respinsă la un prag de semnificație de 0,05, ceea ce indică o probabilitate de eroare de 0,05 (5%) și o probabilitate de 95 la sută de încredere în decizia făcută. Statistica medicală se bazează pe teoria probabilităților, care este o metodă adecvată de cunoaștere a proceselor care se desfășoară aleatoriu. Prin utilizarea acesteia, statistica medicală poate descifra cu ușurință și acceptabil corelațiile multiple dintre fenomenele studiate și factorii determinanți pentru a stabili principalele tendințe. În acest scop, sunt utilizate programe special concepute pentru prelucrarea statistică a datelor. Rezultatele obținute aduc concluzii clare cu privire la fenomenele studiate.

Deosebit de importantă pentru înțelegerea fenomenelor este abordarea comparării aceluiași fenomen între diferite grupuri de pacienți, diferențiați în funcție de diferite criterii, cum ar fi vârsta, diagnosticul și factorii de risc. Metoda implică examinarea relației dintre fenomene și elementele care sunt cunoscute sau presupuse a fi principala cauză de risc pentru apariția problemelor medicale în cauză.

Au fost utilizate mai multe metode matematice în softul de prelucrare a datelor (Statistica), metode de caracterizare a valorilor medii (sau dispersia și eroarea medie a valorilor studiate), metode de previziune (prognoză) etc.

Fenomenul studiat, frecvența, dinamica și structura acestuia sunt factori care influențează alegerea metodelor de cercetare.

Pentru a facilita interpretarea comparativă și corelativă a diferitelor subgrupe ale lotului cercetat, indicatorii statistici calculați în cadrul studiului au capacitatea de generalizare; ca urmare, este posibilă sinteza de la caracteristici individuale la cele de grup și de la caracteristicile individuale la întregul eșantion.

Programul STATISTICA, dedicat cercetării medicale, a fost folosit pentru prelucrarea statistică a datelor în acest studiu. Studiul a folosit teste specifice pentru a analiza o varietate de tipuri de date diferite. Printre aceste tipuri de date se numără testele ANOVA, Scheffé, Spjotvol/Stoline și teste specifice de corelație atât pentru variabile cantitative, cât și calitative, cum ar fi Pearson, Chi-pătrat (χ^2), Mantel-Haenszel, Fisher, Spearman, Kendall tau și Gamma.

În urma aplicării acestor teste, parametrii principali de interes au fost discutați și concluziile au fost stabilite în funcție de valorile acestora. Prin urmare, parametrul de referință p, care a fost calculat în timpul testelor, reprezintă nivelul de semnificație al testului. A fost comparat cu $p=0,05$, ceea ce înseamnă că există valori semnificative pentru p care este sub 0,05.

Teste care nu sunt parametrice Testul (Chi pătrat) este un test neparametric care este folosit pentru deducții statistice în cazul a două sau mai multe eșantioane aleatorii extrase dintr-o populație și care au o repartiție diferită a frecvențelor între ele.

Acest test analizează două sau mai multe repartiții de frecvențe pentru două loturi care provin din aceeași populație, ceea ce înseamnă că au o repartiție de frecvență similară, dar cu o altă caracteristică. Se iau în considerare cifrele absolute, ceea ce face calculul mediei, dispersiei și momentelor mai ușor. În plus, acest test se aplică numai atunci când evenimentele așteptate se exclud unul pe celălalt, adică nu este posibil să se întâmple decât unul dintre ele.

2.2.2 Metodologie de evaluare a calității serviciilor medicale în spitalele generale și de monospecialitate

Studiul, de aspect observațional, descriptiv, transversal, s-a desfășurat în ianuarie 2019 și a cuprins 184 de pacienți cărora li s-a aplicat un chestionar pentru analiza gradului de satisfacție din perspectivă pacientului. Instrumentul folosit - chestionarul cu 18 întrebări închise și deschise a cuprins de asemenea și date generale despre respondenți.

S-a realizat o evaluare prin aplicarea de chestionare de satisfacție pacienților din spitalul general și cel de monospecialitate, chestionar care a fost conceput și validat în lucrarea doctorală.

Conceptul de validitate este de importanță majoră în analiza chestionarelor, fiind considerat aspectul central al utilizării unui chestionar nou. Problematika validității unui chestionar trebuie să fie privită în raport cu stabilirea măsurii în care acesta îndeplinește exigențele fixate aprioric față de el.

Validitatea unui chestionar se referă la cât de precis este în ceea ce privește capacitatea sa de a măsura un fenomen real. Există o corespondență, adică o legătură între chestionar și realitate, cum ar fi între o caracteristică măsurată prin chestionar și manifestarea reală a caracteristicii respective. Această corelație demonstrează validitatea chestionarului și demonstrează forța sa.

Validitatea este, după Serge Legendre (Bernier și Pietrulewicz, 1997), „capacitatea unui instrument de a măsura realmente ceea ce trebuie să măsoare, după utilizarea pe care o vrea”. Pe aceeași linie, în teoria clasică a chestionarelor, validitatea unui chestionar se bazează pe gradul de precizie cu care acesta măsoară faptic o caracteristică a medicilor sau a pacienților sau ceea ce pretinde că măsoară [50].

Scopul chestionarului elaborat este de a măsura gradul de satisfacție al pacienților din spitalul general și de monospecialitate, grad de satisfacție care intervine în analiza cost-eficienței unui spital.

Prin cele expuse mai sus, argumentăm obiectul studiului care s-a orientat în direcția evaluării activității spitalelor generale și de monospecialitate bazate pe măsuri elaborate din cadrul politicilor de sănătate specifice respectiv, dezvoltarea și testarea unui model econometric de management eficient în România. Dezvoltarea unui astfel de instrument cât mai performant de evaluare a calității serviciilor medicale în spitalele generale și de monospecialitate, adaptat nevoilor curente ale serviciilor sanitare poate fi ușor individualizat la nivel regional, local sau național, fiind util atât cercetării științifice cât și în evaluarea periodică a politicilor de sănătate, necesare implementării proiectelor de dezvoltare. [51,52]

Material și metode

A fost propus un chestionar ce a inclus 18 itemi și a fost urmată procedura de validare pentru a evalua capacitatea acestuia de a fi considerat un instrument specific pentru cuantificarea calității serviciilor medicale.

Validarea chestionarului presupune etapa analizei pretest adică analiza itemilor, prin evaluarea valorii indicelui *Cronbach-alfa*, care are o plajă de variație între 0 și 1. O valoare mai mică de 0,7, impune excluderea anumitor itemi pentru ca ulterior valoarea acestui coeficient să crească peste 0,7 (*Cronbach-alfa*) și în acest fel itemii chestionarului să devină valizi. Valoarea inițială a coeficientului *Cronbach-alfa* poate fi crescută prin excluderea itemilor nepotrivii. Următoarea fază este reluarea prelucrării.

Am propus două instrumente de lucru în cercetarea doctorală:

1. Primul instrument va fi grila de observare cu scopul de a extrage datele relevante pentru tema de cercetare din observații directe și texte diverse pe care le-am analizat;
2. În a doua etapă îmi propun construirea unei grile de analiză pentru compararea spitalelor generale și de monospecialitate și facilitarea analizei calitative și cantitative.

Itemii care anterior aveau o corelație pozitivă dar mică cu scala au acum o corelație mai mare ca urmare a revizuirii. În orice caz, itemii pozitivi cu corelații care au o valoare mai mică de

0,3 nu trebuie păstrați, deoarece nu contribuie la constructul vizat și reprezintă doar o pierdere de timp în aplicarea instrumentului.

Chestionarul propus este specificat în Anexa nr. 1

2.2.3 Aplicarea și validarea chestionarului de satisfacție

Chestionarul de satisfacție a fost supus unui proces riguros de validare, realizat pe un eșantion pre-test de 30 de pacienți. Itemii care nu au demonstrat relevanță statistică sau au generat redundanță în răspunsuri au fost eliminați. Validarea instrumentului s-a realizat prin analiza consistenței interne, utilizând coeficientul Cronbach alfa ($\alpha = 0,92$), care a confirmat un nivel înalt de fidelitate. De asemenea, eșantionarea a fost aleatorie, iar criteriile de includere și excludere au urmărit reprezentativitatea și capacitatea respondenților de a înțelege și completa instrumentul.

2.2.4 Evaluarea politicilor de sănătate și impactul acestora în domeniul sănătății

Studiul calitativ privind evaluarea politicilor de sănătate

În cadrul demersului calitativ, a fost utilizată și metoda focus-grup, integrată prin organizarea unor interviuri semistructurate cu 24 de participanți implicați în managementul spitalicesc sau în procesul decizional din sistemul de sănătate. Aceștia au fost selectați din spitale generale și monospecialitate, respectiv din autorități publice locale sau centrale relevante pentru tema analizată. Metoda a permis explorarea percepțiilor, priorităților și constrângerilor percepute în organizarea și funcționarea spitalelor, completând datele obținute prin instrumentele cantitative. Analiza calitativă a răspunsurilor a contribuit la interpretarea contextualizată a rezultatelor și la fundamentarea recomandărilor de politici publice. Acest demers a fost realizat în 3 etape, în perioada iulie-septembrie 2019

Studiul calitativ al evaluării politicilor de sănătate evidențiază reflectarea subiectivă a stakeholderilor din sistemul de sănătate (am realizat interviuri cu decidenți din sistemul național de sănătate pe baza unui ghid de interviu semi-structurat).

Scopul cercetării calitative este de a evidenția și explora opinia unor stakeholderi implicați în structuri de sănătate, asupra evaluării politicilor de sănătate, în vederea promovării unei stări echilibrate de sănătate a populației, posibilităților de aplicare a sănătății în toate politicile și evaluarea impactului asupra sănătății.

Material și metodă

Metodologia constă în 24 de interviuri semistructurate cu stakeholderi implicați în structuri și la niveluri diverse din sănătate, fiind implicați în formularea și aplicarea documentelor legislative și implementarea acestora, pentru tematica aleasă, respectiv decidenți ai autorităților

publice centrale și locale (12 interviuri), ai organizațiilor interguvernamentale, organizații nonguvernamentale și ai mediului academic - profesioniști în sănătate (alte 12 interviuri), cu durata de aproximativ o oră fiecare. Selecția respondenților s-a făcut inițial pe baza unor recomandări, apoi prin metoda bulgărelui de zăpadă, până am ajuns la numărul specificat. În perioada iulie-septembrie a anului 2 de studiu au fost efectuate interviurile față în față sau prin Skype cu reprezentanți ai organizațiilor neguvernamentale, asociațiilor de pacienți, clustere, reprezentanții mediului academic și autorităților publice centrale și locale.

Eșantionarea de tip snowball („bulgăre de zăpadă”) [53,54] este folosită pentru a stabili o hartă a părților interesate adecvate, din care pot fi extrași reprezentanți și membri ai comunității. Pentru a oferi o diversitate de opinii și perspective asupra temelor analizate, fără a ajunge la saturație, am considerat că numărul avem un număr de respondenți este suficient.

Am folosit două variante de ghiduri de interviu: una pentru reprezentanții instituțiilor publice centrale și locale, alta pentru experți ai organizațiilor interguvernamentale, ONG-urilor și ai mediului academic. Durata medie a fiecărui interviu a fost de aproximativ 1 oră.

Întrebările au fost grupate pe trei teme majore:

1. Evaluarea politicii de sănătate, unde am urmărit contextul – opinia respondenților despre particularitățile acestei abordări, factori determinanți și obstacolele care există în acest moment în România, factorii cheie, precum și structurile necesare evaluării politicii de sănătate.
2. Evaluarea impactului asupra sănătății ca instrument principal de aplicare a sănătății în toate politicile în general, unde am urmărit contextul actual, factorii implicați și niveluri de decizie.
3. Noțiunea de sănătate în toate politicile, unde am urmărit credințele fiecăruia despre particularitățile temei abordate, pașii necesari pentru aplicarea conceptului la noi în țară, actorii importanți și structurile necesare acestei abordări.

Inițial, am clarificat definițiile celor două noțiuni, pentru a avea siguranța faptului că persoanele intervievate sunt familiare cu temele de discuție, apoi am trecut la întrebările din cadrul ghidului de interviu semistrukturat. [55]

Am utilizat, în cadrul interviurilor pe care le-am realizat, următoarele definiții: Sănătatea în toate politicile este o abordare intersectorială a politicilor publice care ia în considerare, în mod sistematic, implicațiile deciziilor asupra sănătății, caută sinergii și evită efectele dăunătoare asupra sănătății cu scopul de a îmbunătăți sănătatea populației și echitatea în sănătate [56,57]

Definiția evaluării de impact asupra sănătății cea dată de OMS este: „*Orice combinație de proceduri sau metode prin care o politică sau un program propus pot fi apreciate cu privire la*

efectul (efectele) pe care le pot avea asupra sănătății unei populații și asupra distribuției efectelor respective în cadrul populației.” (WHO, 1999) [58].

Acolo unde a existat acordul persoanei intervievate, interviurile au fost înregistrate. Pe baza însemnărilor din timpul discuției am făcut un rezumat în celelalte situații. Au fost anonimizate înregistrările și datele pentru analiză, pentru a păstra confidențialitatea datelor persoanelor intervievate. Datele au fost analizate pe fiecare temă în parte: context, părți interesate, structura, evaluarea impactului asupra sănătății și tema sănătății în toate politicile.

Metoda DELPHI

Metoda Delphi a fost utilizată pentru obținerea unui consens între specialiști din domeniul sănătății cu privire la interpretarea datelor colectate și formularea recomandărilor. Au fost parcurse trei etape principale: redactarea și distribuirea unui chestionar tematic către un grup de experți, colectarea și sintetizarea răspunsurilor printr-un facilitator, și relansarea către participanți pentru ajustarea opiniilor în direcția consensului. Anonimatul răspunsurilor și feedbackul structurat au permis evitarea influențelor de grup sau a opiniilor dominante, crescând astfel acuratețea decizională [59], [60].

Panelul de experți a fost constituit pe baza competențelor în management sanitar și politici publice, iar răspunsurile au fost analizate calitativ și integrate în etapa finală a interpretării rezultatelor. Prin această metodă, a fost asigurată validarea externă a concluziilor și coerența recomandărilor formulate [61].

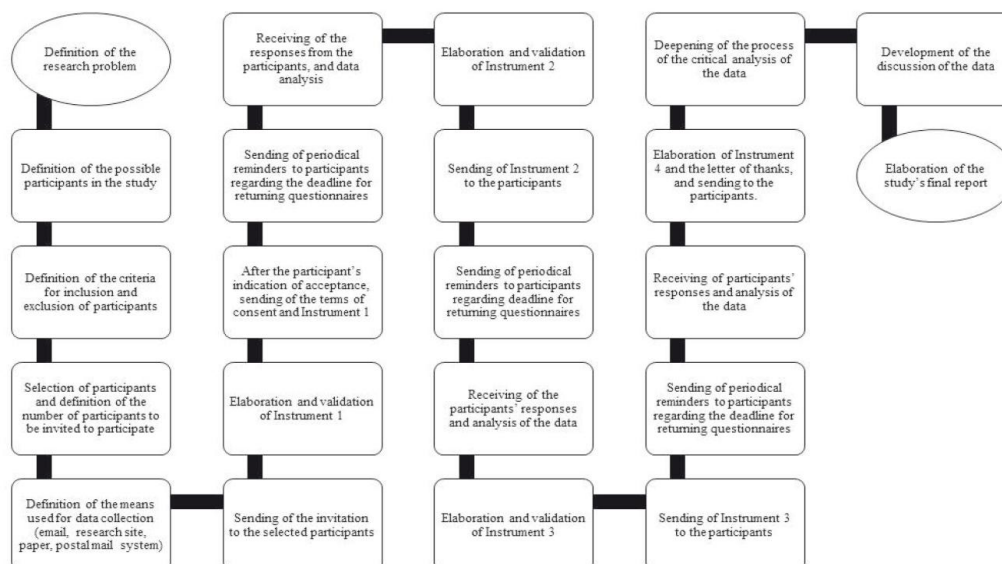


Fig. 2.2. Explicație pas cu pas a căii metodologice întreprinse pentru validarea studiului prin utilizarea metodei Delphi (adaptat după Nasa P. et al, 2021, Delphi methodology in healthcare research

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8299905/>)

Studiul realizat s-a derulat utilizând metoda Delphi convențional, într-un interval de 62 zile. Au fost incluși în studiu, 41 persoane cu rol important la nivelul unor instituții publice din sectorul medical sau din instituții cu implicare directă în managementul spitalelor.

Având în vedere complexitatea și sensibilitatea evaluării politicilor de sănătate, alegerea metodei Delphi convenționale se justifică prin faptul că aceasta oferă un cadru deliberativ iterativ, care permite participanților să reflecte profund asupra problemelor și să revizuiască opiniile pe baza feedback-ului structurat obținut în runde succesive. Această abordare reduce influența presiunilor sociale și a efectelor de conformitate, asigurând astfel o validare riguroasă a consensului. De asemenea, intervalele între runde oferă timpul necesar pentru analiza critică a propunerilor, contribuind la formularea unui consens robust și bine fundamentat, esențial pentru dezvoltarea unor politici de sănătate sustenabile și eficiente.

Tabelul 2.2. Durata și numărul de participanți în fiecare etapă

Etapa	Durata (zile)	Participanți (număr inițial)	Respondenți	Participanți retrași*
Etapa 1	21	41	36	12,2%
Etapa 2	18	36	34	5,56%
Etapa 3	23	34	31	8,82%
Etapa 4	Înmânarea rezultatelor tuturor participanților activi din prima rundă			
* Procentul de participanți care au dispărut a fost calculat în raport cu runda anterioară.				

A fost elaborată organigrama ce a integrat în totalitate etapele de desfășurare și metodologia DELPHI.

A fost stabilit obiectivul analizei și etapele analizei.

Încercările repetate de a căuta opinia și analiza ulterioară pentru a vedea dacă analiza Delphi a atins sau nu un punct critic pentru încheierea studiului, formează stadiul de distilare în modelul generic Delphi. Este o caracteristică distinctivă a acestui studiu faptul că cele trei teste au fost aplicate la fiecare rundă.

Pentru a fi consecvente, primele două etape au fost denumite în conformitate cu terminologia concepută de Ziglio (1996) [62], deși cu un conținut care nu este similar. Lucrarea de față propune ca activitățile din această etapă să fie clasificate în natură „pe termen scurt” sau „pe termen lung”. Primul include elaborarea și diseminarea raportului final asupra studiului. Activitatea pe termen lung este diseminarea cunoștințelor despre analiza Delphi (Anexa nr. 4).

2.3. Metode statistice de evaluare a materialului primar

În continuare prezintăm rezultatele criteriului de validare a chestionarului prin analiza consistenței interne, care include un set de indicatori statistici descriptivi pentru întregul chestionar.

Toți itemii trebuie să demonstreze un anumit atribut, așa că trebuie să se coreleze unii cu alții. Putem spune că testul are „consistență internă” dacă fiecare item este relevant (Anexa nr. 2).

Coeficientul *Cronbach alfa* este de departe cel mai cunoscut dintre toate statisticile folosite în astfel de situații, deoarece este folosit ca un indicator al preciziei de măsurare a unui test, al consistenței și fidelității unui chestionar. De obicei, valoarea indicelui Cronbach alfa crește odată cu numărul de itemi. Din mai multe motive, utilizarea testelor cu mai mulți itemi este inconvenientă. O dificultate în acest sens, se referă la timpul pe care trebuie să-l cheltuiți pentru a le aplica, iar altul poate fi inutilitatea păstrării itemilor cu contribuții inutile, mici sau care se îndreaptă în sens opus.

Unul dintre obiectivele analizei de itemi este identificarea și excluderea acestora sau modificarea lor în conformitate cu atributul măsurat. Ea este recursivă, ceea ce înseamnă că face evaluări succesive ale relațiilor dintre itemi și îi poate selecta în funcție de relațiile lor.

Valoarea indicelui Cronbach alfa, care are o gamă de 0 până la 1, servește drept criteriu fundamental pentru această operație.

Cei mai mulți cercetători acceptă valoarea de 0,70 ca prag limită pentru o scală pentru a fi considerată consistentă. Valoarea Cronbach alfa nu poate fi sub 0,60.

Cea mai mare importanță o au aspectele: ***Item-Total Correlation (Itm-Totl - Correl.)*** (corelația dintre itemi) și ***Alpha if Item Deleted (Alpha if – deleted)*** (valoarea lui Cronbach alfa, dacă respectivul item ar fi eliminat).

Conform analizei, unele corelații cu valori foarte mici au fost găsite în itemi specifici (3, 8 și 17). Cu alte cuvinte, ei nu furnizează informații utile privind atributul măsurat; în schimb, fac invers.

În primul rând, ar trebui să verificăm dacă valorile itemului au fost codificate corect. Dacă este cazul, atunci itemii menționați sunt excluși.

După revizuirea sondajului, următoarea etapă este reluarea procesului de prelucrare.

Prin eliminarea itemilor care nu se potrivesc, coeficientul Cronbach alfa inițial este de 0,6091, ceea ce este o valoare modestă în comparație cu nivelul necesar (0,70).

Reluarea procesului de prelucrare este următoarea etapă.

Itemii care anterior aveau o corelație pozitivă dar mică cu scala au acum o corelație mai mare ca urmare a revizuirii. În orice caz, itemii pozitivi cu corelații care au o valoare mai mică de 0,3 nu trebuie păstrați, deoarece nu contribuie la constructul vizat și reprezintă doar o pierdere de timp în aplicarea instrumentului.

Se reia prelucrarea și se obține configurația următoare.

Conform rezultatelor, valoarea Cronbach alfa este de 0,9206. În plus, constatăm că, dacă examinăm ultima coloană a cifrelor corespunzătoare pentru fiecare item, nu am reușit să obținem o valoare mai mare a coeficientului alfa decât cea care a fost calculată (0,9206).

Atunci când avem mai mulți itemi în această fază, îi putem păstra pe aceia care au o corelație mai puternică cu scala și, prin urmare, putem atinge un nivel mai ridicat de consistență internă.

În timp ce studiile statistice sunt mai sigure atunci când sunt efectuate pe eșantioane mai mari, același principiu se aplică și pentru construcția scalelor: o consistență mai mare a scalei este rezultatul unei cantități mai mari de itemi.

Rezultatele analizei arată clar că itemii obținuți prin eliminarea iterațiilor succesive au un coeficient de consistență ridicat (Cronbach alfa=0,9206), ceea ce confirmă validitatea chestionarului și nivelul ridicat de consistență.

2.3.1 Metoda statistică economică

Pentru analiza raportul cost / eficiență a serviciilor medicale oferită în cele două tipuri de spitale analizate (monospecialitate / general) a fost aplicată o analiză de regresie cu frontieră stocastică.

A fost realizată o funcție de estimare a costului de spitalizare pe baza unui model de regresie cu frontiera stocastică SFA (stochastic frontier regression analysis). Pe baza acestei funcții se poate estima eficiența spitalului.

$$y_i = f(x_i) \times EF_i \quad (5.1)$$

y – eficiența spitalului

x_i – indicatorii evaluați; $f(x_i)$ – frontiera indicatorilor estimată pe baza coeficienților β

EF_i – eficiența spitalului definită a raportul dintre valoarea indicatorului și valoarea maximă estimată. Pentru $EF=1$ se observă eficiență maximă, în timp ce pentru $EF < 1$ observăm o ineficiență a activității și reprezintă de asemenea o variabilă stocastică. Așadar ea poate fi exprimată exponențial $EF=\exp(a_i)$

La toate aceste variabile se mai adaugă o componentă stocastică, care descrie variabilele aleatorii care pot afecta eficiența unui spital. Aceste variabile nu sunt dependente de managementul spitalului sau de serviciile oferite. În principal sunt influențate de politicile de sănătate, schimbări

legislative, creșterile sau scăderile finanțărilor, adresabilitatea cazurilor, urgențele etc. și reprezintă variabile sunt aleatorii. În contextul care fiecare spital se confruntă cu aceste situații, această componentă este descrisă de o distribuție comună de tip exponențial. Astfel funcția devine:

$$y_i = f(x_i) \times \exp(a_i) \times \exp(v_i) \quad (5.2)$$

unde v_i – reprezintă o variabilă de perturbație.

Prin logaritmare obținem:

$$\ln(y_i) = \beta_0 + \sum \beta_i \ln x_i + v_i + a_i \quad (5.3)$$

a_i – reprezintă componenta de ineficiență

v_i – reprezintă variabilele aleatorii independente de serviciile spitalului

Astfel, pe baza coeficienților calculați în cazul acestui model pot evalua eficiența sau ineficiența spitalului analizat.

Abordarea unui model de regresie cu frontiera stocastică evaluează eficiența cost / servicii practic urmărind componenta de ineficiență. Acest aspect apare deoarece la nivelul spitalelor se observă o maximizare a costurilor și nu o minimizare a acestora.

În prima etapă a studiului au fost comparați indicatorii analizați la nivelul celor două tipuri de spitale analizate (spital general vs. spital monospecialitate). Avându-se în vedere și costurile s-a putut evalua raportul cost-eficiență.

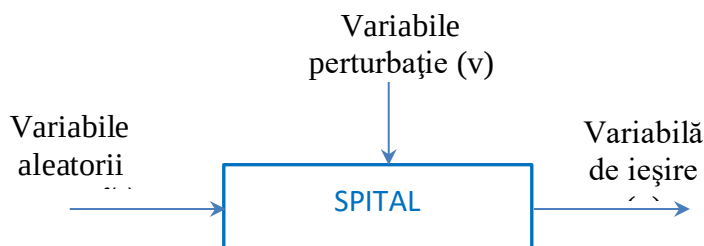


Fig. 2.3. Procesul stocastic

Variabile de studiu

Variabila dependentă a fost reprezentată de costurile totale ale spitalului. Au fost excluse costurile asociate investițiilor sau care nu au legătură cu îngrijirea pacientului. Costurile totale au fost exprimate în RON din perioada anilor 1-2, iar variabila dependentă a fost măsurată în formă logaritmică, așa cum este standard în literatura de specialitate.

Principalele variabile independente considerate au fost:

- Numărul pacienților externați
- Numărul de pacienți consultați în ambulatoriu
- Numărul pacienților externați x Numărul de pacienți consultați în ambulatoriu
- Durata medie de spitalizare a cazurilor

- Indicele de complexitate a cazurilor
- Procentul pacienților cu intervenții chirurgicale din totalul pacienților externați din secțiile chirurgicale
- Rata infecțiilor nosocomiale
- Rata pacienților reinternati
- Raportul angajați / nr. paturi
- Rata de utilizare a paturilor pe spital
- Număr paturi

În economie se folosesc, funcțiile de cost pentru a măsura economiile de anvergură, o măsură a eficienței obținute prin producerea simultană a mai multor rezultate. În consecință, am inclus interacțiunea dintre externări și consultații în ambulatoriu. Diferențele dintre cele două variabile independente au fost ponderate/ajustate prin includerea duratei medii de spitalizare.

Abordarea studiului a fost de a controla eterogenitatea serviciilor oferite, aspect ce influențează semnificativ eficiența spitalelor. În acest fel se realizează un concept care combină noțiunea de cost și calitate specific analizei tradiționale a funcției costurilor [65].

Studiul a constatat și în evaluarea calității serviciilor prin includerea unor indicatori specifici: ratele de readmisie/reinternare în spitale, dar și includerea indicelui de severitate case-mix.

Tabelul 2.3 Indicatorii introduși în studiu în funcție de tipul variabilei

Indicatori
Variabilă dependentă: Costul
Variabile independente
Numărul pacienților externați
Numărul de pacienți consultați în ambulatoriu
Numărul pacienților externați x Numărul de pacienți consultați în ambulatoriu
Durata medie de spitalizare a cazurilor
Indicele de complexitate a cazurilor
Procentul pacienților cu intervenții chirurgicale din totalul pacienților externați din secțiile chirurgicale
Rata infecțiilor nosocomiale
Rata pacienților reinternati
Raportul angajați / nr paturi
Rata de utilizare a paturilor pe spital
Număr paturi

Un aspect important regăsit în literatura de specialitate, reflectând un număr tot mai mare de dovezi recente, care indică faptul că spitalele monospecialitate tratează cazuri de severitate mai

mică decât spitalele generale [66, 67]. Indicele de caz-mix este o construcție internă; totuși, nu este perfect adaptată pentru severitatea cazurilor consultate în ambulator.

Unele studii s-au bazat pe structurarea variației observate a ratelor de mortalitate [14]. Cu toate acestea, mortalitatea este un eveniment relativ rar în spitale și poate fi inevitabil în anumite cazuri, astfel încât utilizarea acestuia ca măsură de calitate poate duce la evaluări incorecte ale performanței serviciilor medicale oferite [33]. După cum sa menționat mai sus, un control slab al calității serviciilor medicale poate influența semnificativ rezultatul modelelor de analiză (SFA - stochastic frontier regression analysis), ceea ce face dificilă diferențierea între costurile mai mari rezultate din calitatea superioară a serviciilor și costurile mai mari rezultate din calitatea serviciilor scăzută.

Utilizarea indicatorilor de calitate a serviciilor medicale în analiza SFA aduce un beneficiu important [68]. Deoarece studiul nostru se concentrează pe servicii medicale ce includ multe intervenții chirurgicale și alte proceduri complexe, abordarea conceptuală de măsurare a calității încorporează indicatori de siguranță a pacienților (rata pacienților reinternati - fără programare - în intervalul de 30 zile de la externare). Acești indicatori de calitate includ o gamă largă de evenimente cu potențial crescut de a fi evitate, care compromit siguranța îngrijirilor medicale, cum ar fi de exemplu complicațiile în urma intervențiilor chirurgicale [54]. Astfel de evenimente ce apar pe parcursul spitalizării tind să crească nivelul costurilor, deoarece implică utilizarea unor resurse suplimentare. Acest lucru ar putea lua forma unor zile suplimentare de spitalizare, readmisie în spital pentru diverse complicații, o intensitate mai mare a serviciilor (de exemplu, zile petrecute în unități de terapie intensivă), mai multe servicii auxiliare și / sau medicamente / terapii suplimentare.

Literatura de specialitate a arătat că printre spitalele generale, concurența altor spitale reprezintă un alt factor ce poate explica variația costurilor [69].

Pe viitor propun introducerea unui indicator care să evalueze fluxurile de pacienți pentru a obține o anumită intervenție chirurgicală, procedură de diagnostic, deoarece se așteaptă ca mulți pacienți să parcurgă distanțe relativ mari pentru a beneficia de aceste servicii [60, 70].

De asemenea, am inclus în studiu variabile binare (spital monospecialitate / spital general) pentru a controla tipul spitalului. Pentru a evidenția costurile suplimentare am inclus în analiză raportul dintre numărul angajaților și numărul paturilor. În cele din urmă, am inclus numărul de paturi din spital ca măsură a nivelului costurilor fixe. În prima parte am prezentat o analiză descriptivă comparativă a acestor indicatori pentru variabilele incluse în analize în funcție de tipul de spital.

Funcția (variabila) de cost spitalicesc a fost folosită pentru estimare (variabilă dependentă). Un dezavantaj al acestei variabile este potențialul de multicolinearitate (existența unor relații între variabilele considerate), o problemă care este în general atenuată prin estimarea cotei [71]. Cu toate acestea, după cum este menționat și în literatura de specialitate [68], abordarea SFA creează uneori dificultăți referitoare la ipotezele de distribuție a variabilelor în model. Am modificat modelul utilizând o variabilă liniară logaritmată, în care rezultatele și costurile sunt introduse în formă logaritmică, așa cum este aplicată pentru astfel de situații și în literatura de specialitate [72, 68]. Această formă funcțională este echivalentă cu funcția de cost translog în care în model coeficienții termenilor de ordinul doi sunt limitați la zero, evitând necesitatea estimării unui număr mare de termeni de interacțiune.

Deși SFA a fost dezvoltat inițial într-un context de analiză transversală, aplicațiile mai recente au extins modelele la analiza datelor în panel, făcând posibil controlul efectelor în timp, aspect imprevizibil specific spitalelor [73, 74].

Deși setul nostru de date conține observații anuale cu privire la spitalele monospecialitate și generale pe o perioadă 2 ani, am ales să nu aplicăm tehnici de analiză în panel (indicatori evaluați într-o perioadă de timp – date longitudinale) pentru efecte fixe - previzibile. Modelele de analiză a variabilelor ce reprezintă efecte fixe prezintă probleme practice de estimare datorită numărului mare de parametri care urmează să fie estimați și, de asemenea, din astfel de analize sunt excluse covariabilele ce nu prezintă variații în timp. Mai mult decât atât, modelele SFA cu efecte fixe presupun că parametrii ineficienței nu variază în timp și, prin urmare, nu separă complet sursele de eterogenitate dintre spitale (efectele fixe la nivel spitalicesc) de ineficiența la nivel de spital [75, 76].

În studiu a fost aplicat modelul cu efecte aleatorii din SFA ce permite introducerea unor parametri de evaluarea a eficienței care variază în timp, dar nu presupun nici o corelație între aceștia și variabilele observabile, o premisă puțin probabilă în analiza realizată.

Analiza statistică a datelor a fost realizată folosind STATA 16.1 (StataCorp LLC, Texas, SUA) [77]. Am aplicat un model SFA pe baza estimărilor cu probabilitate maximă (MLE - Maximum Likelihood Estimates).

Atunci când se analizează eficiența spitalelor, modelele de frontieră stocastice sunt foarte atractive, deoarece permit, la fel ca în modelele tipice de regresie, să introducă variabile aleatorii. Majoritatea abordărilor de până acum au folosit modele specificate complet restrictive, atât pentru funcția de frontieră, cât și pentru componentele termenilor stocastici (aleatorii). Recent, au fost introduse abordări locale MLE (Maximum Likelihood Estimates) pentru a relaxa aceste ipoteze parametrice.

Majoritatea beneficiilor abordării MLE locale pot fi obținute cu mai puține ipoteze și implicând calcule mult mai ușoare, mai rapide și mai robuste din punct de vedere numeric, prin utilizarea metodelor neparametrice. Acest tip de analiză oferă detalii suplimentare și crește acuratețea aprecierii cost-eficienței spitalului general și al celui de monospecialitate.

2.4 Limitările studiului

Cercetarea doctorală, deși încearcă nu numai să analizeze indicatorii calitativi și cantitativi ai sistemului de management medical din România ci și să deschidă perspectivele perfecționării politicilor de sănătate în cadrul național, are totuși câteva limitări ce trebuie luate în considerare, atât în contextul teoretic cât și în aplicabilitatea practică. Evaluarea calității serviciilor medicale și metodologia de evaluare a politicilor sanitare întâmpină dificultăți de implementare. Acest lucru se datorează în primul rând protocoalelor oarecum inexacte și depășite ce necesită o ajustare și adaptare atât la nivelul contextului socio-economic național cât și aliniat cu standardele moderne europene. Pe de altă parte, dificultatea de implementare a politicilor sanitare se datorează și resurselor, inegal repartizate și care, datorită legislației inexacte, sunt reticente în asumarea responsabilităților. Acest fenomen este nu doar un rezultat al studiului ce deschide perspectiva unor recomandări practice dar și o limitare având în vedere dificultatea realizării studiului în contextul acestor inadvertențe.

O altă problemă aplicabilă acestui studiu este reprezentată de alegerea tipului de spital monospecialitate și anume, un spital de obstetrică ginecologie. Deși compararea datelor se referă mai ales la indicatorii de eficiență, calitate și costuri, din punctul de vedere al perspectivei pacientului, procentul respondenților rămâne ușor dezechilibrat având în vedere faptul ca spitalul monospecialitate se adresează genului feminin în timp ce, spitalul general se adresează ambelor genuri.

Numărul de chestionare aplicat în cursul studiului ($n_1=130$, $n_2=54$), deși la prima vedere prezintă o discrepanță și poate fi considerat o limitare, are totuși o semnificație extrem de relevantă. Având în vedere cercetarea comparativă a unui spital de tip monospecialitate versus unul de tip general, diferența dintre numărul de chestionare aplicate rămâne totuși echilibrată pentru că adresarea pacienților unei singure specialități nu se poate echivala cu pacienții ce se adresează mai multor specialități. Reeșind din fapt, că comparația rezultatelor despre satisfacția respondenților se bazează pe loturi neechilibrate, analiza rezultatelor a fost completată cu indicatorul "Monte Carlo simulation for test chi-patrat".

Un alt aspect îl constituie ratele scăzute de eficiență și calitate în spitalul monospecialitate versus cel general, ceea ce deschide de asemenea perspectiva continuării studiului pe o direcție

comparativă a mai multor spitale monospecialitate, pentru a determina dacă anumite specialități au un indice cost-eficiență și unul calitativ mai scăzut sau dacă, aceste fenomene caracterizează omogen spitalele de tip monospecialitate.

Concluzii

Capitolul 2 a descris metodologia de cercetare utilizată, evidențiind caracterul mixt al investigației – cantitativ și calitativ – și justificând alegerea instrumentelor de analiză aplicate. Prin utilizarea modelului de frontieră stocastică (SFA), a chestionarelor de satisfacție și a interviurilor semistructurate, cercetarea a reușit să capteze atât performanța măsurabilă din punct de vedere economic, cât și dimensiunea percepută a calității serviciilor. Coerența designului metodologic a asigurat validitatea concluziilor și a permis obținerea unei perspective integratoare asupra eficienței instituțiilor medicale.

3.IDENTIFICAREA METODELOR ECONOMETRICE DE MANAGEMENT ÎN SĂNĂTATE, ÎN SPITALE GENERALE ȘI MONOSPECIALITATE

3.1 Rezultatele analizei comparative a indicatorilor de evaluare a serviciilor medicale în spitalele generale și de monospecialitate

Rezultatele prezintă într-o formă sintetică o sinteză și o analiză cât mai completă, având la baza date concrete. Astfel am abordat indicatori:

- a) cantitativi;
- b) calitativi;
- c) de eficiență și eficacitate;

Scopul evaluării acestor indicatori este de a evalua comparativ eficiența celor două tipuri de spitale analizate atât din perspectiva calității serviciilor medicale oferite dar și din punct de vedere al costurilor. De asemenea pe baza rezultatelor pot fi previzionate unele schimbări de structura, de eficientizare a serviciilor medicale, a consumurilor (de medicamente, reactivi, materiale sanitare etc.).

Au fost evaluați indicatori cantitativi, calitativi de eficiență și eficacitate atât în ceea ce privește organizarea cât și coordonarea serviciilor de sănătate la nivelul unităților sanitare în ansamblul lor.

Pentru evaluarea eficienței asistenței medicale spitalicești au fost analizate datele a doi ani consecutivi, care au inclus variabile stratificate din diverse compartimente. Indicatori de utilizare a serviciilor evaluați au fost:

Tabelul 3.1. Indicatori evaluați

Resurse umane
Personal medical
Personalul de deservire
Personalul din compartimentele financiar
Indicatori de utilizare a serviciilor
Locuri disponibile
Numărul pacienților externați
Durata medie de spitalizare a cazurilor
Rata de utilizare a paturilor pe spital
Proportia urgențelor din totalul pacienților internați pe spital
Numărul de pacienți consultați în ambulatoriu
Indicele de complexitate a cazurilor pe spital și pe fiecare secție
Procentul pacienților cu intervenții chirurgicale din totalul pacienților externați din secțiile chirurgicale

Indicatori de calitate
Rata mortalității intraspitalicești
Rata infecțiilor nosocomiale
Rata pacienților reinternati (fără programare) în intervalul de 30 zile de la externare
Indicele de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare
Indicatori financiari
Execuția bugetară față de bugetul de cheltuieli aprobat
Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului
Procentul cheltuielilor cu serviciile de spitalizare continuă din total cheltuieli
Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului
Procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului
Costul mediu pe zi de spitalizare (lei)

Costurile reale pentru serviciile spitalicești, care au inclus elementele de cost, au fost raportate la numărul de spitalizare pentru a determina costurile per unitate.

3.1.1 Indicatori de management - resurse umane

Evaluarea comparativă a resurselor umane

În spitalul general, repartiția resurselor umane a fost prezentată în tabelul din Anexa nr. 6.

În spitalul monospecialitate sunt înregistrate diferențe de repartizare a personalului angajat aspect reflectat în graficele următoare.

Personalul TESA din spitalul monospecialitate reprezintă 4,66% în timp ce în spitalul general proporția este semnificativ mai mică 3,66%. Din punct de vedere al personalului de deservire între cele două tipuri de spitale nu există diferențe semnificative (3,9% în spitalul general vs. 3,64% în spitalul monospecialitate). Raportarea a fost efectuată la numărul total al angajaților (Anexa nr. 7)

Tabelul 3.2. Dinamica angajării resurselor umane

Spital monospecialitate	An 1	An 2	Medie (An 1-An 2)
Personalul medical angajat al spitalului	91,72%	91,6%	91,66%
Personalul de deservire angajat în spital din totalul personalului angajat al spitalului (muncitori de întreținere, muncitori bucătărie)	3,65%	3,62%	3,64%
Personalul din compartimentele financiar, ctb, RU, achiziții, aprovizionare efectiv angajat în spital din totalul personalului efectiv angajat al spitalului	4,53%	4,78%	4,66%

Raportat la numărul total al angajaților este remarcat faptul că în spitalul general ponderea personalului medical cu studii superioare este mai mare în spitalul general (medie de 28,2% în perioada anilor de studiu) comparativ cu spitalul monospecialitate în care media pe anii 1-2 a fost de 22,4%.

Atât în spitalul general cât și în spitalul monospecialitate este remarcată o tendință de creștere a personalului medical cu studii superioare și o scădere a ponderii personalului medical cu studii medii. Acest aspect poate fi explicat în contextul unei schimbări frecvente a legislației și a situației economico-sociale actuale care duce la migrarea personalului calificat și la o dificultate de recrutare a unui alt personal calificat și cu experiență pentru a ocupa pozițiile disponibile.

Tabelul 3.3. Evaluare comparativă a indicatorului resurse umane

Indicator resurse umane	Spital general	Spital monospecialitate	P
Personalul medical angajat al spitalului	92,45%	91,66%	0,0341*
Personalul de deservire angajat în spital din totalul personalului angajat al spitalului	3,90%	3,64%	0,0562
Personalul din compartimentele TESA efectiv angajat în spital din totalul personalului efectiv angajat al spitalului	3,66%	4,66%	0,0016*
<i>* Marchează diferențe semnificative $p < 0,005$</i>			

Resursele umane din sănătate constituie una dintre cele mai importante și mai costisitoare resurse din sectorul de sănătate. De aceea resursele umane sunt privite ca o componentă importantă pentru succesul organizațiilor de sănătate, de fapt pentru succesul întregului sistem sanitar. Cu toate acestea numărul semnificativ mai mare de personal TESA reprezintă un dezavantaj în cazul spitalului monospecialitate prin cheltuielile de personal rezultate. În același context un element de asemenea cu impact negativ în cazul spitalului monospecialitate îl reprezintă ponderea mai mică a personalului medical (91,6% vs. 92,45%)

3.1.2 Indicatori de utilizare a serviciilor

Analiza comparativă cantitativă a indicatorilor de evaluare a serviciilor

Analiza cantitativă a indicatorilor de evaluare a activității medicale a fost realizată pe o perioadă de doi ani. Studiul comparativ al indicatorilor a fost realizat pe baza medierii indicatorilor anuali incluși în analiză. Analiza cumulată pe doi ani a avut ca scop o evaluare a tendinței de evoluție a tuturor modificărilor ce apar la nivelul spitalelor generale și a celor monospecialitate în contextul modificărilor permanente a politicilor de sănătate. Modificarea politicilor de sănătate se reflectă în tot sistemul medical național și la nivelul tuturor palierelor organizatorice ale acestuia. Astfel, analiza globală și în dinamică poate evidenția situația generală dar și tendința de evoluție a acesteia.

1. Numărul pacienților externați

Rezultatele nu au indicat o diferență semnificativă între ponderile cazurilor tratate în spitalizare continuă în spitale monospecialitate ($p=0,0521$) comparativ cu cele tratate în spitalul general. În dinamică atât în spitalul general cât și în spitalul monospecialitate este înregistrată o tendință de scădere anuală a numărului pacienților tratați spitalizare continuă (Tabel 3.4). Din punct de vedere a numărului de cazuri tratate în spitalizare e zi ponderea cazurilor este comparabilă în cele două tipuri de spitale fără diferență semnificativă. Rezultatele au indicat faptul că din punct de vedere al tipului de consultație (prin spitalizare continuă sau spitalizare de zi) nu au existat diferențe semnificative între spitalul general și cel monospecialitate (Anexa nr. 8)

La nivelul spitalului monospecialitate am realizat o analiză sinoptică privind indicatorii de evaluare a activității medicale. Acest lucru a fost posibil datorită structurii spitalului monospecialitate, realizându-se o analiză la nivelul secțiilor spitalului pentru a observa atât tendința de evoluție în dinamică (evaluare pe doi ani) cât și ponderea comparativă a cazurilor la nivelul fiecărei secții. Această analiză nu a fost posibilă în spitalul general datorită numărului mare de secții din structura organizatorică a acestuia.

În internare continua au fost îngrijiți 15049 de bolnavi în anul 2 cu aproximativ 207 (1,36%) pacienți mai puțini față de anul 1. Se remarcă faptul că activitatea secției de neonatologie II și terapie intensivă a scăzut față de anul 1 cu 3,67% respectiv cu 210 pacienți mai puțin. Ponderea cea mai mare a cazurilor este remarcată la nivelul secției de neonatologie (Anexa nr. 9).

Tabelul 3.4. Numărul pacienților externați în spitalul monospecialitate – total și pe secții

	Anul 1	Anul 2
O+G risc	49	38
G.I	869	849
G.II	920	881
NN I	5380	5585
NN II+TI	972	1019
O. I	3005	2977
O. II	1767	1849
O. III	2087	2061
	An 1: 15259 ↘ An 2 - 15049	

2. Durata medie de spitalizare a cazurilor

Durata medie de spitalizare a înregistrat în ambele tipuri de spitale o scădere în perioada analizată.

Tabelul 3.5. Evaluarea comparativă a duratei medii de spitalizare

Spital general	Anul 1	Anul 2
Durata medie de spitalizare	6,37	6.34
Medie	6,36	
Spital monospecialitate	Anul 1	Anul 2
Durata medie de spitalizare	6,7	6.01
Medie	6,35	
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=1,571$, $p=0,0521$		

În spitalul monospecialitate durata medie de spitalizare pe spital în anul 2 a fost de 6,01 zile aceasta fiind peste durata contractată cu CNAS – 5,15 zile, ceea ce demonstrează că în spitalul monospecialitate sunt îngrijiți pacienți cu patologie severă. În cazul nou-născuților prematuri durata medie de spitalizare a fost de 21,57 zile în anul 2, ceea ce evidențiază o patologie complexă pentru nou-născuții internați în spital, nou-născuți mici și extremi de mici care necesită durate lungi de spitalizare. În spitalul general numărul zilelor de spitalizare în anul 2 a fost de 6,34, valoare semnificativ mai mare comparativ cu cea înregistrată în spitalul monospecialitate. Acest aspect a prezentat o modificare în anul 2 comparativ cu cea întâlnită în anul 1 când în spitalul monospecialitate durata medie de spitalizare a fost semnificativ mai mare comparativ cu cea întâlnită în spitalul general (6,7 vs. 6,37). Implementarea unor noi strategii de eficientizare a serviciilor au dus la scăderea duratei de spitalizare în spitalul monospecialitate.

Așa cum era de așteptat în spitalul monospecialitate luat în studiu, deși se tratează patologii complexe, durata medie de spitalizare la nivelul anului 2 este semnificativ mai mică comparativ cu cea înregistrată în spitalul general. Acest aspect demonstrează încă odată faptul că o patologie complexă și o complexitate mare a cazurilor sunt specifice spitalelor de tip general (Anexa nr. 10).

Tabelul 3.6. Durata medie de spitalizare în spitalul monospecialitate și pe fiecare secție

	Anul 2	Anul 1
O+G risc	10,73	14,34
G.I	2,69	2,78
G.II	2,35	2,36
NN I	3,75	3,75
NN II+TI	21,57	21
O. I	3,16	3,27
O. II	3,49	3,36
O. III	3,18	3,08
	An 1 - 6,7 $\searrow$ An 1: 6,01	

3. Rata de utilizare a paturilor pe spital

Rata de utilizare a paturilor a fost semnificativ mai mare ($p=0,00314$) în cazul spitalului general comparativ cu spitalul monospecialitate, aspect ce demonstrează încă odată faptul că în acest tip de spital sunt tratate cazuri complexe și totodată în cadrul acestuia pacienții beneficiază

de îngrijire din partea unei echipe multidisciplinare de medici. Astfel, este asigurată o soluție eficientă de rezolvare a cazurilor în spitalul general (Tabel 3.7.).

Tabelul 3.7. Evaluarea comparativă a ratei de utilizare a paturilor în spitalul general vs. monospecialitate

Spital general	Anul 1	Anul 2
Rata de utilizare paturi	78,61%	78,74%
Medie	78,68%	
Spital monospecialitate	An 1	An 2
Rata de utilizare paturi	66,22%	64,51%
Medie	65,37%	
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=7,826$, $p=0,00314$		

În spitalul monospecialitate rata de utilizare a patului pe spital în anul 2 a fost de 222,887 (64,51%) valoare cu 0,98% mai mică comparativ cu anul 1 când rata de utilizare a paturilor a fost de 229,57: 66,22%.

Scăderea ratei de utilizare față de 1, este explicată de scăderea ratei pe secția de G.2 de la 200,8 la 183,84 în perioada anterioară.

Conform normelor metodologice de aplicare a Contractului Cadru indicele mediu de utilizare a paturilor (IUP) la nivel național pentru secții/compartimente de acuți este de 290 zile respectiv de 390 zile pentru cronici (ex. Secția neonatologie (NN) II și terapie intensivă (TI)). Este remarcat faptul că în toate secțiile spitalului valoarea IUP este sub valoarea medie recomandată la nivel național (Anexa nr. 11).

Tabelul 3.8. Rata de utilizare a paturilor pe spital și pe fiecare secție a spitalului monospecialitate (acuți + cronici)

	Anul 2	Anul 1
O+G risc	105,87	147,2
G.I	129,89	132,2
G.II	166,88	163,32
NN I	255,84	265,83
NN II+TI	335,49	347,6
O. I	270,05	275,05
O. II	215,96	220,11
O. III	205,2	199,14
	An 1 – 229,57 An 2: 222,887	

4. Proporția urgențelor din totalul pacienților internați pe spital

În spitalul general ponderea urgențelor (83,21%) din totalul pacienților internați în spital a fost semnificativ mai mare ($p=0,0015$) comparativ cu ponderea înregistrată în spitalul monospecialitate (69,64%) (Tabelul 3.9).

Tabelul 3.9. Evaluarea comparativă a proporției urgențelor la nivelul celor două spitale

Spital general	An 1	An 2
Număr de prezentări în UPU	82,57%	83,84%
Medie	83,21%	
Spital monospecialitate	An 1	An 2
Număr de prezentări în UPU	71,18%	68,10%
Medie	69,64%	
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2= 11,341$, $p=0,0015$		

În spitalul monospecialitate este remarcat faptul că proporția urgențelor, internate în spital raportate la numărul total al pacienților, prezintă o ușoară scădere în anul 2 (68,10%), față de anul 1 (71,18%), aspect ce poate fi explicat prin implicarea cadrelor medicale și printr-o evaluare mai atentă a cazurilor la internare, însă acest lucru este specific spitalelor monospecialitate. În spitalul general cu unitate primire urgențe este previzibilă o adresabilitate mare în această unitate și implicit o proporție semnificativ mai mare a cazurilor ce se prezintă în urgență.

În spitalul monospecialitate a fost identificată o adresabilitate ridicată în urgență doar în cazul anumitor secții cum ar fi obstetrică și neonatologie. De asemenea în intervalul an 1-2 la nivelul secțiilor de obstetrică s-a înregistrat o scădere a ponderii urgențelor în timp ce în cazul secțiilor de neonatologie și ginecologie proporția urgențelor prezintă o creștere ușoară (Anexa nr. 12).

Tabelul 3.10. Proporția urgențelor în spitalul monospecialitate la nivelul secțiilor în perioada analizată

	An 1	An 2
O+G risc	29,63%	27,03%
G.I	5,53%	7,81%
G.II	12,60%	12,36%
NN I	96,18%	93,32%
NN II+TI	42,38%	48,87%
O. I	54,49%	56,93%
O. II	72,26%	78,95%
An 1– 71,18% ➤ An 2: 68,10%		

5. Numărul de pacienți consultați în ambulatoriu

Avându-se în vedere adresabilitatea într-un spital general numărul pacienților consultați în ambulatoriu este semnificativ mai mare comparativ cu numărul pacienților consultați în ambulatoriul spitalului monospecialitate (Tabel 3.11).

De asemenea este remarcată o ușoară scădere a numărului de consultații în ambulatoriul spitalului general în timp ce la nivelul spitalului monospecialitate numărul consultațiilor acordate în ambulatoriu prezintă o creștere anuală semnificativă.

Tabelul 3.11. Evaluarea comparativă a numărului de pacienți consultați în ambulatoriu

Spital general	An 1	An 2
Număr de pacienți consultați în ambulator	268147	260905
Medie pe intervalul analizat	264526	
Spital monospecialitate	An 1	An 2
Număr de pacienți consultați în ambulator	8429	9592
Medie pe intervalul analizat	9010,5	
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=34,017$, $p=0,0001$		

Analiza activității Ambulatoriului Integrat de Spital indică o creștere semnificativă numărului de consultații în ambulatoriu în anul 2 înregistrându-se 9592 consultații, cu 692 (8,21%) mai mare față de anul 1 (8429 consultații).

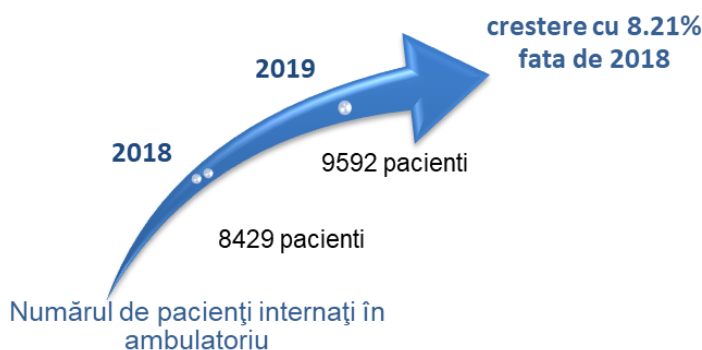


Fig. 3.1. Numărul de pacienți internați în ambulatoriu

6. Indicele de complexitate a cazurilor pe spital și pe fiecare secție

Indicele de complexitate a cazurilor – case mix exprimă resursele necesare spitalului în concordanță cu pacienții tratați.

Analiza indicelui case mix al spitalului raportat la nivel național a evidențiat o valoare semnificativ mai mare în cazul spitalului general (1,3169) comparativ cu cel înregistrat în spitalul monospecialitate (0,8639).

În cazul spitalelor analizate valoare indicelui de complexitate corespunzător spitalului general (ICM=1,3169) a fost semnificativ ($p=0,002$) mai mare comparativ cu cel corespunzător spitalului monospecialitate (ICM=0,8639).

Tabelul 3.12. Indicele de complexitate a cazurilor în funcție de tipul spitalului

Spital general	An 1	An 2
Indice de case mix (ICM)	1,5053	1,5278
ICM Spital vs. ICM Național	1,3169	
Spital monospecialitate	An 1	An 2
Indice de case mix (ICM)	1,2287	1,2345
ICM Spital vs. ICM Național	0,8639	
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=16,541$, $p=0,00241$		

În dinamică se observă faptul că indicele de complexitate a cazurilor tratate pentru anul 2 a prezentat o creștere comparativ cu anul 1, la nivelul ambelor tipuri de spitale ceea ce denotă o implicare constantă a medicilor. Totodată este remarcat faptul că pe tot intervalul analizat în toate secțiile din spitalul general ICM este semnificativ mai mare comparativ cu ICM din secțiile spitalului monospecialitate.

Referitor la spitalul monospecialitate este remarcat faptul că ICM este semnificativ mai mare în secțiile de obstetrică ginecologie comparativ cu cele de neonatologie (Anexa nr. 13).

Tabel 3.13. Valoarea indicelui de complexitate a cazurilor în spitalul monospecialitate

	ICM Realizat An 1	ICM Maxim An 2	ICM Realizat An 2
ICM total pe spital	1,2287	Max	1,2345
O+G risc	0,3634	0,3468	0,3765
G.I	1,3448	1,2820	1,4203
G.II	1,2126	1,2739	1,3188
NN I	0,9615	1,6704	0,9441
NN II+TI	1,4487	1,5577	1,4357
O. I	1,4537	1,5333	1,4684
O. II	1,4087	1,4079	1,4012

7. Procentul pacienților cu intervenții chirurgicale din totalul pacienților externați din secțiile chirurgicale

Analiza indicelui de operabilitate evidențiază valori semnificativ ($p=0,0013$) mai mari în cazul spitalului general comparativ cu cel înregistrat în spitalul monospecialitate. Acest aspect poate fi este explicat de numărul mare al secțiilor cu specific chirurgical existente în structura spitalului general, dar în special este datorat prezenței unității de primiri urgențe din cadrul acestui tip de spital.

Tabelul 3.14. Evaluarea comparativă a indicelui de operabilitate

Spital general	An 1	An 2
Indice de operabilitate	86,08%	87,54%
Medie	86,81%	
Spital monospecialitate	An 1	An 2

Indice de operabilitate	67,93%	67,75%
Medie	67,84%	
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=18,764$, $p=0,00134$		

Procentul intervențiilor chirurgicale în cadrul spitalului monospecialitate a scăzut ușor în anul 2 (67,75%) comparativ cu 1 (67,93%). Evoluția a fost influențată de scăderea indicelui în cadrul secției de ginecologie II unde indicele de operabilitate a scăzut de la 95,69% în anul 1 la 93,04% în anul 2)

Se remarcă de asemenea scăderea ratei de cezariană în secția de Obstetrică III, posibil datorita creșterii numărului de gravide cu patologii asociate (Anexa nr. 14).

Tabelul 3.15. Procentul pacienților cu intervenții chirurgicale în secțiile spitalului monospecialitate

	An 2	An 1
G. I	95,97%	95,75%
G. II	93,04%	95,69%
O. I	59,30%	58,10%
O. II	62,37%	61,99%
O.III	58,96%	62,58%
	An 1 - 67,93% ↘ An 2: 67,75%	

3.1.3 Indicatori de calitate

1. Rata mortalității intraspitalicești pe total spital și pe fiecare secție

Deși rata mortalității intraspitalicești a fost semnificativ mai mică ($p=0.0001$) în spitalul monospecialitate (0.18%) comparativ cu cea corespunzătoare spitalului generat (2.18%). Acest aspect este datorat complexității ridicate a cazurilor tratate în spitalul general comparativ cu cele tratate în spitalul monospecialitate. De asemenea acest aspect este influențat de existența compartimentului de primiri urgențe aferent unui număr mare de specialități, în timp ce în spitalul monospecialitate adresabilitatea este semnificativ mai mică în acest caz (corespunzător urgențelor unei singure specialități).

Tabelul 3.16. Evaluarea comparativă a ratei de mortalitate intraspitalicească

Spital general	An 1	An 2
Rata mortalității intraspitalicești	2,14%	2,22%
Medie	2,18%	
Spital monospecialitate	An 1	An 2
Rata mortalității intraspitalicești	0,14%	0,22%
Medie	0,18%	
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=31,687$, $p=0,000191$		

Analiza mortalității intraspitalicești pe total spital și secție indică o ușoară creștere de la 0,14% în anul 1 la 0,22% în anul 2. Mortalitatea neonatală înregistrată în anul 2 a fost de 3,19% pentru nou-născuții îngrijiți în Terapie Intensivă Neonatală, valoare mai mare față de 2,16% în anul 1 și de numărul de 972 nou-născuți îngrijiți în spitalul monospecialitate.

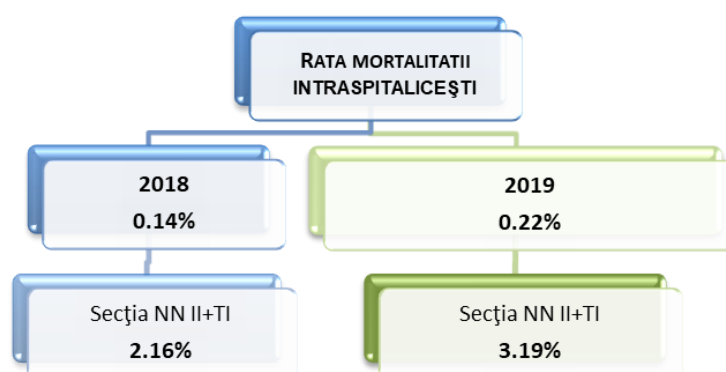


Fig. 3.2. Rata mortalității intraspitalicești

Această creștere a mortalității este datorată complexității patologiei nou-născuților mici și foarte mici îngrijiți în secția de Terapie Intensivă Neonatală aferentă unui areal geografic extins (toată zona de Nord –Est).

2. Rata infecțiilor nosocomiale pe total spital și pe fiecare secție

Rata infecțiilor nosocomiale prezintă o valoare semnificativ mai mare ($p=0,001$) în spitalul general (2,19%) comparativ cu cea din spitalul monospecialitate (0,61%). Cu toate acestea la nivelul spitalului monospecialitate este remarcată o ușoară tendință de scădere a ratei infecțiilor nosocomiale (Anexa nr. 15).

Tabelul 3.17 Analiza comparativă a ratei infecțiilor nosocomiale

Spital general	An 1	An 2
Rata infecțiilor nosocomiale %	2,26%	2,11%
Medie	2,19%	
Spital monospecialitate	An 1	An 2
Rata infecțiilor nosocomiale %	0,62%	0,60%
Medie	0,61%	
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=18,764$, $p=0,00134$		

Tabelul 3.18. Rata infecțiilor nosocomiale pe total spital și pe fiecare secție

	An 2	An 1
G. I	0,58%	1,18%
G. II	1,20%	0,23%
NN I	0,28%	0,38%

NN II+TI	0,82%	0,59%
O. I	0,70%	0,57%
O. II	1,08%	1,30%
O. III	0,57%	0,68%
	An 2: 0,60% vs An 1 – 0,62%	

Analiza ratei infecțiilor nosocomiale pentru anul 2 de 0,60% indică o valoare în ușoară scădere comparativ cu anul 1 când rata infecțiilor nosocomiale a fost de 0,62%. Această valoare este net inferioară maternităților de nivel III unde rata medie de infecție nosocomială poate fi între 4-10%, iar în secțiile de Terapie Intensivă Neonatală poate ajunge la 25%.

3. Rata pacienților reinternati (fără programare) în intervalul de 30 zile de la externare

Un indicator foarte important ce evaluează eficacitatea rezolvării cazurilor este reprezentat de rata pacienților reinternati în primele 30 zile de la externare. Acesta a fost semnificativ mai mare în cazul spitalului general (2,59% vs. 1,9%). Se remarcă o tendință de creștere în cazul spitalului general și o tendință de scădere în cazul spitalului monospecialitate. Aceste aspecte sunt semnificativ influențate de ICM și evoluează similar acestui indicator.

Tabelul 3.19. Evaluarea comparativă a ratei pacienților reinternati

Spital general	An 1	An 2
Rata pacienților reinternati fără programare în interval de 30 de zile de la externare	2,43%	2,75%
Medie	2,59%	
Spital monospecialitate	An 1	An 2
Rata pacienților reinternati fără programare în interval de 30 de zile de la externare	2,10%	1,70%
Medie	1,90%	
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=23,54$, $p=0,00047$		

4. Indicele de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare

Reprezintă suma pacienților pentru care diagnosticul la internare este concordant cu diagnosticul principal la externare (diagnosticul la internare si diagnosticul principal la externare se afla in unul din blocurile din „Lista blocurilor de diagnostice” sau „Lista excepții diagnostice internare | externare considerate a fi concordante, deși diagnosticele nu se încadrează în același bloc”) raportata la totalul pacienților externati.

Tabelul 3.20. Evaluarea comparativă a indicelui de concordanță diagnostic internare - diagnostic externare

Spital general	An 1	An 2
Indice de concordanță diagnostic internare - diagnostic externare %	86,71%	87,52%
Medie	87,12%	
Spital monospecialitate	An 1	An 2

Indice de concordanță diagnostic internare - diagnostic externare %	35,58%	44,09%
Medie	39,84%	
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=36,821$, $p<0,0001$		

Analiza ratei pacienților reinternăți fără programare în intervalul de 30 zile de la externare a indicat o ușoară creștere în anul 2 comparativ cu anul 1. Indicele de concordanță între diagnosticul la internare și diagnosticul la externare a prezentat o scădere semnificativă în anul 2 (35,58%) comparativ cu anul 1 (44,09%).

3.1.4 Indicatori financiari. Evaluarea situației financiare

Evaluarea eficienței spitalelor este un proces de optimizare a utilizării și alocării resurselor. Acest lucru este de importanță majoră datorită faptului că spitalele reprezintă cel mai mare cost financiar dintr-un sistem de sănătate. Pentru a limita pierderile evitabile ale resurselor spitalului, este important să se identifice sursele ineficiențelor și să se pună în aplicare măsuri pentru reducerea și eliminarea acestora. Astfel, scopul acestei cercetări este de a examina comparativ sursele de ineficiență a spitalelor generale comparativ cu cele monospécialitate și de a propune posibile strategii care să ducă la atenuarea acestora.

Spitalele sunt o componentă esențială a sistemelor de sănătate, fiind totodată și cele mai costisitoare. Ele reprezintă 50–80% din totalul cheltuielilor pentru sănătate [78]. Costurile spitalelor continuă să crească datorită dezvoltării de noi tehnologii. Totodată sunt puse în aplicare noi metode diagnostice și terapeutice pentru a combate proporția în creștere a bolilor cronice, cererea tot mai mare de servicii de sănătate și erorile medicale ulterioare [79]. Acest aspect privind eficientizarea a devenit o provocare și o preocupare principală pentru majoritatea guvernelor lumii.

Au fost analizați comparativ toți indicatorii financiari corespunzători celor două tipuri de spitale introduse în studiu.

Tabelul 3.21. Analiza comparativă a indicatorilor financiari corespunzători spitalului general și monospécialitate

Spital general	An 1	An 2	Media anilor
Execuția bugetara față de bugetul de cheltuieli aprobat	92,56%	93,91%	93,24%
Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului	39,09%	46,22%	42,66%
Procentul cheltuielilor cu serviciile de spitalizare continua din total cheltuieli	83,00%	83,22%	83,11%
Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului	53,67%	64,09%	58,88%
Procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului	11,24%	9,07%	10,16%
Costul mediu pe zi de spitalizare (lei)	712	868	790
Spital monospécialitate	An 1	An 2	Medie (An 1-2)
Execuția bugetara față de bugetul de cheltuieli aprobat	80,24%	81,73%	80,99%

Spital general	An 1	An 2	Media anilor
Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului	0,96%	13,08%	7,02%
Procentul cheltuielilor cu serviciile de spitalizare continua din total cheltuieli	89,5%	90,1%	89,8%
Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului	78,98%	76,47%	77,73%
Procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului	5,78%	5,43%	5,61%
Costul mediu pe zi de spitalizare (lei)	593	938,61	765,805

În timpul perioadei examinate, s-a impus o administrare strictă a fondurilor spitalului pentru a păstra un echilibru economic și financiar și pentru a menține calitatea actului medical. Acest lucru s-a datorat schimbărilor legislative și taxelor impuse de ordonanțe și hotărâri de guvern. De exemplu, pe parcursul acestei perioade, ordonatorii de credite ai instituțiilor publice au fost obligați să reducă cu 10% cheltuielile pentru bunurile și serviciile legate de întreținerea și funcționarea instituției. De asemenea un impact negativ îl constituie mărirea prețurilor la energie electrica, gaze, carburant, alimente și alte servicii.

În acest context rezultatele reflectă diferențe semnificative între toți indicatorii financiari analizați (Tabel 3.22). Astfel, execuția bugetară față de bugetul de cheltuieli aprobat a fost semnificativ mai mică în spitalul monospecialitate. Veniturile proprii raportate la totalul veniturilor spitalului sunt semnificativ mai mici în spitalul monospecialitate. Cheltuielile cu serviciile de spitalizare continuă sunt semnificativ mai mari în spitalul monospecialitate, și de asemenea cheltuielile cu personalul sunt semnificativ mai mari în acest spital.

Costul mediu pe zi de spitalizare prezintă o valoare mai mică în cazul spitalului monospecialitate, aspect de altfel previzibil și de asemenea cheltuielile cu medicamentele sunt semnificativ mai mici în spitalul monospecialitate.

Toate aceste rezultate scot în evidență eficiență crescută din punct de vedere financiar a serviciilor medicale oferite în spitalele de tip general.

Tabelul 3.22. Diferențele între valorile indicatorilor financiari corespunzători spitalului general și monospecialitate

Indicatori financiari	Spital general	Spital monospecialitate	P
Execuția bugetara față de bugetul de cheltuieli aprobat	93,24%	80,99%	0,0147*
Procentul veniturilor proprii din totalul veniturilor spitalului	42,66%	7,02%	0,0001*
Procentul cheltuielilor cu serviciile de spitalizare continua din total cheltuieli	83,11%	89,8%	0,0288*
Procentul cheltuielilor de personal din totalul cheltuielilor spitalului	58,88%	77,73%	0,0106*
Procentul cheltuielilor cu medicamentele din totalul cheltuielilor spitalului	10,16%	5,61%	0,0034*
Costul mediu pe zi de spitalizare (lei)	790	765,805	0,0319*
<i>Testul χ^2</i>			

Tabelul 3.23. Evaluarea comparativă anuală a costului mediu / zi de spitalizare, pe fiecare secție

Costul mediu / zi de spitalizare, pe fiecare secție:	Valoarea anul 1	Valoarea anul 2
G.I	894	992
G.II	831	774
NN I	341	457
NN II+TI	583	727
O.I	622	666
O.II	632	773
O.III	683	773

Analiza detaliată la nivelul spitalului monospecialitate are drept scop evidențierea punctelor critice responsabile de potențialele utilizări ineficiente ale resurselor financiare și deopotrivă de observare a tendinței de evoluție în dinamică a acestor aspecte.

Bugetul spitalului monospecialitate a prezentat o creștere în anul 2 (exprimat în RON) comparativ cu anul 1 și este constituit din mai multe surse de finanțare după cum este prezentat în tabelul de mai jos. Finanțarea majorată din partea Consiliului Județean în anul 2 are ca și explicație alocarea unor fonduri pentru investiții. Este remarcată de asemenea o creștere a finanțării din partea Ministerului Sănătății și a Casei de Asigurări de Sănătate.

Tabelul 3.24. Sursele de finanțare a spitalului monospecialitate

Bugetul spitalului monospecialitate	An 1 (RON)	An 2 (RON)
Consiliul Județean	40 917	1 455 312
Sume alocate de la CNAS OUG	27 881 923	32 810 373
Ministerul Sănătății	7 759 534	9 940 226
Venituri proprii	715 899	732 845;
Contract CNAS	46 633 881	47 817 124
Total	83 032 161	92 755 880

Cu toate acestea este remarcată o creștere foarte mică a veniturilor proprii ale spitalului monospecialitate.

În anul 2 la nivelul spitalului monospecialitate este remarcată o creștere a veniturilor proprii și cele provenite de la Ministerul Sănătății și o scădere ușoară a bugetului provenit din celelalte surse de finanțare.

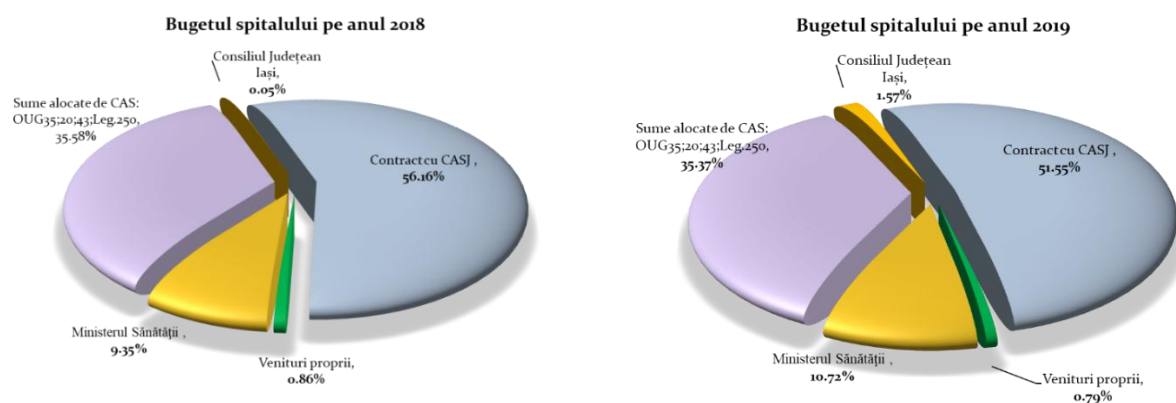


Fig. 3.3. Evoluția bugetului spitalului monospecialitate și ponderea acestora pe surse de finanțare

Referitor la sursa majoră de finanțare a spitalului monospecialitate alocată în funcție de costurile estimate privind spitalizarea și serviciile se remarcă o creștere a bugetului alocat.

Creșterile bugetare au fost remarcate în special pentru spitalizările de zi, în contextul în care nu a fost înregistrată o creștere semnificativă a tarifului zilnic de spitalizare.

În cazul spitalizării continue nu a fost remarcată o creștere anuală semnificativă a bugetului, aspect întâlnit și în cazul bugetului alocat pentru serviciile în ambulatoriu.

Tabelul 3.25. Nivelul finanțării de CNAS a spitalului monospecialitate

Finanțare CNAS	Anul 1 (RON)	Anul 2 (RON)
Total	46 633 881	47 817 124
spitalizare continuă	25 223 313	25 080 675
spitalizare de zi	1 953 445	2 155 652
tarife pe zi spitalizare	19 114 844	19 476 010
servicii în ambulatoriu	342 279	378 687
ATI 1%		103 545

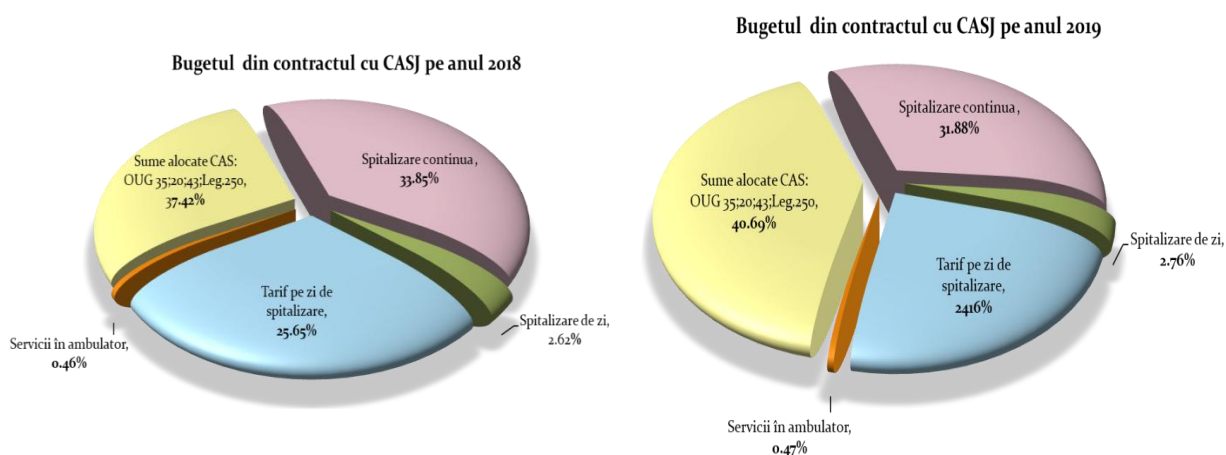


Fig. 3.4. Evoluția bugetului contractat cu Casa de Asigurări de Sănătate Județeană a spitalului monospecialitate

Evoluția trimestrială a finanțărilor

Evoluția trimestrială a finanțărilor a fost realizată comparativ pe trimestre pentru cele patru surse: finanțările CNAS Iași pe servicii medicale prestate, Consiliu Județean Iași, Ministerul Sănătății și venituri proprii.

Pentru perioada analizată este remarcată o pondere trimestrială echilibrată a finanțării provenite de la CNAS Iași.

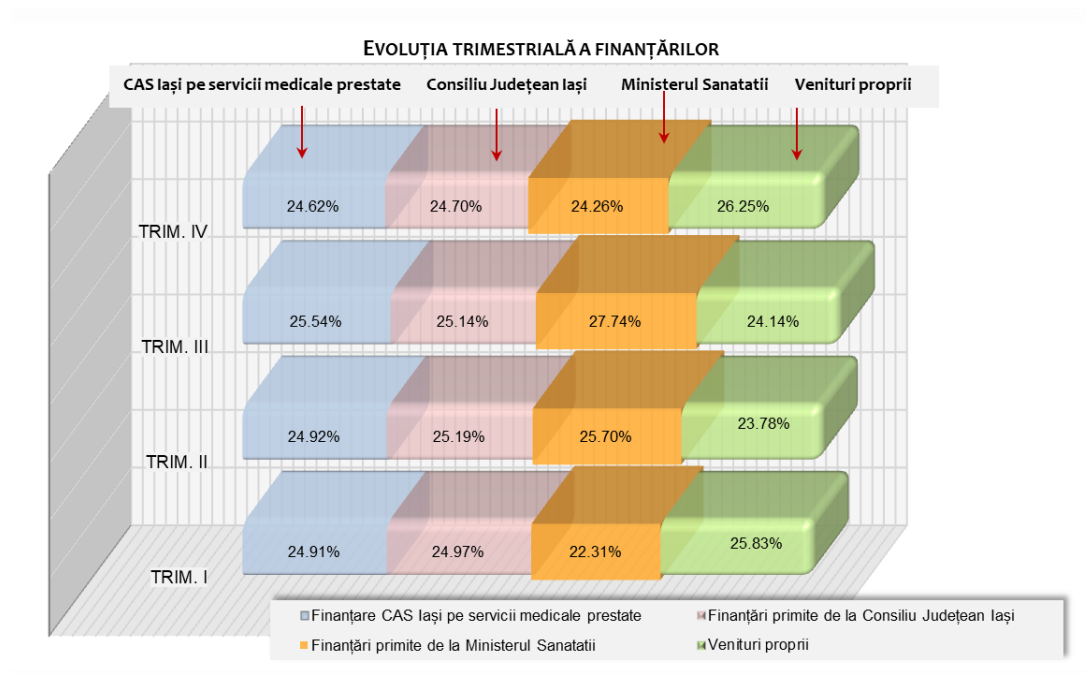


Fig. 3.5. Evoluția trimestrială a finanțărilor în spitalul monospecialitate

Evoluția trimestrială a execuției bugetare

Evoluția trimestrială a execuției bugetare la partea de cheltuieli efective a fost echilibrată fără modificări semnificative în perioada analizată.

În anul 2 cheltuielile cu salariile au reprezentat 68.649.562 (76,47%), ponderea trimestrială a salariilor este: trim. I - 16.909.580, trim. II - 17.949.774, trim. III - 17.218.598, trim. IV - 16.571.610 acestora fiind echilibrată (figura). O distribuție trimestrială similară a fost înregistrată în anul 1.



Fig. 3.6. Evoluția trimestrială a execuției bugetare Anul 1 și Anul 2

3.1.5 Analiza eficienței serviciilor medicale raportată la costuri, în spitalul monospecialitate vs. spital general

Analiza cost-eficiență este un instrument important care asigură utilizarea coerentă și optimă a resurselor, în special în sectoarele în care beneficiile sunt dificil de evaluat în termeni monetari. În plus, acest instrument facilitează procesul de selecție a proiectelor alternative cu aceleași obiective (cuantificate în termeni fizici). Astfel, analiza poate identifica varianta care, pentru un nivel dat al performanței, minimizează valoarea reală a costurilor sau, invers, maximizează nivelul performanței pentru un cost dat. Analiza cost-eficiență reprezintă un instrument esențial pentru evaluarea proiectelor din domeniul sănătății, în special în situațiile în care beneficiile sau obiectivele realizate sunt dificil de cuantificat în termeni monetari. Această metodă permite o evaluare bazată pe principiul „valoare pentru bani”, asigurând alocarea eficientă a resurselor disponibile. În concluzie, scopul analizei cost-eficiență este de a furniza informații relevante care să sprijine procesul de adaptare a deciziilor privind implementarea politicilor și măsurilor. Totodată, aceasta facilitează o alocare mai eficientă și echitabilă a resurselor disponibile

La fel ca în majoritatea analizelor SFA aplicate în cazul spitalelor, având în vedere că rezultatele nu sunt în general sensibile la această ipoteză, presupunem că parametrul de ineficiență are o distribuție pe jumătate normală. Se presupune că componenta aleatorie este distribuită în mod normal.

Tabelul următor prezintă rezultatele estimării SFA corespunzător modelului MLE. Coeficienții estimați pentru interacțiunea dintre externări și consultul în ambulator indică un coeficient negativ asupra costurilor. Acest rezultat demonstrează faptul că îngrijirea în internare continuă este mai puțin costisitoare în spitalele care tratează, de asemenea, un număr relativ mare

de pacienți consultați în ambulator (și invers). Durata medie de spitalizare determină o creștere a costurilor.

Tabelul 3.26. Rezultatul regresiei a frontierei stocastice. Modelul de regresie cu efecte aleatorii

Costul pe zi de spitalizare (variabilă dependentă) Indicatori (variabile independente)	Coefficient β	Eroarea standard	P
Numărul pacienților externați	0,821	0,064	0,0026
Numărul de pacienți consultați în ambulatoriu	0,174	0,031	0,0018
Numărul pacienților externați x Numărul de pacienți consultați în ambulatoriu	-0,102	0,008	0,0273
Durata medie de spitalizare a cazurilor	0,385	0,016	0,0014
Indicele de complexitate a cazurilor pe spital și pe fiecare secție	0,904	0,003	0,0003
Procentul pacienților cu intervenții chirurgicale din totalul pacienților externați din secțiile chirurgicale	8,212	0,017	0,0001
Rata infecțiilor nosocomiale	9,871	0,101	0,0025
Rata pacienților reinternati	6,241	0,073	0,0284
Raportul angajați / nr paturi	0,481	0,632	0,0351
Rata de utilizare a paturilor pe spital	0,095	0,0177	0,0208
Număr paturi	0,024	0,057	<0,001
<i>(*) $p < 0,05$ marchează diferențele semnificative</i>			

O parte din indicatori au fost excluși pentru că fie nu se adecvau la modelul nostru, fie că relația lor cu costul era amplă și am acordat o atenție deosebită pe indicatorii de calitate care cresc costurile. În cazul în care au fost identificate corelații semnificative între indicatori (coliniaritate) s-a decis includerea doar a unora dintre aceștia, fiind excluși cei care pe baza coliniarității se identificau în alți indicatori mai relevanți. Modelul nostru final include 10 indicatori. Toți aceștia sunt extrem de semnificativi în explicarea variației costurilor.

Am testat în prealabil fiecare variabilă, iar cele pentru care nu au fost identificată efecte importante asupra variabilei dependente le-am exclus din analiza finală.

Funcția estimată a costurilor de frontieră stocastică produce un scor de ineficiență, care este interpretat ca diferența procentuală dintre costul real al unui spital și costul său minim fezabil.

Rezultatele scorului de ineficiență sunt prezentate în Tabelul 3.29. În general, scorul mediu de ineficiență este de 0,212, ceea ce înseamnă că, în medie, spitalele au avut costuri cu aproximativ 21,2% mai mari decât costurile minime fezabile. Această valoare se încadrează în sfera altor analize SFA ale spitalelor din Europa, care au produs scoruri de eficiență în intervalul 14-33% [80].

Tabelul 3.27. Scoruri de ineficiență ale analizei frontierei stocastice

Tipul spitalului	Mean Scor ineficiență	Diferența mediilor	Valoarea <i>t</i>	P
Spital monospecialitate	0,395		-	-
Spital general	0,253		-	-
Spital general vs. Spital monospecialitate		0,142	4,846	0,0025*
(*) $p < 0,05$ marchează diferențele semnificative				

Diferența dintre medii se calculează ca diferența mediilor dintre spitalul general și spitalul monospecialitate. Semnificația diferenței este determinată utilizând testul *t* pentru două eșantioane.

Interesul nostru principal constă în compararea scorurilor de ineficiență ale spitalului monospecialitate cu cele ale spitalului general. Diferența este semnificativă ($p=0,0025$), cu o medie 39,5% în spitalul monospecialitate, comparativ cu o medie de 25,3% în spitalul general. Scorul mai mare pentru spitalul monospecialitate este determinat de secțiile chirurgicale, care au o medie de 41,8% a scorului de ineficiență, comparativ cu 24,4% corespunzător secțiilor chirurgicale din spitalul general. Am aplicat un testul *t* pentru varianțe inegale, specific eșantioanelor mici.

Toate rezultatele noastre empirice au fost solide pentru o analiză de sensibilitate. Scorul mare de ineficiență al spitalului monospecialitate, împreună cu costurile crescute pe zi de spitalizare pentru acest tip de spital, arată că deși se cheltuie sume importante, eficiența rămâne scăzută.

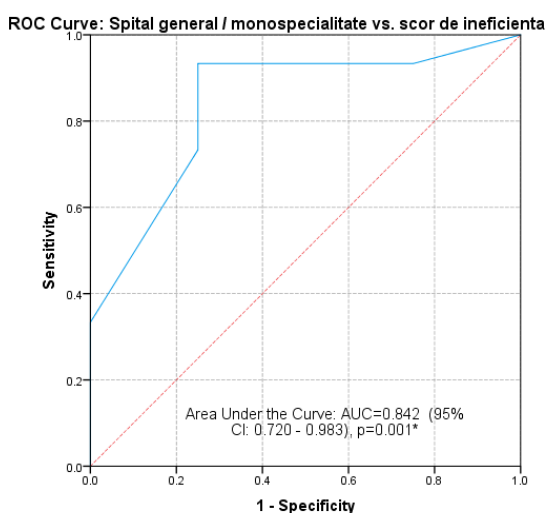


Fig. 3.7. Curba ROC pentru evaluarea predictibilității ineficienței (raportul sensibilitate – specificitate) în cazul spitalului general vs. monospecialitate

3.1.6 Analiza SWOT

Analiza SWOT a fost făcută pentru a contura o serie de aspecte ce pot constitui linii directoare ale unei strategii de optimizare a eficienței spitalelor monospecialitate și generale (Anexa nr. 16).

Faptul că oportunitățile pot influența semnificativ cost-eficiența spitalelor, conduce la concluzia că politicile publice și în special cele de sănătate, care reprezintă oportunități pentru sistemul sanitar, pot genera, dacă sunt clare, aplicabile facil și ușor de monitorizat, o creștere a eficienței spitalelor generale și de monospecialitate în corelație directă cu costurile.

Tabelul 3.28 Condiționări și valori a căror cunoaștere determină cadrul pentru stabilirea strategiei de lucru

Condiționări\Valori	Valori pozitive	Valori negative
Condiționări interne	Puncte forte / 7	Puncte slabe / 9
Condiționări externe	Oportunități / 7	Amenințări / 6

Tabelul 3.29 Parametrii estimați în evaluarea influenței condiționărilor interne (puncte forte) asupra punctelor slabe a strategiei de lucru (analiza stadiului actual)

	Chi-pătrat χ^2	P
Pearson Chi-pătrat - χ^2	0,21	0,0911
Corecția Yates	0,37	0,0687

Tabelul 3.30 Estimarea parametrilor de șansă și risc în evaluarea condiționărilor interne asupra punctelor slabe a strategiei de lucru

		Valoare estimată	95% Interval de încredere	
			Minim	Maxim
PARAMETRII de șansă	Raport de șansă (OR)	1,42	0,95	2,84
PARAMETRII: de risc	Raport de risc (RR)	1,21	0,76	2,72

Rezultatul evaluării indică faptul că în situația actuală prin punctele forte nu este influențată semnificativ valoarea indicatorilor de performanță economico-financiari, în sensul îmbunătățirii acestora, aspect ce a condus la noi propuneri ce sunt menite să modifice semnificativ stadiul actual (OR=1,42, RR=1,21). Valoarea mică a raportului de șansă a evidențiat avantajele nesemnificative ale sistemului actual. Rezultatele testului Yates indică îmbunătățiri nesemnificative pentru un interval de confidență de 95% ($\chi^2=0,21$, $p=0,0911$, ÎÎ 95%).

Tabelul 3.31 Parametrii estimați în evaluarea condiționărilor externe (oportunități) asupra amenințărilor privind strategia de lucru

	Chi-pătrat χ^2	P
Pearson Chi-pătrat - χ^2	6,54	0,00341

Corecția Yates	8,61	0,00975
----------------	------	---------

Tabelul 3.32 Estimarea parametrilor de șansă și risc în evaluarea condiționărilor externe (oportunități) asupra amenințărilor privind strategia de lucru

		Valoare estimată	95% Interval de încredere	
			Minim	Maxim
PARAMETRII de șansă	Raport de șansă (OR)	3,01	2,15	4,94
PARAMETRII: de risc	Raport de risc (RR)	2,88	1,97	5,86

Rezultatul evaluării indică faptul că oportunitățile existente pot influența semnificativ situația actuală prin îmbunătățirea indicatorilor de performanță economico-financiari, aspecte ce conduc la scăderea semnificativă a amenințărilor (OR=3,01, RR=2,88). Valoarea mare a raportului de șansă a evidențiat avantajele semnificative ale oportunităților existente. Rezultatele testului Yates indică îmbunătățiri semnificative pentru un interval de confidență de 95% ($\chi^2=6,4$, $p=0,00341$, Î 95%).

Ca urmare a analizei SWOT au fost identificate următoarele probleme critice la nivelul spitalului monospecialitate:

- Valoarea ICM-ului contractat este mai mică decât ceea ce efectiv s-a realizat ca și complexitate a cazurilor ceea ce a avut ca și rezultat o valoare de buget mai mică contractată cu CNAS;
- Inexistența unei structuri unde se pot realiza servicii în spitalizare de zi separată de structura de spitalizare continuă și implicit un număr de servicii realizate mai puține decât capacitatea spitalului;
- Realizarea unui număr redus de servicii în ambulatoriu față de capacitatea și adresabilitate (dotare tehnică de înaltă performanță și specialiști de o înaltă pregătire profesională);
- Procentul veniturilor proprii a crescut;

3.2 Rezultatele analizei comparative privind calitatea serviciilor medicale din perspectiva pacienților

Calitatea serviciilor medicale oferite pacienților în spitale incluse în studiu a fost evaluată comparativ avându-se în vedere un spital general și un spital monospecialitate din Iași. Au fost incluse în studiu 130 chestionare completate de pacienți internați în spitalul general și 54 chestionare ale pacienților internați în spitalul monospecialitate.

Pe parcursul studiului s-a urmărit rezultatul comparativ al punctului de vedere al pacienților proveniți din cele două spitale. Testele de comparație efectuate au avut în vedere un prag de referință pentru nivelul de semnificație al testului de $P \leq 0.05$, corespunzător unui nivel de încredere al rezultatului de 95%. Pentru valori ale lui $p < 0.05$ a fost considerată o diferență semnificativă între răspunsurile respondenților.

Analiza datelor statistice

Au fost analizate datele demografice ale pacienților care au completat chestionarul. Lotul de pacienți a fost selectat respectându-se criteriile specifice. Astfel, au fost selectați 130 pacienți consecutivi internați în Spitalul General din Iași și 54 pacienți consecutivi internați în Spitalul Monospecialitate Iași. Selecția pacienților a fost făcută în aceeași interval de timp (ianuarie anul 2) pentru ambele spitale.

A fost realizată o analiză privind corelațiile dintre răspunsurile pacienților și caracteristicile demografice ale lotului, pentru a verifica omogenitatea loturilor și potențialele interacțiuni dintre aceste aspecte și răspunsurile primite.

Din punct de vedere al genului pacienților respondenți la nivelul spitalului general este remarcată o omogenitate a cazurilor, 53,1% (Î 95% [44,5-61,7]) pacienți fiind de gen feminin și 46,9% (Î 95% [38,3-55,5]) pacienți fiind de gen masculin. Toți pacienți proveniți din spitalul monospecialitate au fost de gen feminin. Se atestă o diferență statistic semnificativă între distribuirea pe gen în funcție de spital ($\chi^2=37,904$, $p<0,001$, simularea Monte Carlo $p<0,001$)

Vârsta respondenților a prezentat valori semnificativ ($p=0,016$) mai mari în cazul celor proveniți din spitale generale ($52,9 \pm 16$) comparativ cu vârsta medie a respondenților proveniți din spital monospecialitate ($36,3 \pm 11,9$) (Tabelul 3.35.; Figura 3.10.).

Tabelul 3.33. Vârsta medie a respondenților în funcție de tipul spitalului

Spital	Medie vârstă	Media		Dev. Std.	Min	Max	Q25	Media na	Q75
		-95%	+95%						
General	52,9	50,2	55,7	16,0	16,0	91,0	42,0	53,0	64,0
Monospecialitate	36,3	32,9	39,7	11,9	16,0	70,0	28,0	34,0	43,0
Total	48,4	45,9	50,8	16,7	16,0	91,0	35,0	48,0	61,0
Testul Levene de omogenitate a dispersiei: $F=2,904243$, $p=0,056103^*$									

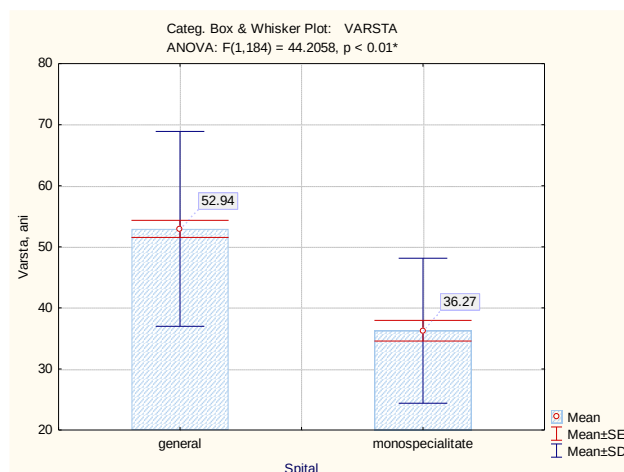


Fig. 3.8. Valorile medii vârstei respondenților

Nivelul studiilor respondenților nu a prezentat diferențe semnificative ($\chi^2=2,91$, $p=0,233$, simularea Monte Carlo $p=0,154$) în funcție de tipul spitalului (Tabelul 3.10.).

Tabelul 3.34. Distribuția respondenților în funcție de ultima școală absolvită

Spital	Ultima școală absolvită			Total
	Școală elementară	Școală medie	Școală superioară	
General	38	73	19	130
	29,2%	56,2%	14,6%	
Monospecialitate	19	23	12	54
	35,2%	42,6%	22,2%	
Total	57	94	29	184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=2,912060$, $p=0,2331$, simularea Monte Carlo $p=0,154$				

Distribuția în funcție de mediul de rezidență a fost omogenă ($p=0,249$), din mediul urban fiind identificați 64,6% (ÎÎ 95% [56,4-72,8]) respondenți corespunzător spitalului general și 55,6% (ÎÎ 95% [42,3-68,8]) corespunzător spitalului monospecialitate, fără a fi identificată o diferență statistic semnificativă ($\chi^2=1,328$, $p=0,249$, simularea Monte Carlo $p=0,079$).

Regresia ordinală – PLUM – privind influența parametrilor demografici (variabile independente) asupra răspunsurilor respondenților

A fost aplicat modelul de regresie „PLUM – Ordinal Regression” în care toate variabilele independente (parametrii demografici) au fost incluse într-un sigur pas. Variabila dependentă a fost un scor total al răspunsurilor, toate răspunsurile fiind scalate și centrate conform tipului de întrebare. Astfel variabila dependentă a fost o variabilă ordinală cu 6 clase (1–6).

A fost realizată analiza de potrivire a modelului. Valoarea statisticii rezultate este mică, iar nivelul de semnificație observat este mare: Pearson $\chi^2=263,676$, abaterea medie pătratică=98,761, $gl=527$, $p=1,000$, funcția de legătură – Logit.

Înainte de a evalua coeficienții individuali, se aplică un test general al ipotezei nule conform căreia coeficienții de localizare pentru toate variabilele din model sunt 0. Concret se analizează probabilitatea ca modelul fără predictor să difere semnificativ de modelul cu predictor (variabilele independente considerate). Schimbarea funcției de probabilitate are o distribuție Chi-pătrat chiar și atunci când există celule cu număr mic observat și prezis.

Rezultatele indică faptul că diferența dintre cele două probabilități (două modele) - Chi-pătrat - are un nivel de semnificație observat mai mic de 0,05. Aceasta înseamnă că modelul fără predictor (variabile independente) nu este la fel de bun comparativ cu modelul cu predictor. Cu alte cuvinte modelul ales este corect.

Tabelul 3.35. Informații privind potrivirea modelului

Informația de ajustare a modelului				
Model	Probabilitate -2 Log	χ^2	gl	P
Doar interceptare	200,162			
Final	114,010	86,152	65	0,041

Funcția de legătură: Logit.

Tabelul 3.36. Regresia PLUM – regresia ordinală privind influența factorilor demografici asupra răspunsurilor pacienților

	Estimat	Eroarea standard	Wald	P	Intervalul de încredere 95%	
					Limita inferioară	Limita superioară
Vârstă	14,052	1,189	0,619	0,621	0,122	6,381
Gen (masculin)	1,166	0,701	2,768	0,096	-0,208	2,539
Nivelul studiilor	3,190	0,01,	0,946	0,851	-0,147	5,674
Mediul de rezidență	2,024	0,727	1,779	0,068	0,500	3,548

Analiza coeficienților modelului a demonstrat faptul că răspunsurile pacienților primite în cadrul chestionarului aplicat nu sunt influențate de vârsta ($p=0,621$), genul ($p=0,096$), nivelul studiilor ($p=0,851$) și mediul de rezidență ($p=0,068$).

În concluzie chestionarul aplicat reflectă în mod obiectiv satisfacția pacienților comparativ în cele două tipuri de spitale analizate, răspunsurile acestora nefiind influențate de alți parametri.

Aprecierea comparativă a calității serviciilor medicale către respondenți a fost evaluată în funcție de următorii itemi.

Tabelul 3.37. Variantele de răspuns la întrebarea „Cât de mulțumit sunteți, în general, de calitatea serviciilor medicale primite în acest spital?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Foarte mulțumit	111	85,4	79,3-91,5	42	77,8	66,7-88,9	153
Mulțumit	19	14,6	8,5-20,7	7	13,0	4,0-21,9	26
Nici mulțumit, nici nemulțumit	-	-	-	1	1,9	0,0-5,4	1
Nemulțumit	-	-	-	3	5,6	0,0-11,7	3
Foarte nemulțumit	-	-	-	1	1,9	0,0-5,4	1
Total	130			54			184

Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=17,810$, $p=0,039$, simularea Monte Carlo $p=0,028$

Prevalența pacienților mulțumiți de calitatea serviciilor medicale a fost statistic semnificativ ($\chi^2=17,810$, $p=0,039$, simularea Monte Carlo $p=0,028$) mai mare în spitalul general (85,4%) comparativ cu spitalul monospecialitate (77,8%).

Tabelul 3.38. Variantele de răspuns la întrebarea „Cât de mulțumit sunteți, în general, modul în care v-au fost respectate drepturile de pacient?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Foarte mulțumit	104	80,0	73,1-86,9	40	74,1	62,4-85,8	144
Mulțumit	26	20,0	13,1-26,9	13	24,1	12,7-35,5	39
Foarte nemulțumit	-	-	-	1	1,9	0,0-5,4	1
Total	130			54			184

Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=2,877$, $p=0,237$, simularea Monte Carlo $p=0,096$

Rezultatele au indica faptul că atât în spitalul general cât și în spitalul monospecialitate pacienții au fost în general mulțumiți de modul în care le sunt respectate drepturile, fără a exista diferențe semnificative ($\chi^2=2,877$, $p=0,237$, simularea Monte Carlo $p=0,096$).

Tabelul 3.39. Variantele de răspuns la întrebarea „Cât de mulțumit ați fost de timpul de așteptare până la prima examinare de către medic în cadrul secției în care ați fost internat?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Foarte mulțumit	99	85,4	68,8-83,5	38	70,4	58,2-82,5	137
Mulțumit	31	14,6	16,5-31,2	14	25,9	14,2-37,6	45
Nemulțumit	-	-	-	1	1,9	0,0-5,4	1
Foarte nemulțumit	-	-	-	1	1,9	0,0-5,4	1
Total	130			54			184

Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=4,053$, $p=0,067$, simularea Monte Carlo $p=0,043$

În ceea ce privește timpul de așteptare al pacientului până la prima examinare de către un medic în cadrul secției în care acesta a fost internat, rezultatele au indicat o ușoară diferență, fiind mai mulțumiți pacienții din spitalul general (76,2% vs. 70,4%), cu diferență statistic semnificativă la aplicarea simulării Monte Carlo ($\chi^2=4,053$, $p=0,067$, simularea Monte Carlo $p=0,043$).

Tabelul 3.40. Variantele de răspuns la întrebarea „Cât de mulțumit ați fost de modul în care ați fost consultat de medicul curant (care v-a îngrijit în secție)?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Foarte mulțumit	115	88,5	83,0-94,0	44	81,5	71,1-91,8	159
Mulțumit	15	11,5	6,0-17,0	7	13,0	4,0-21,9	22
Nici mulțumit, nici nemulțumit	-	-	-	2	3,7	0,0-8,7	2
Foarte nemulțumit	-	-	-	1	1,9	0,0-5,4	1
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=9,502$, $p=0,034$, simularea Monte Carlo $p=0,024$							

Pacienții foarte mulțumiți din spitalul general au modul în care au fost consultat de medicul curant au prezentat o pondere semnificativ mai mare (88,5%) față de cei foarte mulțumiți de consultație în cadrul spitalului monospecialitate (81,5%), astfel atestându-se o diferență statistic semnificativă ($\chi^2=9,502$, $p=0,0341$, simularea Monte Carlo $p=0,024$).

Tabelul 3.41.1 Cât de mulțumit ați fost de tratamentul primit în perioada de spitalizare?

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Foarte mulțumit	112	86,2	80,2-92,1	40	74,1	62,4-85,8	152
Mulțumit	18	13,8	7,9-19,8	7	13,0	4,0-21,9	25
Nemulțumit	-	-	-	4	7,4	0,4-14,4	4
Foarte nemulțumit	-	-	-	3	5,6	0,0-11,7	3
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=15,810$, $p=0,029$, simularea Monte Carlo $p=0,020$							

Rezultatele analizei chestionarului în cea ce privește modul în care pacienții apreciază tratamentul primit au evidențiat faptul că în spitalul general gradul de satisfacție (86,2%) este statistic veridic mai mare ($\chi^2=15,810$, $p=0,029$, simularea Monte Carlo $p=0,020$) comparativ cu cel al pacienților tratați în spitalul monospecialitate (74,1%). În spitalul monospecialitate a fost remarcat un număr mare de pacienți (13%) care nu au fost mulțumiți de tratamentul primit.

În ce măsură următoarele afirmații despre medicul care v-a tratat sunt adevărate?

Tabelul 3.42. Variantele de răspuns la itemul „Mi-a acordat respectul și atenția cuvenite unui pacient.”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
În foarte mare măsură	111	85,4	79,3-91,5	46	85,2	75,7-94,7	157
În mare măsură	19	14,6	8,5-20,7	5	9,3	1,5-17,0	24
Nici mare, nici mică măsură	-	-	-	2	3,7	0,0-8,7	2
În mică măsură	-	-	-	1	1,9	0,0-5,4	1
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=5,253$, $p=0,064$, simularea Monte Carlo $p=0,045$							

În ceea ce privește atenția și respectul față de pacient rezultatele au indicat diferențe statistic semnificative la aplicare testului simulării Monte Carlo între cele două tipuri de spitale ($\chi^2=5,253$, $p=0,064$, simularea Monte Carlo $p=0,045$).

Tabelul 3.43. Variantele de răspuns la itemul „A răspuns la întrebările puse de mine.”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
În foarte mare măsură	108	83,1	76,6-89,5	43	79,6	68,9-90,4	151
În mare măsură	22	16,9	10,5-23,4	9	16,7	6,7-26,6	31
Nici mare, nici mică măsură	-	-	-	2	3,7	0,0-8,7	2
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=9,960$, $p=0,038$, simularea Monte Carlo $p=0,027$							

Este remarcat faptul că în spitalul monospecialitate un număr semnificativ mai mare de pacienți nu sunt în totalitate mulțumiți de felul în care personalul medical a comunicat cu pacientul (3,7% vs. 0%). De asemenea doar 79,6% pacienți tratați în spitalul monospecialitate sunt foarte mulțumiți în timp ce în spitalul general sunt 83,1% foarte mulțumiți. Răspunsurile înregistrate în funcție de spital atestă o diferență statistic semnificativă ($\chi^2=9,960$, $p=0,038$, simularea Monte Carlo $p=0,027$).

Tabelul 3.44. Variantele de răspuns la itemul „S-a ocupat cu atenție de cazul meu.”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
În foarte mare măsură	112	86,2	80,2-92,1	43	79,6	68,9-90,4	155
În mare măsură	18	13,8	7,9-19,8	10	18,5	8,2-28,9	28
În mică măsură	-	-	-	1	1,9	0,0-5,4	1
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=13,173$, $p=0,020$, simularea Monte Carlo $p=0,014$							

Un procent semnificativ mai mare de pacienți tratați în spitalul monospecialitate consideră că medicul s-a ocupat în mică măsură de ei (1,9% vs. 0%). De asemenea un număr semnificativ mai mare de pacienți tratați în spitalul general consideră că medicul s-a ocupat cu atenție de cazurile pacienților (86,2% vs. 79,6%). Rezultatele obținute sunt confirmate prin testele statistice aplicate ($\chi^2=13,173$, $p=0,020$, simularea Monte Carlo $p=0,014$).

Tabelul 3.45. Variantele de răspuns la itemul „A înțeles problemele mele medicale.”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
În foarte mare măsură	112	86,2	80,2-92,1	42	77,8	66,7-88,9	154

În mare măsură	18	13,8	7,9-19,8	9	16,7	6,7-26,6	27
Nici mare, nici mică măsură	-	-	-	1	1,9	0,0-5,4	1
În mică măsură	-	-	-	2	3,7	0,0-8,7	2
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=15,416$, $p=0,014$, simularea Monte Carlo $p=0,010$							

Un număr semnificativ mai mare de pacienți tratați în spitalul general apreciază că medicul a înțeles în mare măsură problemele sale medicale (86,2% vs. 77,8%). Însă 5,6% dintre pacienți tratați în spitalul monospecialitate consideră că problemele lor medicale au fost înțelese în mică măsură ($\chi^2=15,416$, $p=0,014$, simularea Monte Carlo $p=0,010$).

Tabelul 3.46. Variantele de răspuns la itemul „A manifestat interes în rezolvarea problemei mele medicale.”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
În foarte mare măsură	111	85,4	79,3-91,5	44	81,5	71,1-91,8	155
În mare măsură	19	14,6	8,5-20,7	9	16,7	6,7-26,6	28
Nici mare, nici mică măsură	-	-	-	1	1,9	0,0-5,4	1
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=2,625$, $p=0,2691$, simularea Monte Carlo $p=0,191$							

Percepția pacienților în ceea ce privește interesul medicului pentru rezolvarea problemelor medicale ale acestora nu a prezentat diferențe statistic semnificative între pacienții proveniți din cele două tipuri de spitale ($\chi^2=2,625$, $p=0,2691$, simularea Monte Carlo $p=0,191$).

În ce măsură următoarele afirmații despre asistentele medicale/asistenții medicali sunt adevărate?

Rezultatele au indicat un număr semnificativ mai mare de pacienți ce nu au fost mulțumiți de felul în care au fost îngrijiți de asistentele / asistenții medicali în spitalele monospecialitate.

Tabelul 3.47. Variantele de răspuns la itemul „Mi-a acordat respectul și atenția cuvenite unui pacient.”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	ÎÎ 95%	Abs.	P, %	ÎÎ 95%	
În foarte mare măsură	111	85,4	79,3-91,5	42	77,8	66,7-88,9	153
În mare măsură	19	14,6	8,5-20,7	10	18,5	8,2-28,9	29
Nici mare, nici mică măsură	-	-	-	2	3,7	0,0-8,7	2
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=6,984$, $p=0,021$, simularea Monte Carlo $p=0,015$							

Pacienții apreciază faptul că în spitalul general primesc mai multă atenție și respect din parte asistenților medicali (85,4%). 3,7% dintre pacienții îngrijiți în spitalul monospecialitate au fost mai puțin mulțumiți de atenția acordată de asistenții medicali. Diferențele au fost semnificativ statistice ($\chi^2=6,984$, $p=0,021$, simularea Monte Carlo $p=0,015$).

Tabelul 3.48. Variantele de răspuns la itemul „A răspuns la întrebările puse de mine.”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
În foarte mare măsură	103	79,2	72,3-86,2	44	81,5	71,1-91,8	147
În mare măsură	25	19,2	12,5-26,0	7	13,0	4,0-21,9	32
Nici mare, nici mică măsură	2	1,5	0,0-3,7	3	5,6	0,0-11,7	5
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=11.671$, $p=0.043$, simularea Monte Carlo $p=0.031$							

În spitalul general există o comunicare mai bună între pacient și asistentul medical, 79,2% dintre pacienți apreciază acest aspect, în timp ce doar 63% din pacienții îngrijiți în spitalul monospecialitate sunt foarte mulțumiți din acest punct de vedere, diferența fiind statistic veridică ($\chi^2=11,671$, $p=0,043$, simularea Monte Carlo $p=0,031$).

Tabelul 3.49. Variantele de răspuns la itemul „A respectat orele de administrare a tratamentului recomandat de medic.”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	ÎÎ 95%	Abs.	P, %	ÎÎ 95%	
În foarte mare măsură	119	91,5	86,8-96,3	43	79,6	68,9-90,4	162
În mare măsură	11	8,5	3,7-13,2	11	20,4	9,6-31,1	22
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=10,451$, $p=0,004$, simularea Monte Carlo $p=0,003$							

Orele de administrare a medicamentelor au fost respectate în mare măsură, aspect apreciat de toți pacienții. Însă, o pondere semnificativ mare (20,4%) dintre pacienții îngrijiți în spitalele monospecialitate au fost parțial mulțumiți („în mare măsură” vs. „în foarte mare măsură”) cu diferență statistic semnificativă ($\chi^2=10,451$, $p=0,004$, simularea Monte Carlo $p=0,003$).

Tabelul 3.50. Variantele de răspuns la itemul „A înțeles problemele mele medicale.”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
În foarte mare măsură	103	79,2	72,3-86,2	36	66,7	54,1-79,2	139
În mare măsură	27	20,8	13,8-27,7	16	29,6	17,5-41,8	43
În mică măsură	-	-	-	2	3,7	0,0-8,7	2
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=13,778$, $p=0,025$, simularea Monte Carlo $p=0,018$							

În spitalul general opinia pacienților potrivit căreia problemele lor medicale sunt înțelese în foarte mare măsură de asistentele și asistenții medicali reprezintă o pondere semnificativ mai

mare comparativ cu ponderea întâlnită în cazul pacienților îngrijiți în spitalul monospecialitate ($\chi^2=13,778$, $p=0,025$, simularea Monte Carlo $p=0,018$).

Tabelul 3.51. Variantele de răspuns la itemul „A manifestat interes în tratarea mea.”

Tabelul 5.5.1. Variantele de răspuns la întrebarea „A manifestat interes în tratarea mea?”							
	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
În foarte mare măsură	113	86,9	81,1-92,7	42	77,8	66,7-88,9	155
În mare măsură	16	12,3	6,7-18,0	9	16,7	6,7-26,6	25
Nici mare, nici mică măsură	1	0,8	0,0-2,3	3	5,6	0,0-11,7	4
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=9,728$, $p=0,037$, simularea Monte Carlo $p=0,026$							

În ceea ce privește interesul manifestat de asistentele și asistenții medicali în tratarea pacienților, acesta a fost perceput ca fiind acordat în mare măsură în special în spitalul general cu o diferență statistic veridică ($\chi^2=9,728$, $p=0,037$, simularea Monte Carlo $p=0,026$). În spitalul monospecialitate o pondere semnificativ mai mare de pacienți (5,6% vs. 0,8%) percep acest interes ușor afectat.

Tabelul 3.52. Variantele de răspuns la întrebarea „În ce măsură ați fost informat sau vi s-a explicat de către personalul medico-sanitar despre cum va decurge examinarea medicală?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	ÎÎ 95%	Abs.	P, %	ÎÎ 95%	
În foarte mare măsură	90	69,2	61,3-77,2	31	57,4	44,2-70,6	121
În mare măsură	38	29,2	21,4-37,0	11	20,4	9,6-31,1	49
Nici mare, nici mică măsură	1	0,8	0,0-2,3	7	13,0	4,0-21,9	8
În mică măsură	1	0,8	0,0-2,3	5	9,3	1,5-17,0	6
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=12,195$, $p=0,021$, simularea Monte Carlo $p=0,015$							

Interesul manifestat de personalul medical în explicarea examinărilor la care va fi supus pacientul este afectat statistic semnificativ în spitalul monospecialitate ($\chi^2=12,195$, $p=0,021$, simularea Monte Carlo $p=0,015$), 9,3% dintre pacienți susțin că nu au primit informații suficiente privind modul în care va decurge examinarea.

Tabelul 3.53. Variantele de răspuns la întrebarea „În ce măsură ați fost informat sau vi s-a explicat de către personalul medico-sanitar despre cum se recoltează probele de sânge/biologice?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
În foarte mare măsură	107	82,3	75,7-88,9	43	79,6	68,9-90,4	150
În mare măsură	22	16,9	10,5-23,4	7	13,0	4,0-21,9	29
Nici mare, nici mică măsură	1	0,8	0,0-2,3	4	7,4	0,4-14,4	5
Total	130			54			184

Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=8,154$, $p=0,030$, simularea Monte Carlo $p=0,021$

În cazul recoltării probelor biologice interesul personalului medical în a explica pacientului modul în care se desfășoară procedura este ușor diminuat în spitalul monospecialitate, confirmat prin testele statistice ($\chi^2=8,154$, $p=0,030$, simularea Monte Carlo $p=0,021$).

Tabelul 3.54. Variantele de răspuns la întrebarea „În ce măsură ați fost informat sau vi s-a explicat de către personalul medico-sanitar despre modul de administrare a medicamentelor?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
În foarte mare măsură	109	83,8	77,5-90,2	40	74,1	62,4-85,8	149
În mare măsură	21	16,2	9,8-22,5	14	25,9	14,2-37,6	35
Total	130			54			184

Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=5,715$, $p=0,040$, simularea Monte Carlo $p=0,028$

Pacienți îngrijiți în spitalul general susțin că au primit în mare măsură indicații referitoare la modul în care trebuie să li se administreze medicamentele (83,8%), însă în cazul pacienților îngrijiți în spitalul monospecialitate ponderea acestor pacienți a fost statistic semnificativ mai mică - 74,1% ($\chi^2=5,715$, $p=0,040$, simularea Monte Carlo $p=0,028$).

Tabelul 3.55 Variantele de răspuns la întrebarea „În ce măsură ați fost informat sau vi s-a explicat de către personalul medico-sanitar despre rezultatul analizelor dumneavoastră?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
În foarte mare măsură	95	73,1	65,5-80,7	41	75,9	64,5-87,3	136
În mare măsură	34	26,2	18,6-33,7	9	16,7	6,7-26,6	43
Nici mare, nici mică măsură	-	-	-	1	1,9	0,0-5,4	1
În mică măsură	1	0,8	0,0-2,3	3	5,6	0,0-11,7	4
Total	130			54			184

Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=4,382$, $p=0,0524$, simularea Monte Carlo $p=0,037$

Personalul medico-sanitar a explicat în mare măsură pacienților rezultatul analizelor, fiind regăsite diferențe statistic semnificative doar la aplicarea testului de simulare Monte Carlo privind modul în care pacienții apreciază acest aspect ($\chi^2=4,382$, $p=0,0524$, simularea Monte Carlo $p=0,037$).

Tabelul 3.56. Variantele de răspuns la întrebarea „În ce măsură ați fost informat sau vi s-a explicat de către personalul medico-sanitar despre riscurile unei operații/intervenții chirurgicale/ale tratamentului indicat de medic?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	ÎÎ 95%	Abs.	P, %	ÎÎ 95%	
În foarte mare măsură	93	71,5	63,8-79,3	37	68,5	56,1-80,9	130
În mare măsură	36	27,7	20,0-35,4	7	13,0	4,0-21,9	43
Nici mare, nici mică măsură	1	0,8	0,0-2,3	3	5,6	0,0-11,7	4
În mică măsură	-	-	-	5	9,3	1,5-17,0	5
În foarte mică măsură	-	-	-	2	3,7	0,0-8,7	2
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=15,431$, $p=0,004$, simularea Monte Carlo $p=0,003$							

Referitor la modul în care au fost informați pacienții cu privire la riscurile unei operații sau intervenții chirurgicale sau ale tratamentului indicat de medic, există o proporție mică însă statistic semnificativ mai mare de pacienți din spitalele monospecialitate care consideră că nu au fost informați suficient ($\chi^2=15,431$, $p=0,004$, simularea Monte Carlo $p=0,003$).

Tabelul 3.57. Variantele de răspuns la întrebarea „În ce măsură ați fost informat sau vi s-a explicat de către personalul medico-sanitar despre consecințele unui posibil refuz/opririi actului medical recomandat de medic?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
În foarte mare măsură	97	74,6	67,1-82,1	35	64,8	52,1-77,6	132
În mare măsură	29	22,3	15,2-29,5	8	14,8	5,3-24,3	37
Nici mare, nici mică măsură	3	2,3	0,0-4,9	3	5,6	0,0-11,7	6
În mică măsură	-	-	-	4	7,4	0,4-14,4	4
În foarte mică măsură	1	0,8	0,0-2,3	4	7,4	0,4-14,4	5
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=12,886$, $p=0,019$, simularea Monte Carlo $p=0,014$							

Rezultate similare au fost observate și în cazul informării cu privire la consecințele unui posibil refuz sau a opririi actului medical recomandat de medic, un număr mic dar statistic semnificativ mai mare de pacienți îngrijiți în spitalul monospecialitate au apreciat că nu au fost informați suficient ($\chi^2=12,886$, $p=0,019$, simularea Monte Carlo $p=0,014$).

Tabelul 3.58. Variantele de răspuns la întrebarea „În ce măsură ați fost informat sau vi s-a explicat de către personalul medico-sanitar despre posibilele tratamente alternative pentru afecțiunea dumneavoastră?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
În foarte mare măsură	88	67,7	59,7-75,7	34	63,0	50,1-75,8	122
În mare măsură	38	29,2	21,4-37,0	8	14,8	5,3-24,3	46
Nici mare, nici mică măsură	3	2,3	0,0-4,9	5	9,3	1,5-17,0	8
În mică măsură	-	-	-	4	7,4	0,4-14,4	4
În foarte mică măsură	1	0,8	0,0-2,3	3	5,6	0,0-11,7	4
Total	130			54			184

Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=16,025$, $p=0,003$, simularea Monte Carlo $p=0,002$

În opinia a 13% dintre pacienții tratați în spitalul monospecialitate acestora nu li se oferă suficiente informații cu privire la posibile tratamente alternative pentru afecțiunea lor. Proporția se menține statistic semnificativ mai mare în cazul spitalelor monospecialitate ($\chi^2=16,025$, $p=0,003$, simularea Monte Carlo $p=0,002$).

Tabelul 3.59. Aspecte privind perioada internării

I 6.	Spital general		Spital monospecialitate		p*	p**
	NU	DA	NU	DA		
a. Pe perioada internării ați fost internat prin serviciul de urgență	84	46	32	22	0,028	0,020
b. Pe perioada internării ați solicitat serviciile unui medic preferat	62	68	19	35	0,013	0,009
c. Pe perioada internării ați primit serviciile unui medic preferat	57	73	18	36	0,027	0,021
d. Pe perioada internării ați solicitat și o altă opinie medicală, referitoare la diagnosticul medicului curant, pe perioada internării	96	34	48	6	0,035	0,026
e. Pe perioada internării ați primit o altă opinie medicală pe perioada internării	94	36	45	9	0,017	0,012
Total	180		54			
* Testul χ^2 Pearson sau χ^2 Yates, ** simularea Monte Carlo						

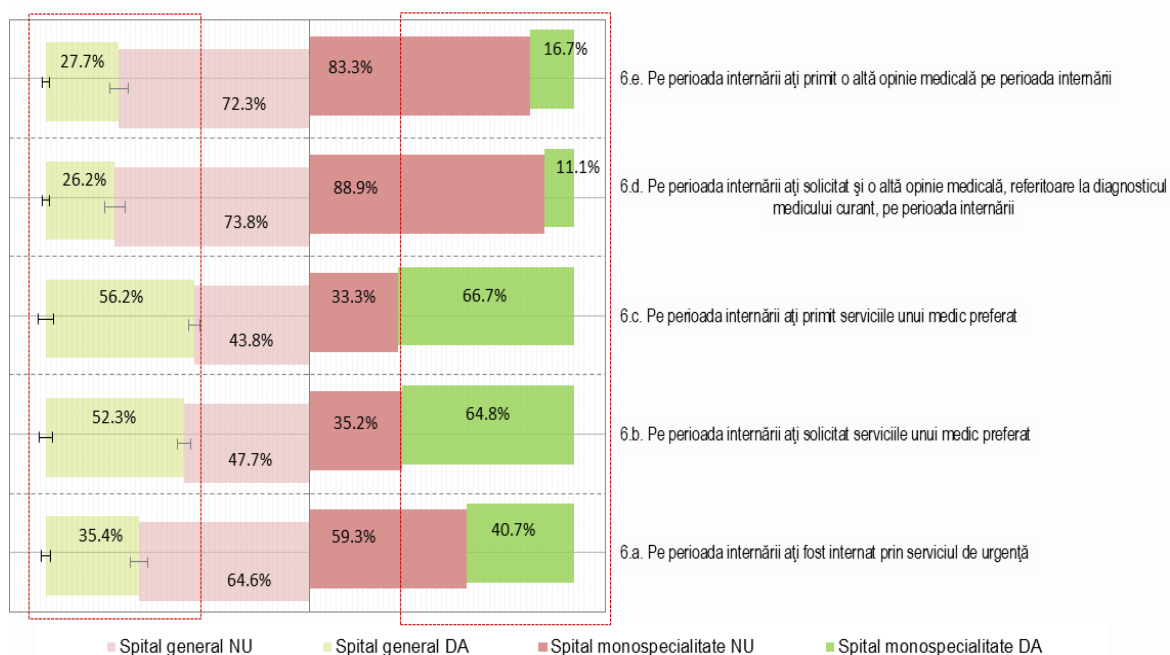


Fig. 3.9. Răspuns item 6 în funcție de tipul spitalului

Din analiză reiese faptul că în spitalul monospecialitate prevalența internărilor în serviciu de urgență, solicitarea de către pacienți a unui medic preferat și primirea consultului din partea acestuia prezintă o valoare semnificativ mai mare ($p > 0,05$) comparativ cu prevalența acestor aspecte în cazul spitalului general. Însă prevalența cazurilor care au solicitat o a doua opinie medicală și a cazurilor care au primit o a doua opinie este semnificativ mai mică în spitalul general ($p < 0,05$).

Tabelul 3.60. Pe perioada internării medicamentele și materialele sanitare au fost asigurate

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	ÎÎ 95%	Abs.	P, %	ÎÎ 95%	
a. Integral de spital	125	96,2	92,8-99,5	41	75,9	64,5-87,3	166
b. În mare măsură din resursele spitalului (am cumpărat medicamente simple, calmante, feșe etc.)	4	3,1	0,1-6,0	7	13,0	4,0-21,9	11
c. În mică măsură din resursele spitalului (am cumpărat medicamente scumpe)	-	-	-	3	5,6	0,0-11,7	3
d. Integral de mine (pacient)	1	0,8	0,0-2,3	3	5,6	0,0-11,7	4
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=14,572$, $p=0,004$, simularea Monte Carlo $p=0,003$							

Studiul a evidențiat faptul că ponderea pacienților îngrijiți în spitalele monospecialitate care au contribuit într-o oarecare măsură pe perioada internării la achiziționarea unor medicamente și materialele sanitare a fost semnificativ mai mare din punct de vedere statistic comparativ cu cei îngrijiți în spitalul general ($\chi^2=14,572$, $p=0,004$, simularea Monte Carlo $p=0,003$).

Cum apreciați, din punctul de vedere al confortului, următoarele condiții din spital?

Tabelul 3.61. Iluminatul spațiilor/încăperilor din spital

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Foarte bune	98	75,4	68,0-82,8	37	68,5	56,1-80,9	135
Bune	32	24,6	17,2-32,0	13	24,1	12,7-35,5	45
Nici bune, nici proaste	-	-	-	4	7,4	0,4-14,4	4
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=5,043$, $p=0,079$, simularea Monte Carlo $p=0,058$							

Între cele două tipuri de spitale nu au existat diferențe statistic semnificative în ceea ce privește confortul oferit de iluminatul spațiilor din spital ($\chi^2=5,043$, $p=0,079$, simularea Monte Carlo $p=0,058$).

Tabelul 3.62. Temperatura din spital

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Foarte bune	98	75,4	68,0-82,8	39	72,2	60,3-84,2	137
Bune	31	23,8	16,5-31,2	14	25,9	14,2-37,6	45
Nici bune, nici proaste	1	0,8	0,0-2,3	1	1,9	0,0-5,4	2
Total	130			54			184

Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=0,786$, $p=0,674$, simularea Monte Carlo $p=0,492$

Condițiile de temperatură a spațiilor din spital au fost apreciate asemănător de pacienții îngrijiți în cele două tipuri de spitale ($\chi^2=0,786$, $p=0,674$, simularea Monte Carlo $p=0,492$).

Tabelul 3.63. Programul de primire a vizitelor

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Foarte bune	90	69,2	61,3-77,2	38	70,4	58,2-82,5	128
Bune	37	28,5	20,7-36,2	13	24,1	12,7-35,5	50
Nici bune, nici proaste	3	2,3	0,0-4,9	2	3,7	0,0-8,7	5
Proaste	-	-	-	1	1,9	0,0-5,4	1
Total	130			54			184

Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=2,742$, $p=0,433$, simularea Monte Carlo $p=0,316$

Programul de primire a vizitelor a fost apreciat similar de toți pacienții ($\chi^2=2,742$, $p=0,433$, simularea Monte Carlo $p=0,316$).

Tabelul 3.64. Curățenia generală din spital

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Foarte bune	102	78,5	71,4-85,5	33	61,1	48,1-74,1	135
Bune	28	21,5	14,5-28,6	14	25,9	14,2-37,6	42
Nici bune, nici proaste	-	-	-	3	5,6	0,0-11,7	3
Proaste	-	-	-	2	3,7	0,0-8,7	2
Foarte proaste	-	-	-	2	3,7	0,0-8,7	2
Total	130			54			184

Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=18,655$, $p<0,001$, simularea Monte Carlo $p=p<0,001$

A fost identificată a problemă în ceea ce privește curățenia generală în spital. Pacienții îngrijiți în spitalul monospecialitate (7,4%) consideră că sunt probleme de curățenie în acest tip de spital. Diferența este atestată statistic ($\chi^2=18,655$, $p<0,001$, simularea Monte Carlo $p<0,001$).

Tabelul 3.65. Funcționalitatea grupurilor sanitare

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Foarte bune	85	65,4	57,2-73,6	30	55,6	42,3-68,8	115
Bune	44	33,8	25,7-42,0	14	25,9	14,2-37,6	58
Nici bune, nici proaste	1	0,8	0,0-2,3	8	14,8	5,3-24,3	9
Foarte proaste	-	-	-	2	3,7	0,0-8,7	2
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=23,454$, $p<0,001$, simularea Monte Carlo $p<0,001$							

Problemele de curățenie semnalate de pacienții îngrijiți în spitalele monospecialitate sunt reflectate în problemele pe care aceștia le identifică la nivelul grupurilor sanitare (18,5%). În spitalele generale aceste situații sunt identificate într-o proporție semnificativ mai mică ($p=0,0003$).

Tabelul 3.66. Condițiile de cazare din salon

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Foarte bune	86	66,2	58,0-74,3	33	61,1	48,1-74,1	119
Bune	42	32,3	24,3-40,3	14	25,9	14,2-37,6	56
Nici bune, nici proaste	2	1,5	0,0-3,7	5	9,3	1,5-17,0	7
Foarte proaste	-	-	-	2	3,7	0,0-8,7	2
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=10,673$, $p=0,014$, simularea Monte Carlo $p=0,010$							

Având în vedere opinia pacienților îngrijiți în spitale monospecialitate în ceea ce privește curățenia și funcționalitatea grupurilor sanitare, era previzibil faptul că referitor la condițiile de cazare opinia acestora să se mențină în aceleași proporții, 3,7% dintre aceștia consideră condițiile foarte proaste, fiind păstrată diferența statistic semnificativă ($\chi^2=10,673$, $p=0,014$, simularea Monte Carlo $p=0,010$). În cazul spitalului general nici un pacient nu a apreciat condițiile de cazare ca fiind foarte proaste.

Tabelul 3.67. Variantele de răspuns la întrebarea „Diagnosticul dumneavoastră la externare coincide cu cel de la internare?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
DA	114	87,7	82,0-93,3	38	70,4	58,2-82,5	152
NU	3	2,3	0,0-4,9	7	13,0	4,0-21,9	10
Nu știu	13	10,0	4,8-15,2	9	16,7	6,7-26,6	22
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=8,0453$, $p=0,018$, simularea Monte Carlo $p=0,013$							

Diagnosticul la internare a prezentat într-o proporție statistic semnificativă diferențe comparativ cu diagnosticul la externare în cazul spitalului general ($\chi^2=8,0453$, $p=0,018$, simularea Monte Carlo $p=0,013$). Acest aspect poate fi explicat prin specificul spitalului monospecialitate.

Tabelul 3.68. Variantele de răspuns la întrebarea „Tratamentul aplicat pe perioada internării a avut asupra dvs. un efect de:”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Vindecare	69	53,1	44,5-61,7	41	75,9	64,5-87,3	110
Ameliorare	61	46,9	38,3-55,5	12	22,2	11,1-33,3	73
Nici un efect	-	-	-	1	1,9	0,0-5,4	1
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=12,572$, $p=0,002$, simularea Monte Carlo $p=0,001$							

Un număr statistic semnificativ de pacienți îngrijiți în spitalul monospecialitate au considerat că tratamentul nu a avut nici un efect ($\chi^2=12,572$, $p=0,002$, simularea Monte Carlo $p=0,001$).

Tabelul 3.69. Variantele de răspuns la întrebarea „Sunteți la prima internare pentru acest diagnostic sau la o reinternare?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	ÎÎ 95%	Abs.	P, %	ÎÎ 95%	
Prima internare	80	61,5	53,2-69,9	36	66,7	54,1-79,2	116
Reinternare	48	36,9	28,6-45,2	16	29,6	17,5-41,8	64
Nu știu	2	1,5	0,0-3,7	2	3,7	0,0-8,7	4
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=1,309$, $p=0,519$, simularea Monte Carlo $p=0,379$							

Proporția pacienților reinternăți sau la prima internare a fost aceeași în ambele tipuri de spitale, fără diferență statistic semnificativă ($\chi^2=1,309$, $p=0,519$, simularea Monte Carlo $p=0,379$).

Tabelul 3.70. Variantele de răspuns la întrebarea „De cate ori vi s-a schimbat medicația pe durata internării?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Niciodată/ o dată	113	86,9	81,1-92,7	39	72,2	60,3-84,2	152
De mai multe ori	7	5,4	1,5-9,3	6	11,1	2,7-19,5	13
Nu știu	10	7,7	3,1-12,3	9	16,7	6,7-26,6	19
Total	130			54			184
Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=3,565$, $p=0,168$, simularea Monte Carlo $p=0,123$							

Opinia pacienților îngrijiți în spitalul monospecialitate a fost că tratamentul acestora a fost schimbat de mai multe ori pe durata internării, (11,1%), proporția acestora fiind statistic

semnificativ mai mare ($\chi^2=3,565$, $p=0,168$, simularea Monte Carlo $p=0,123$) comparativ cu pacienții din spitalul general (5,4%).

Tabelul 3.71. Variantele de răspuns la întrebarea „Dacă veți avea nevoie de un serviciu medical disponibil în aceasta unitate, va veți mai interna aici?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Sigur Da	126	96,9	94,0-99,9	44	81,5	71,1-91,8	170
Sigur Nu	-	-	-	3	5,6	0,0-11,7	3
Nu știu	4	3,1	0,1-6,0	7	13,0	4,0-21,9	11
Total	130			54			184

Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=9,729$, $p=0,012$, simularea Monte Carlo $p=0,008$

Un număr semnificativ de pacienți îngrijiți în spitalul monospecialitate (5,6%) comparativ cu niciunul din cei îngrijiți în spitalul general au precizat că nu vor să se mai interneze în această unitate ($\chi^2=9,729$, $p=0,012$, simularea Monte Carlo $p=0,008$).

Tabelul 3.72. Variantele de răspuns la întrebarea „Dacă un apropiat ar avea nevoie de un serviciu medical disponibil aici, i-ați recomanda să vină?”

	Spital general			Spital monospecialitate			Total
	Abs.	P, %	IÎ 95%	Abs.	P, %	IÎ 95%	
Sigur Da	127	97,7	95,1-100,0	46	85,2	75,7-94,7	173
Nu știu	3	2,3	0,0-4,9	8	14,8	5,3-24,3	11
Total	130			54			184

Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=4,872$, $p=0,028$, simularea Monte Carlo $p=0,020$

Aprecieră generală făcută de pacienți reflectată prin faptul că ar recomanda serviciile medicale din spital a evidențiat faptul că cei îngrijiți în spitalul general ar face această recomandare. Un procent important dintre pacienții tratați în spitalul general împărtășesc această opinie (97,7%) în timp ce doar 85,2% dintre pacienții tratați în spitalul monospecialitate ar face acest lucru. O pondere statistic semnificativă ($\chi^2=4,872$, $p=0,028$, simularea Monte Carlo $p=0,020$) de pacienți îngrijiți în spitalul monospecialitate (14,8% vs. 2,3%) au rețineri în a recomanda altora aceste servicii medicale.

În ceea ce privește modul în care pacientul apreciază serviciile medicale de care a beneficiat în funcție de tipul spitalului, rezultatele au demonstrat faptul că un număr semnificativ mai mare de pacienți îngrijiți în spitalul general au fost foarte mulțumiți de serviciile primite comparativ cu numărul celor îngrijiți în spitalele monospecialitate.

Concluzii

Capitolul 3 a prezentat rezultatele cercetării cantitative, evidențiind diferențele semnificative în ceea ce privește eficiența operațională și satisfacția pacienților între spitalele

generale și cele monospecialitate. Analiza statistică a arătat că spitalele monospecialitate tind să aibă o eficiență mai ridicată în domeniile lor de specializare, în timp ce spitalele generale manifestă o mai bună adaptabilitate, dar cu o performanță mai variabilă. Chestionarele de satisfacție au confirmat că percepția pacientului este influențată atât de calitatea actului medical, cât și de organizarea instituțională. Aceste rezultate oferă un suport solid pentru modelul propus de evaluare diferențiată în funcție de specificul fiecărui tip de spital.

4. EVALUAREA ȘI DIAGNOZA POLITICILOR DE SĂNĂTATE ACTUALE ÎN CONTEXTUL SOCIO-ECONOMIC DIN ROMÂNIA

Acest capitol este dedicat prezentării detaliate a rezultatelor obținute prin metodele calitative utilizate în cercetare, respectiv interviurile semistructurate și focus-grupul derulate cu reprezentanți din domeniul spitalicesc. Scopul acestor metode a fost acela de a identifica și analiza percepțiile, experiențele și opiniile actorilor implicați în furnizarea serviciilor medicale în spitale generale și spitale monospecialitate, oferind astfel o dimensiune interpretativă complementară rezultatelor cantitative.

4.1 Rezultatele focus-grupului

Pentru componenta calitativă a cercetării au fost realizate 24 de interviuri semistructurate, desfășurate în perioada iulie-septembrie 2019. Respondenții au fost selectați pe baza unui eșantion rațional, acoperind o diversitate geografică, instituțională și funcțională. Au fost incluși manageri de spitale, directori medicali, șefi de secție, dar și reprezentanți ai autorităților locale și ai instituțiilor implicate în coordonarea serviciilor de sănătate.

Interviurile au fost structurate în jurul unor axe tematice relevante: organizare internă, utilizarea resurselor, percepția asupra calității și costurilor, dificultăți sistemice și perspective de reformă. Analiza de conținut a răspunsurilor a relevat o serie de constante și diferențe importante între cele două tipuri de unități medicale analizate.

Un prim rezultat important a fost recunoașterea diferențelor funcționale și de organizare. Spitalele monospecialitate sunt percepute ca fiind mai eficiente în ceea ce privește procesele medicale și gestionarea cazurilor specifice, beneficiind de echipe omogene și circuite funcționale clare. Totuși, această eficiență este afectată de vulnerabilitatea la fluctuațiile de personal și finanțare, având o capacitate redusă de adaptare la cerințe variate sau de a prelua cazuri din afara specializării.

Spitalele generale, în schimb, sunt apreciate pentru versatilitatea lor și pentru capacitatea de a răspunde unei game largi de nevoi medicale. Cu toate acestea, suprasolicitarea, lipsa de personal calificat în anumite specialități și fragmentarea fluxurilor de pacienți afectează eficiența și calitatea percepută a serviciilor.

În ceea ce privește utilizarea resurselor, majoritatea respondenților au subliniat faptul că atât spitalele generale, cât și cele monospecialitate funcționează adesea la limita resurselor disponibile. Problema deficitului de personal, mai ales în rândul asistenților medicali și personalului auxiliar, este percepută ca un factor major de stres instituțional și de scădere a calității

actului medical. De asemenea, blocajele birocratice și instabilitatea legislativă sunt considerate obstacole semnificative în procesul decizional intern.

Din perspectiva calității serviciilor, respondenții au identificat lipsa unor standarde diferențiate de evaluare a performanței ca fiind un impediment în aprecierea obiectivă a rezultatelor obținute. Majoritatea participanților au sugerat că sistemul actual de raportare este uniform și nu reflectă specificul activităților din fiecare tip de spital.

Interviurile au evidențiat și o serie de propuneri, printre care: introducerea unor indicatori de performanță adaptați profilului spitalului, descentralizarea deciziei administrative, stabilirea unui fond flexibil pentru investiții și creșterea capacității de formare profesională continuă în rândul personalului medical.

4.2 Rezultatele analizei prin metoda Delphi

Pentru validarea și aprofundarea rezultatelor obținute prin interviuri, a fost organizat un grup format inițial din 41 de participanți desfășurat în trei sesiuni consecutive. Grupul a fost format din manageri de spitale, cadre universitare în domeniul sănătății publice, reprezentanți ai autorităților sanitare și consultanți în politici de sănătate.

Discuțiile au urmat o agendă predefinită, având ca scop testarea consistenței temelor extrase anterior și explorarea unor soluții posibile la problemele identificate. Participanții au avut acces la un rezumat al rezultatelor interviurilor și au fost încurajați să ofere interpretări, completări și sugestii operaționale.

Interviurile au confirmat faptul că spitalele monospecialitate prezintă o eficiență operațională superioară în domeniul lor de expertiză, dar această eficiență este fragilă, fiind dependentă de stabilitatea resurselor. În același timp, spitalele generale sunt percepute ca având o capacitate de adaptare crescută, dar sunt limitate de structuri interne mai rigide și de o alocare a resurselor mai puțin direcționată.

O temă majoră care a rezultat a fost necesitatea redefinirii criteriilor de finanțare și de evaluare a performanței, în funcție de profilul spitalului și complexitatea cazurilor. Participanții au subliniat importanța introducerii unui mecanism diferențiat de alocare bugetară și a unor politici de stimulare a colaborării interinstituționale între spitalele de diverse tipuri.

Printre propunerile formulate s-au numărat: crearea unor consorții spitalicești locale care să asigure complementaritate între servicii; dezvoltarea unor platforme digitale comune pentru managementul pacienților între unități; și implicarea activă a autorităților locale în finanțarea și supervizarea activității spitalelor.

4.2.1 Contextul pentru evaluarea politicii de sănătate

Definiția sănătății în toate politicile a fost menționată la începutul interviurilor pentru a evita eventualele nelămuriri. Totuși, din analiza răspunsurilor pe care le-am primit, este evident faptul că termenul este foarte clar pentru o parte dintre persoanele intervievate, indiferent de structura din care fac parte (autoritate publică locală sau centrală, organizații nonguvernamentale sau mediu academic), având în vedere faptul că persoanele intervievate sunt persoane cheie cu implicare importantă în managementul sanitar din țara noastră. Oportunitatea aplicării conceptului în România este o chestiune privită diferit de persoanele intervievate, observând oarecare neclarități pentru cei din societatea civilă.

Componenta principală a elaborării politicilor de sănătate, subliniată de aproape toate persoanele intervievate, este intersectorialitatea abordării, care necesită colaborare între instituții și structuri din domenii diferite, inclusiv consultări între societatea civilă și ministere și invitarea persoanelor cheie din mediul academic, nu doar din universități de medicină, ci și din mediul economic, industrie, agricultură, mediu, apărare, afaceri interne, numai că această cutumă a colaborării interinstituționale nu există în România, întrucât ea ar trebui introdusă și cultivată.

Interviu respondent, autoritate publică locală

„În România, în jur de 60% din decese sunt cauzate de bolile cronice, ceea ce pledează în favoarea dezvoltării unor politici de sănătate orientate spre identificarea persoanelor cu risc. Intern, ar trebui să prioritizăm, la nivel național, această problemă și să aprobăm prin Hotărâre de Guvern și Ordin de Ministru definirea politicilor în bolile cronice“.

Interviu respondent instituție publică centrală

„Dacă este să vorbim despre sănătatea prin prevenție, este o abordare cu totul specială care este necesară pentru că este mai ușor să previi, decât să tratezi, dar este necesară colaborarea între o mai multe de instituții, ceea ce-i foarte greu de făcut în România.“

Interviu respondent, mediul academic:

„La noi în țară, colaborarea între ministere nu este dificilă, ci foarte dificilă. În general, la întâlniri organizate în cadrul grupurilor de lucru, după cum știți vin persoane din Ministerul Sănătății și Educației, foarte rar din Ministerul Muncii și niciodată din Ministerul de Interne, Ministerul Fondurilor sau Ministerul Finanțelor. Iar reprezentanții mediului academic lipsesc cu desăvârșire.“

Interviu respondent, ONG

„Noi nu avem cultura muncii în echipă.“

Interviu respondent, autoritate publică locală

„Pe primul loc trebuie să fie profilaxia și factorii de risc. În acest sens trebuie să stabilim domenii cheie și să facem investiții ca pacienții să aibă acces facil la sănătate în acest domeniu. Trebuie să stabilim câteva centre cheie. Ele există la București, Cluj, Iași, Timișoara, dar trebuie finanțate să ajungă la nivelul centrelor din UE. De asemenea, trebuie consolidată relația medic – pacient și trebuie să prevenim într-un fel atitudinea defensivă a cadrelor medicale.”

Interviu respondent, clustere

„(...) nu putem vorbi de politici eficiente și eficiente inclusiv în domeniul sănătății dacă noi nu reușim să convingem autoritățile că trebuie să capete această deprindere în primul rând, de a se consulta cu toți actorii interesați și să fie mai multă deschidere către societatea civilă.”

Interviu respondent, mediul universitar

„Dacă este prevăzută în legislație, cu siguranță da (...) Doar că fără acea masă critică de experți, specialiști în sănătate publică care să aibă și competență specifică și autoritatea specializării, sănătatea în toate politicile nu se poate face.”

Interviu respondent, ONG

„Acest lucru s-a făcut în alte țări și trebuie să se facă și în România. Problema nu este că nu se poate face, nici că nu e oportun, ci că trebuie să se coaguleze oamenii. Baza legală pentru a începe să se facă. Nu știu ce strategii de la noi au în obiectivele lor sănătatea în toate politicile. Nu știu dacă nu cumva Strategia Sănătății are acest obiectiv. Sau poate cea de mediu. Deci trebuie să fie cineva care să se ocupe și să aloce oameni, timp și bani. În principal trebuie alocate resurse umane, resurse de timp pentru că altfel sunt întrunite condițiile precum și resursele financiare. Specialiștii trebuie și plătiți. Deci trebuie să fie un grup de inițiativă care să miște lucrurile și să fie motivați și financiar.”

Interviu respondent, autoritate publică locală

„Problema este în primul rând la fiecare din noi, pentru că noi nu reușim sau nu vrem să reușim să convingem autoritățile care or fi ele să capete această deprindere de a se consulta cu toți cei interesați, inclusiv în domeniul sănătății. Mai bine spus în condițiile în care noi nu facem treaba asta, să încercăm să dezvoltăm abordarea sănătății în toate domeniile este foarte bine, dar s-ar putea să fie un pic prematur.”

Analizând răspunsurile persoanelor intervievate, au fost identificate trei axe prioritare care vizează dificultățile de colaborare actuale:

1. Pe de o parte, este necesară reglementarea colaborării interministeriale și intra-ministeriale prin hotărâre de guvern. Această direcție presupune ca toate instituțiile și

structurile interesate în problema identificată să fie obligate să participe la întâlniri/consultări în cadrul grupurilor de lucru, iar raportarea să se facă pe baza rezultatelor existente.

2. Este necesară stabilirea obligativității consultărilor cu diverși actori, inclusiv cu reprezentanți ai societăților civile și reprezentanți ai mediului academic - profesioniști în sănătate
3. Iar, pe de altă parte, programele preventive, screening, monitorizarea stării de sănătate a populației, sistemul informatizat pentru identificarea pacienților cu factori de risc.

Această direcție se va realiza prin activități de informatizare a bazelor de date ale screening-ului, ce vor fi integrate cu sistemele informatice ale programului național (ex. registrele naționale). Accesul la bazele de date va fi parolat online având ca scop identificarea CNP-ului persoanelor testate în cadrul programului de screening.

Temele de interes pentru persoanele care au fost intervievate și care se pretează pentru **evaluarea politicii de sănătate**, sunt diverse.

Interviu respondent instituție publică centrală

„Toți factorii determinanți joacă un rol important în dezvoltarea bolilor cronice respectiv factori non-modificabili și factori care pot fi modificați, la rândul lor, de alți factori. Ei au nevoie de abordare intersectorială, de aceea ne străduim și sperăm să reușim să facem planuri de acțiune și strategii.”

Interviu respondent, instituție publică locală

„Accesul la servicii de prevenție în sănătate, educația, alimentația, menținerea unui stil de viață echilibrat.”

Interviu respondent, mediul universitar:

„În primul rând, trebuie făcut un inventar al problemelor de sănătate (...) care diferă în funcție de context (...), trebuie să admitem că sunt probleme specifice care necesită soluții specifice. Cred că necesar să avem centre de screening pe regiuni, elaborăm ghiduri în conformitate cu recomandările Ghidurilor Europene. Trebuie organizate inclusiv evenimente științifice (ex. mese rotunde, conferințe, seminarii etc.) pe tema elaborării și implementării programului de screening pentru identificarea pacienților cu factori de risc, cu participarea experților naționali și internaționali. În vederea realizării acesteia personalul implicat poate participa inclusiv la acțiuni de schimb de experiență în țări unde se implementează activități similare de screening/ depistare precoce a afecțiunilor”

În general, în opinia persoanelor intervievate, aceste teme trebuie abordate, la nivel central cu consultarea experților din toată țara. Se menționează clar necesitatea unei inventarieri a problemelor sectorului sanitar care poate fi generată de o analiză cost-eficiență realizată pentru spitale generale și de monospecialitate, analiză care poate fi ulterior aplicată și altor ramuri din domeniul sanitar. În regiunile/județele slab dezvoltate, în care lipsesc oportunitățile economice și sociale, descentralizarea este bună dar ea nu funcționează neapărat în avantajul populației. În situația politicilor de sănătate abordarea locală nu este cea mai potrivită.

Tot în urma analizei datelor a rezultat și faptul că este necesară organizarea unor evenimente științifice (mese rotunde, workshopuri, conferințe, seminare) pe tema elaborării și implementării strategiilor și politicilor de sănătate, cu participarea experților naționali și invitarea unor experți internaționali.

În opinia majoritară a persoanelor intervievate, principalele părți interesate în procesul de evaluare a politicii de sănătate, sunt instituțiile publice centrale (Ministerul Sănătății, Institutul de Sănătate Publică), cele 5 unități de profil pe care le avem în România, experții care lucrează pe această temă, ONG-urile, clusterelor pe sănătate, firmele de medicamente, dar nu numai ele și, bineînțeles reprezentanți din mediul academic. Toți cei intervievați au menționat faptul că populația are calitatea de beneficiar final, și în nici un caz nu va participa la proces. Deși sunt percepuți ca fiind importanți din perspectiva impactului economic al problemelor de sănătate, IMM-urile nu sunt în general privite ca parteneri de discuție pe teme de sănătate. Este necesar ca societatea civilă reprezentată de ONG-uri să devină credibile, să aibă expertiză tehnică în probleme de sănătate și analiză, implementare, evaluare de politici pentru a fi auzită și vocea lor în cadrul ministerelor.

Structuri posibile pentru implementarea unei politici publice.

În opinia experților intervievați, structurile existente ar putea fi utilizate dar cel indicat ar fi structura să funcționeze ca o structură independentă (Ex. Agenția Națională de Transplant). Alt exemplu, în cadrul Consiliului interministerial pentru afaceri sociale, sănătate, protecția consumatorului, înființat prin Hotărârea de Guvern nr. 750/2005 privind constituirea consiliilor interministeriale permanente, funcționează mai multe comisii pe probleme cu impact asupra sănătății, dar nu este suficient să avem doar comisii. Mai mult, în cadrul Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății avem structuri cu referire la reforma în domeniul sănătății. Acestea ar putea fi folosite pentru analiza soluțiilor intersectoriale ale problemelor cu impact asupra sănătății publice. Referitor la aceste structuri, rolul lor este consultativ și nu decizional și de aceea părerile sunt împărțite. Alt aspect important este legat de numirile care se fac pe criterii politice,

și de aceea fluctuațiile de personal afectează construirea expertizei de care este nevoie în cadrul unor astfel de structuri și bineînțeles credibilitatea membrilor.

Interviu respondent, autoritate publică locală

„Această structură trebuie să funcționeze ca o structură independentă, cum este Agenția Națională de Transplant. Sau sub umbrela Ministerului Sănătății sau să fie coordonată direct de Primul Ministru. Agenția de Transplant este un exemplu bun să zic de „buna practică. Financiar trebuie susținută de la bugetul de stat. Să avem o filă pentru astfel de activități. Prin legea Bugetului de Stat aprobată în Parlament.”

Interviu respondent, autoritate publică centrală

„Evaluarea trebuie făcută pe orizontală de către comitetele interministeriale, sa se spună ce efecte au deciziile politice luate pe verticală, dar având în vedere ce se întâmplă la noi, am rezerve că aceste comitete au ceva de spus în această problemă.”

Interviu respondent, ONG

„Structurile existente ar putea să-și schimbe un pic abordarea dar cred ca o structură independentă este soluția. Inerția structurilor instituționale în România este foarte mare de aceea inițial s-ar putea să nu funcționeze, iar frecvența schimbării ministrului sănătății și a miniștrilor în general este foarte mare (...).”

Interviu respondent, mediu academic

„(...)Cadrul legal de funcționare a Ministerului Sănătății cât și Legea 95/2006 prevăd care sunt structurile implicate în gestionarea probleme intersectoriale. În Legea 95 sunt prevăzute grupuri de lucru, sunt prevăzute comisii și subcomisii ale Ministerului Sănătății.”

Opiniile persoanelor intervievate referitoare la cine ar trebui să coordoneze o astfel de structură care să fie implicată în elaborarea, implementarea și evaluarea unei bune politici publice în România au fost diverse: O structură independent, Ministerul Sănătății, Cabinetul primului ministru, Secretariatul General al Guvernului și nu în ultimul rând Președinția.

4.2.2 Evaluarea impactului asupra sănătății

În această secțiune a interviului am inclus întrebări mai tehnice decât prima parte, chiar dacă a cuprins un cadru mai general privind impactul asupra sănătății iar procentul non-răspunsurilor a fost mai mare decât în prima parte. Institutului Național de Sănătate Publică (INSP), face în prezent evaluări de impact, la nivelul Direcțiilor de Sănătate Publică (DSP). Persoanele intervievate sunt de acord că este nevoie de oameni pregătiți să facă acest lucru, și de o structură care să răspundă de evaluările de impact asupra sănătății.

Opiniile persoanelor intervievate referitor la evaluarea impactului asupra sănătății au fost că acesta trebuie definit, integrat în toate procesele de luare a deciziilor, trebuie întărită capacitatea prin alocarea resurselor, instituționalizată evaluarea impactului în sănătate, elaborarea unei metodologii unitare pentru elaborarea studiilor de impact în sănătate, crearea unui registru al studiilor de impact în toate politicile pentru a contribui la găsirea celor mai bune practici și orientări pentru cazuri similare, sistemele de supraveghere ale stării de sănătate a populației și sistemele de informare geografică sunt utile pentru multe evaluări de impact în sănătate precum și crearea unei baze de date pentru evaluarea impactului sănătate.

Interviu respondent, autoritate publică locală

„(...) oameni pregătiți în domeniul asta trebuie să facă analizele de impact. Deci, este justificat faptul că este necesară pregătirea unor persoane care să se ocupe de aceasta problemă. Din acest punct de vedere, cred că ar fi utilă existența unei structuri/departament în cadrul unei instituții care să se ocupe de asta. Și aceștia ar trebui să colaboreze cu experți din diverse domenii pentru a adapta evaluarea la contextul specific.”

În același timp, unii respondenți experți motivație de faptul că specialiștii în sănătate publică sunt din ce în ce mai puțini, iar cei care sunt, au rămas ancorați în cunoștințe și metode depășite au suspiciuni în privința implicării și capacitării angajaților din INSP respectiv DSP-urile (angajați sunt uneori 1 – 2 oameni deci foarte puțini) de a realiza evaluarea impactului în sănătate. Doar în condițiile în care acestora le va fi furnizată o metodologie clară (această metodologie nu trebuie reinventată, ci adaptată la condițiile României), training și suport pe perioada de acomodare din partea INSP, ar putea funcționa evaluării sănătății pe obiective având responsabilitatea DSP-urile. De altfel, INSP are în vedere o procedură și metodologie de înregistrare a evaluatorilor independenți ai impactului asupra sănătății pe obiective, pe baza unor criterii care să certifice experiența și expertiza furnizorului.

Interviu respondent, instituție publică centrală

„Acum există o singură evaluare de impact, fără metodologie. Evaluare de impact a funcționarii obiectivelor, cel mai de jos nivel, nu cel de formulare a politicilor și strategiilor. Pe RIA (regulatory impact assessment) a existat un proiect, al cărui beneficiar a fost SGG și pe care s-a elaborat și un ghid. Acolo nu se mai întâmplă nimic pentru că nu este instituționalizată. Cea cu funcționarea obiectivelor este instituționalizată. Nu există o metodologie clară pe baza căreia se face evaluarea. (...) Metodologia de evaluare a obiectivelor este cel mai urgent de reglementat. Este ca la mediu. În oglindă. (...) Unele evaluări trebuie descentralizate la nivel local, cum sunt chestiunile de proprietăți.”

Interviu respondent, ONG

„Direcțiile de Sănătate Publică nu au resurse și ei nu vor să muncească în plus, nu avem resurse umane și financiare, nu știu să facă, se tem că-și pierd postul, că vor fi catalogați drept incompetenți și nu au nici dorința de a-și asuma responsabilitatea și deciziile pentru evaluările de sănătate. Iar colaborarea între structurile județene DSP-uri și structurile centrale ale aceleiași instituții este oarecum dificilă.”

4.3 Concluzii

Cercetarea calitativă a oferit o perspectivă complexă și contextualizată asupra modului în care spitalele generale și monospecialitate funcționează în realitate. Datele obținute prin interviuri și focus-grup validează premisele teoretice ale cercetării și oferă suport empiric pentru formularea unui model diferențiat de analiză și intervenție în politica sanitară.

În mod concret, se remarcă nevoia unei abordări sistemice care să recunoască specificitatea fiecărui tip de spital, să permită adaptarea mecanismelor de finanțare și să sprijine dezvoltarea capacităților interne de management. În plus, disponibilitatea actorilor instituționali de a contribui la reformă și deschiderea spre colaborare intersectorială sunt elemente favorabile care pot fi valorificate în viitoare politici publice bazate pe dovezi.

DISCUȚII

Rezultatele obținute în cadrul cercetării proprii oferă o perspectivă nuanțată asupra diferențelor structurale, funcționale și de percepție între spitalele generale și cele monospecialitate. Aceste rezultate validează și extind concluziile din literatura de specialitate, aducând contribuții originale în plan aplicativ și managerial. [81]

În primul rând, datele calitative evidențiază faptul că spitalele monospecialitate sunt percepute ca fiind mai eficiente din punct de vedere operațional în aria lor de competență. Acest avantaj este atribuit organizării interne mai simple, omogenității echipei medicale și clarității circuitelor clinice. Totuși, această eficiență se dovedește fragilă în fața instabilității bugetare și a deficitului de personal, mai ales în zonele cu resurse limitate. [82]

Pe de altă parte, spitalele generale se bucură de o mai mare capacitate de adaptare și răspuns la nevoi medicale variate, fiind adesea primele puncte de contact în situații de urgență sau pentru patologii complexe. Totuși, fragmentarea fluxurilor interne, presiunea pe resurse și lipsa de specializare afectează performanța și calitatea percepută a serviciilor.

Un rezultat deosebit de important al cercetării este identificarea unei nevoi sistemice de diferențiere a criteriilor de evaluare a performanței și de alocare a resurselor, în funcție de profilul spitalului. Respondenții au exprimat dorința clară pentru un model de finanțare mai flexibil, bazat pe performanță ajustată la specificul activității, și pentru descentralizarea decizională, astfel încât unitățile să poată reacționa mai eficient la nevoile comunității deservite.

Atât interviurile, cât și focus-grupul au confirmat că politicile actuale de sănătate publică nu reflectă întotdeauna realitățile operaționale ale spitalelor. Astfel, este necesară o abordare integrată care să combine analiza de eficiență economică cu evaluarea calității percepute și a satisfacției pacienților, așa cum propune modelul tezei. [83]

În concluzie, rezultatele studiului propriu susțin cu dovezi calitative propunerea de a adapta strategiile de management spitalicesc în funcție de tipologia instituțională și de a integra mai ferm vocea practicienilor în formularea politicilor publice în domeniul sănătății.

Analiza cost eficiență este un instrument care aduce informații utile în vederea asigurării utilizării eficiente a resurselor în sectorul medical.

Resursele sistemului de sănătate sunt limitate și tocmai de aceea, este importantă maximizarea beneficiilor de sănătate cu încadrarea în bugetele alocate.

La momentul actual, atât managerii din sistemul de sănătate cât și decidenții care stabilesc politicile de sănătate, apelează rar la analiza cost-eficiență, cele mai utilizate analize fiind cele de tip cost-beneficiu, cost-eficacitate și din acest motiv, complexitatea și esența costurilor în serviciile medicale sunt adesea subestimate.

Modelul econometric propus în teză cuprinde mai multe analize care, pe paliere diferite, surprind împreună mult mai clar complexitatea cost-eficienței actului medical.

Instrumentul propus cuprinde analiza indicatorilor de performanță ai spitalului, o analiză cu frontieră stocastică a gradului de ineficiență al spitalului respectiv, o analiză a gradului de satisfacție a pacientului.

Scopul studiului a fost evaluarea activității spitalelor generale și de monospecialitate din perspectiva cost-eficienței în vederea dezvoltării unui model econometric de apreciere a cost-eficienței, care să poată fi utilizat atât la nivelul managementului spitalului cât și la nivel decizional în vederea îmbunătățirii politicilor de sănătate.

Astfel, au fost analizați indicatorii de resurse umane, indicatorii financiari, indicatorii de utilizare a serviciilor, indicatorii de calitate din spitalele incluse în cercetare.

Rezultatele studiului realizat pe baza analizei costurilor având la bază un model de regresie cu frontieră stocastică au arătat că spitalele monospecialitate sunt semnificativ mai ineficiente decât spitalele generale. Studiul celor două tipuri de spitale, au evidențiat faptul că rezultatele

noastre sunt în concordanță cu cele existente la nivel național din punct de vedere al costurilor. Chiar dacă am adoptat o evaluare comparativă detaliată a costurilor pentru două spitale și am extins astfel analiza noastră pentru a include toate aspectele ce implică deopotrivă servicii medicale și costuri. S-a realizat astfel un raport corect costuri și număr de pacienți tratați în concordanță cu calitatea serviciilor oferite.

O constatare importantă din studiul nostru este că aspectele particulare de ineficiență pot fi diferite semnificativ în funcție de tipul spitalului monospecialitate. În acest sens, pot exista diferențe cheie între spitalele monospecialitate, de exemplu între spitale de obstetrică ginecologie, de boli cardiovasculare, neurochirurgie etc.

O gama largă de diferențe dintre spitalele generale și cele monospecialitate, pe care le evidențiem în acest studiu, sugerează că trebuie aplicat inițial instrumentul propus pentru a analiza concret cost-eficiența și pentru a genera o decizie bazată pe dovezi.

Studiul nostru a generat câteva rezultate suplimentare demne de remarcat. Teoria prezice că spitalele monospecialitate au stimulente mai mari pentru a controla costurile și, prin urmare, ar trebui să prezinte o eficiență mai mare a costurilor decât alte spitale generale. Cu toate acestea, cercetarea arată rezultate mixte pentru efectele asupra costurilor spitalelor și, în general, literatura nu demonstrează diferențe sistematice în costuri între spitalele monospecialitate și cele generale [84, 85].

Rezultatele noastre arată costuri mai mici pentru spitalele generale. Stratificarea scorurilor de ineficiență în rândul acestor spitale arată, de asemenea, o ineficiență mai mică, astfel încât în rândul acestor spitalelor, se promovează eficiența bazată pe costuri. Interesul nostru principal constă în compararea scorurilor de ineficiență ale spitalului monospecialitate cu cele ale spitalului general. Diferența este semnificativă ($p=0,0025$), cu o medie 39,5% în spitalul monospecialitate, comparativ cu o medie de 25,3% în spitalul general. Scorul mai mare pentru spitalul monospecialitate este determinat de secțiunile chirurgicale, care au o medie de 41,8% a scorului de ineficiență, comparativ cu 24,4% corespunzător secțiilor chirurgicale din spitalul general. Am aplicat un testul t pentru variante inegale, specific eşantioanelor mici. Toate rezultatele noastre empirice au fost solide pentru o analiză de sensibilitate. Deoarece practic toate spitalele monospecialitate prezintă costuri mai mari este o problemă care merită explorată și analizată în detaliu pe viitor [86, 87].

Un argument puternic care a fost prezentat în sprijinul spitalelor monospecialitate este că, prin procesul competitiv, acestea determină spitalele generale să funcționeze mai eficient. Dacă natura concurenței la nivelul spitalelor este în primul rând nu din punct de vedere al costurilor, spitalele monospecialitate vor fi mai puțin motivate să se concentreze pe eficiența serviciilor.

Dezvoltarea recentă a unui studiu al competiției spitalicești sugerează o corelație pozitivă potențială între indicatorii de calitate a serviciilor și calitatea neobservată, datorită fluxurilor de pacienți către spitale de calitate superioară [88]. Nu testăm aici endogenitatea care rezultă din această posibilitate; totuși, o astfel de endogenitate ar avea doar efectul de a subestima prezența serviciilor medicale oferite. [89]

În ultimii 25 de ani, sistemul medical a suferit schimbări majore în peisajul său competitiv. Astfel de schimbări au inclus consolidarea spitalelor din sistemul public și creșterea numărului de spitale din sectorul privat. O schimbare importantă a fost aceea de trecere de la îngrijirea în internare continuă la servicii medicale în ambulatoriu. Cea mai notabilă dezvoltare recentă a fost creșterea rapidă a spitalelor private mici monospecializate. [90]

Pe măsură ce numărul spitalelor monospecialitate a crescut subiectul a devenit centrul unei dezbateri intense despre valoarea lor sistemul de sănătate. Susținătorii spitalelor monospecialitate susțin că acestea pot stabili un nou punct de reper competitiv pentru serviciile spitalicești prin promovarea eficienței costurilor, lărgimea ofertei pacienților și furnizarea de asistență medicală de calitate la prețuri competitive [91,92]. În acest sens, o serie de strategii au susținut că spitalele pot crea valoare în îngrijirea sănătății prin concentrarea sporită și specializarea serviciilor [93]. Oponenții spitalelor monospecialitate susțin că aceste organizații generează concurență neloială prin direcționarea recomandărilor pacienților, oferind servicii care încurajează suprautilizarea, concentrându-se pe pacienții cei mai profitabili și limitând capacitatea spitalelor generale cu servicii complete de a subvenționa încrucișat servicii neprofitabile [94].

Esențiale pentru această dezbatere complexă sunt o serie de întrebări empirice despre spitalele monospecialitate care nu au fost încă rezolvate. În această lucrare, abordăm o afirmație cheie a susținătorilor spitalelor monospecialitate: *sunt acestea mai eficiente din punct de vedere al costurilor decât spitalele generale - concurente cu servicii complete*. [95]

Până în prezent, dovezile științifice care abordează această afirmație sunt limitate și conțin constatări contradictorii. [96,97] Examinăm această problemă cu o analiză statistică longitudinală a ineficienței costurilor spitalelor monospecialitate în comparație cu serviciile spitalelor generale, estimată în ultima perioadă (An 1-2). Rezultatele noastre nu oferă dovezi în sprijinul argumentului general potrivit căruia spitalele de specialitate sunt mai eficiente. Pe de altă parte, spitalele monospecialitate prezintă niveluri semnificativ mai ridicate de ineficiență generală a costurilor, sugerând că problema de cost comparativă este complexă și depinde de alți factori decât dacă un spital are sau nu o orientare generală față de serviciul specializat.

Cu toate acestea, factorii de decizie politică recunosc că, datorită specializării și dimensiunii reduse, spitalele monospecialitate au o asemănare mai mare cu secțiile spitalelor generale decât spitalele general în ansamblul său

Rezultatele au indicat costuri medii mai mari (și semnificative statistic) pentru spitalele monospecialitate corespunzător unui volum scăzut de cazuri externate și a unei capacități relativ mari de paturi neutilizate.

Există două perspective teoretice principale asupra controlului și funcționării spitalului general tradițional. Unul consideră că managerii profesioniști controlează resursele spitalului și mijloacele de producție [98], iar celălalt consideră că medicii controlează spitalul și îl tratează ca pe o organizație proprie [99,100]. Formarea și promovarea spitalului monospecialitate poate fi văzută ca o creștere a forțelor dinamice, întrucât atât managerii, cât și medicii concurează pentru controlul resurselor și a condițiilor de lucru. Cu toate acestea, medicii care cred că echilibrul controlului într-un spital este înclinat în favoarea managerilor pot fi înclinați să caute alte soluții pentru a avea un control mai mare asupra resurselor necesare pentru activitatea sa medicală. Dacă controlul medicului asupra unor astfel de resurse va spori sau reduce eficiența operațională este, după cum sa menționat, o întrebare de strategie a politicilor sanitare. Pentru viitor se propune completarea instrumentului creat pentru aprecierea cost-eficienței spitalelor generale și de monospecialitate și cu o analiză gradului de satisfacție a personalului medical angajat în spitalul general și de monospecialitate. [101] Un grad de satisfacție crescut al personalului medical este foarte posibil să aibă un impact major asupra calității serviciilor medicale și implicit asupra cost-eficienței spitalelor.

În plus față de întrebarea referitoare la cine controlează resursele spitalului, există și întrebarea cine deține resursele respective. O altă caracteristică comună a spitalelor monospecialitate este faptul că resursele cu scop lucrativ sunt potențial conflictuale. În spitalele monospecialitate unele dintre activitățile medicilor de îmbunătățire a eficienței clinice pot dăuna eficienței costurilor spitalului, cum ar fi de exemplu programarea sălilor de operație, menită să favorizeze eficiența și confortul chirurgilor, mai degrabă decât să minimizeze costurile de operare ale spitalului. [102]

Pentru a aborda aceste probleme am utilizat funcția cost, elementul de bază pentru evaluarea eficienței organizaționale în economie. Funcția cost reprezintă un model al relației dintre costul total și numărul de externări, luând în considerare cheltuielile de intrare, precum și alți factori care explică variația costurilor.

Studiile recente din spitale se bazează pe modelul analizei de regresie a frontierei stocastice (SFA - stochastic frontier regression analysis) pentru estimarea funcțiilor costurilor spitalicești [103, 104, 82] când ineficiența relativă este centrul atenției.

În timp atenția deosebită este în estimarea statistică a funcțiilor de cost, un interes deosebit îl reprezintă și variabilele explicative observate ce influențează costul, astfel, SFA se concentrează pe deviația neobservabilă sau reziduală între costurile observate și cele prevăzute [105].

SFA permite cercetătorului să descompună termenul rezidual (eroare) din regresie în două componente specifice spitalului [106]. O componentă stocastică permite factorilor aleatorii implicarea în asigurarea îngrijirii și asupra cărora spitalul nu are control, iar o componentă de ineficiență se referă la activitățile de îngrijire asupra cărora nu se deține control.

Măsura ineficienței poate fi interpretată ca diferența procentuală între costul observat al unui anumit spital și comportamentul celui alt spital. Având în vedere că tehnologia este definită de ceea ce este posibil sau observat, această frontieră reprezintă costul său minim fezabil din punct de vedere tehnic.

Măsurile de ineficiență specifice spitalului pot fi extrem de sensibile la modelul de cercetare și la sfera serviciilor spitalelor. Ca rezultat, tehnica SFA a fost criticată puternic atunci când a fost utilizată pentru a clasifica spitalele sau pentru a evalua ineficiența relativă a spitalelor individuale [107]. Cu toate acestea, scorurile de ineficiență sunt mai plauzibile pentru a face estimări generale [108] și, prin urmare, sunt potrivite pentru a evalua ineficiența relativă spitalului monospecialitate în comparație cu spitalul general.

Abordarea studiului a fost aceea de a controla eterogenitatea serviciilor la nivel de pacient în două spitale diferite și care încearcă să combine conceptele de cost și calitate din perspectiva tradițională în funcției costuri / eficiență.

Există însă o serie de limitări în analiza noastră. Spitalele monospecialitate sunt un fenomen în creștere continuă, iar datele încep să evidențieze ca aceste entități noi, fie individual, fie colectiv, ating nivelurile dorite de eficiență. În timp ce aspecte privind calitatea serviciilor medicale sunt extrem de importante și implică o variație considerabilă a costurilor, ele rămân în continuare instrumente esențiale pentru evaluarea calității spitalului. [109]

Ariile de abordare a factorilor care influențează sănătatea sunt diverse și pornesc de la problemele de sănătate existente, continuând cu starea mediului, dezvoltarea socio-economică sau guvernarea politică. Pentru a asigura protecția sănătății, guvernele lumii tind să includă sănătatea în programele de dezvoltare prin intermediul politicii publice. Menținerea unei stări bune de sănătate pe tot parcursul vieții conduce la o creștere a speranței de viață sănătoase și la un excedent de longevitate, generând atât beneficii economice, individuale, cât și sociale. Transformările

demografice care au loc, necesită o strategie eficientă care să acopere toate etapele vieții și să prioritizeze noi abordări pentru promovarea sănătății și prevenirea bolilor.

Îmbunătățirea sănătății și asigurarea echității sociale în domeniul sănătății încep de la asigurarea accesului la serviciile de sănătate pentru toți membrii societății. Acest sector trebuie să fie disponibil atât în zonele urbane, cât și în cele rurale, atât în sectorul public, cât și în cel privat. Calitatea și performanța spitalelor trebuie să fie uniforme în toate regiunile țării și să respecte normele europene în acest sens. Politicile de sănătate, bazate pe principiile implicării și împuternicirii tuturor părților interesate, oferă beneficii reale. [110] Acestea includ îmbunătățirea sănătății, îmbunătățirea asistenței medicale, încurajarea vieții independente și încurajarea adoptării unui stil de viață mai sănătos. Acestea includ, în special, linii directoare de acțiune, cum ar fi asigurarea unei sarcini sigure și a unui început de viață sănătos; încurajarea siguranței și bunăstării copiilor și tinerilor; promovarea locurilor de muncă sănătoase; și încurajarea îmbătrânirii sănătoase. Având în vedere epidemia de obezitate care se răspândește în întreaga Europă, este esențial să se asigure că există alimente sănătoase și că sunt disponibile facilități pentru o alimentație sănătoasă.

De cât de bine este finanțată și organizată o unitate sanitară, precum și modul în care sunt gestionate resursele financiare, materiale și umane, determină cât de bine funcționează. Astfel, realizarea unei analize cost-eficiență la nivelul instituțiilor sanitare cu un instrument complex ce include mai multe evaluări, va conduce la un management cât mai aproape de ideal.

Problemele relevante legate de managementul resurselor umane în sistemul sanitar pot fi împărțite în patru categorii, care includ:

- repartizarea inadecvată a capacității, adică neconcordanța dintre nivelul de pregătire profesională și capacitatea solicitată de sistemul sanitar, unde, din păcate întâlnim asistente medicale care montează sonde, infirmiere care pun sau scot perfuzii și branule
- repartizarea numerică neuniformă, adică nu corespunde numărul existent de cadre medicale cu cel necesar a fi pentru a face față prompt tuturor solicitărilor; din acest motiv sunt persoane care au decedat așteptând sau cărora starea de sănătate li se agravează după ore de așteptare
- repartizarea teritorială neuniformă a personalului medical, disproporția dintre urban și rural și divizarea inadecvată pe specialități; este bine cunoscut faptul că sunt sate care se confruntă cu lipsa medicilor de familie sau a unui asistent medical cel puțin
- migrarea personalului medical cu cea mai bună pregătire și calificare din sistemul național de sănătate; după migrarea celor mai buni specialiști, în momentul actual iau calea țărilor străine și cadrele medicale mai puțin pregătite, având în vedere faptul că li

se oferă calificare superioară la locul de muncă și desigur, o remunerare salarială pe măsură.

Dezvoltarea infrastructurii instituționale, dotarea cu echipamente medicale performante și eficiente, asigurarea accesului facil către serviciile medicale oferite de spitale, creșterea calității actului medical, costurile corecte și suportabile de către sistemul național de asigurări de sănătate, sunt toate nevoi contemporane cu dezvoltarea resurselor umane.

Aceasta este o problemă ce rămâne constantă pentru analiza costurilor spitalicești; cu toate acestea, măsurile și abordările folosite pentru evaluarea spitalelor, cât și pentru măsurarea calității serviciilor, sunt diferite comparativ cu cele prezentate în literatura de specialitate actuală. Analiza la fața locului și a chestionarelor de satisfacție a pacienților efectuate ca parte a analizei, indică faptul că unele spitale monospecialitate au saloane mai spațioase, un mediu mai confortabil, spațiu pentru familii și mâncare mai bună. Dacă spitalele monospecialitate oferă servicii care sunt sistematic diferite de cele ale concurenților din spitalele generale și care sunt inobservabile în prima etapă de analiză, atunci unele aspecte ce pot contribui la creșterea coeficientului de ineficiență în analiza noastră pot fi determinate de costuri suplimentare suportate de aceste oferte de servicii în spitalele monospecialitate. Spitalele generale și cele monospecialitate pot diferi în ceea ce privește măsura în care astfel de facilități adaugă valoare în îngrijirea sănătății prin creșterea calității îngrijirii, față de reducerea valorii prin adăugarea de costuri inutile.

Studiul nostru se concentrează pe ineficiența relativă a costurilor spitalelor monospecialitate. În contextul escaladării costurilor asistenței medicale, trebuie avut în vedere faptul că ineficiența costurilor este doar un element al efectului serviciilor asupra cheltuielilor totale de îngrijire medicală, care sunt, de asemenea, determinate de cantitate. Nu evaluăm dacă spitalele monospecialitate conduc la furnizarea unei cantități mai mari de servicii spitalicești. Cu toate acestea, din analiza realizată rezultă o serie de concluzii referitoare la faptul că factorii de decizie politică nu ar trebui să adopte presupunerea că spitalele monospecialitate oferă servicii de îngrijire a pacienților mai eficiente decât spitalele generale. Ar fi necesar un studiu suplimentar care să răspundă la întrebarea: de ce spitalele monospecialitate nu sunt atât de eficiente comparativ cu spitalele generale. În același context ar fi necesar să se evidențieze ce eforturi suplimentare ar fi necesare și ce obiective alternative ar putea încerca spitalele monospecialitate pentru a se putea optimiza activitatea la nivelul acestora. Consider că reprezintă un studiu foarte important pentru cercetările viitoare.

Oferirea unui pachet de servicii medicale de calitate, bazate pe norme, reguli, proceduri și protocoale interne având ca fundament un management clinic bine definit, integrat în managementul strategic și organizațional al spitalului, unde standardul înalt medical, drepturile

pacientului, îmbunătățirea stării de sănătate și satisfacție a acestuia, ar trebui să fie dezideratul tuturor spitalelor generale și monospecialitate.

În viitor, în baza materializării instrumentului de analiză a cost-eficienței propus, se va putea realiza mai facil reorganizarea și redimensionare structurii organizatorice a spitalului, pe specialități și secții clinice printr-o utilizare eficientă și eficace a paturilor existente, concomitent cu creșterea rolului și a activității ambulatorului integrat al spitalului. Deasemenea, analiza cost-eficiență va fi punctul de plecare pentru implementarea unui plan de management și a unui plan strategic pe termen scurt și mediu, cu priorități, ținte și obiective clare și fezabile, indicatori și responsabilități bine definite, care să aibă în vedere, și nu numai, următoarele aspecte:

- Asigurarea necesarului, evoluția, specializarea, pregătirea și motivarea celei mai importante resurse- resursa umană.
- Aplicarea cu rigurozitate a actelor normative care reglementează clar, conducerea și organizarea spitalelor, respectarea protocoalelor și procedurilor de lucru cu efect imediat asupra reducerii și scurtării timpilor de așteptare și staționare a pacienților în unitățile de primiri urgențe.
- Utilizarea eficientă și eficace a fondurilor alocate, întărirea disciplinei financiare, monitorizarea modului de utilizare a resurselor financiare, alocarea judicioasă a acestora și un control riguros al costurilor.
- Alocarea echilibrată de resurse (umane, materiale și financiare), având ca rezultat final un pacient mulțumit de serviciile medicale primite.
- Implicarea activă a tuturor șefilor de secție în planificarea, organizarea, coordonarea controlului și eficientizarea secției de care răspund sub directă îndrumare a directorului medical al spitalului.
- Un sistem de monitorizare a calității îngrijirilor medicale și de optimizare a circuitului pacienților de la diagnosticare până la externare cu responsabilizarea directă a șefilor de secții, în coordonarea directorului medical și sub controlul managerului.
- Evaluarea periodică a indicatorilor standard pentru managementul eficient și eficace al spitalului foarte utili în reglarea operativă pe termen scurt, mediu și lung a activității spitalelor.

Ariile de abordare a factorilor care influențează sănătatea sunt diverse și pornesc de la problemele de sănătate existente, continuând cu starea mediului, dezvoltarea socio-economică sau guvernarea politică. Pentru a asigura protecția sănătății, guvernele lumii tind să includă sănătatea în programele de dezvoltare prin intermediul politicii publice. Menținerea unei stări bune de

sănătate pe tot parcursul vieții conduce la o creștere a speranței de viață sănătoase și la un excedent de longevitate, generând atât beneficii economice, individuale, cât și sociale. Transformările demografice care au loc, necesită o strategie eficientă care să acopere toate etapele vieții și să prioritizeze noi abordări pentru promovarea sănătății și prevenirea bolilor.

Îmbunătățirea sănătății și asigurarea echității sociale în domeniul sănătății încep de la asigurarea accesului la serviciile de sănătate pentru toți membrii societății. Acest sector trebuie să fie disponibil atât în zonele urbane, cât și în cele rurale, atât în sectorul public, cât și în cel privat. Calitatea și performanța spitalelor trebuie să fie uniforme în toate regiunile țării și să respecte normele europene în acest sens. Politicile de sănătate, bazate pe principiile implicării și împuternicirii tuturor părților interesate, oferă beneficii reale. Acestea includ îmbunătățirea sănătății, îmbunătățirea asistenței medicale, încurajarea vieții independente și încurajarea adoptării unui stil de viață mai sănătos. Acestea includ, în special, linii directe de acțiune, cum ar fi asigurarea unei sarcini sigure și a unui început de viață sănătos; încurajarea siguranței și bunăstării copiilor și tinerilor; promovarea locurilor de muncă sănătoase; și încurajarea îmbătrânirii sănătoase. Având în vedere epidemia de obezitate care se răspândește în întreaga Europă, este esențial să se asigure că există alimente sănătoase și că sunt disponibile facilități pentru o alimentație sănătoasă.

De cât de bine este finanțată și organizată o unitate sanitară, precum și modul în care sunt gestionate resursele financiare, materiale și umane, determină cât de bine funcționează. Astfel, realizarea unei analize cost-eficiență la nivelul instituțiilor sanitare cu un instrument complex ce include mai multe evaluări, va conduce la un management cât mai aproape de ideal.

Problemele relevante legate de managementul resurselor umane în sistemul sanitar pot fi împărțite în patru categorii, care includ:

- repartizarea inadecvată a capacității, adică neconcordanța dintre nivelul de pregătire profesională și capacitatea solicitată de sistemul sanitar, unde, din păcate întâlnim asistente medicale care montează sonde, infirmiere care pun sau scot perfuzii și branule
- repartizarea numerică neuniformă, adică nu corespunde numărul existent de cadre medicale cu cel necesar a fi pentru a face față prompt tuturor solicitărilor; din acest motiv sunt persoane care au decedat așteptând sau cărora starea de sănătate li se agravează după ore de așteptare
- repartizarea teritorială neuniformă a personalului medical, disproporția dintre urban și rural și divizarea inadecvată pe specialități; este bine cunoscut faptul că sunt sate care se confruntă cu lipsa medicilor de familie sau a unui asistent medical cel puțin

- migrarea personalului medical cu cea mai bună pregătire și calificare din sistemul național de sănătate; după migrarea celor mai buni specialiști, în momentul actual iau calea țărilor străine și cadrele medicale mai puțin pregătite, având în vedere faptul că li se oferă calificare superioară la locul de muncă și desigur, o remunerare salarială pe măsură.

Dezvoltarea infrastructurii instituționale, dotarea cu echipamente medicale performante și eficiente, asigurarea accesului facil către serviciile medicale oferite de spitale, creșterea calității actului medical, costurile corecte și suportabile de către sistemul național de asigurări de sănătate, sunt toate nevoi contemporane cu dezvoltarea resurselor umane.

Este dificil să separăm acțiunile naționale sau comunitare de politicile mondiale în contextul globalizării, deoarece problemele de sănătate globală afectează politica internă a fiecărui stat în parte și viceversa. Fiecare stat poate contribui la sănătatea globală prin împărtășirea valorilor, experienței și competențelor sale și prin luarea de măsuri concrete pentru ameliorarea sănătății. Acțiunea poate sprijini eforturile de asigurare a coerenței între politicile interne și externe în domeniul sănătății pentru realizarea obiectivelor mondiale de sănătate, pentru a considera sănătatea ca un element important în combaterea sărăciei prin aspectele referitoare la sănătate ale cooperării externe pentru dezvoltare cu țările cu venituri mici, pentru a răspunde amenințărilor la adresa sănătății din țările terțe, cum ar fi convenția cadru a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) pentru combaterea fumatului (FCTC) și Regulamentul sanitar internațional (IHR). Interacțiunile dintr-o varietate de domenii ale politicii sunt necesare pentru contribuția Uniunii Europene la sănătatea globală, cum ar fi sănătatea, cooperarea pentru dezvoltare, acțiunile externe, cercetarea și comerțul.

CONCLUZII GENERALE

1. S-a identificat modelul econometric de analiză al cost-eficienței spitalelor generale și de monospecialitate care reflectă într-un mod cât mai apropiat de realitate, cost-eficiența celor 2 tipuri de spitale. Din analiza datelor rezultate în urma cercetării, se releva faptul că, deși ambele tipuri de spitale asigură un nivel corespunzător de respect al drepturilor pacientului, spitalul general oferă o experiență a actului medical perceputa ca fiind de o calitate superioară.

2. În urma evaluării realizate, s-a constatat că politicile de sănătate actuale rezolvă o parte cerințelor (ingerințelor) sistemului, dar acestea trebuie completate și îmbunătățite permanent, adaptate nevoilor în schimbare.

3. Cercetarea a evidențiat o serie de factori care influențează în mod direct atât procesul de elaborare, cât și implementarea politicilor publice de sănătate. Printre cei mai importanți se numără: stilul de viață al populației, nivelul de educație sanitară, condițiile economice generale, gradul de dezvoltare al infrastructurii medicale și proporția resurselor bugetare alocate sistemului sanitar. Totodată, în urma interviurilor realizate cu stakeholderii din domeniul sănătății, a reieșit în mod constant opinia conform căreia un factor decisiv, adesea neglijat, îl constituie nivelul de acces și de înțelegere de către decidenții politici a rezultatelor analizei de cost-eficiență realizată la nivel instituțional.

4. Modelul de evaluare propus în cadrul prezentei teze, care integrează analiza economică, performanța managerială și satisfacția pacienților, este perceput de către actorii implicați ca un instrument de suport decizional deosebit de valoros. Această perspectivă susține nevoia de a introduce astfel de evaluări în procesul de fundamentare a strategiilor de sănătate, pentru a asigura alocarea eficientă a resurselor și creșterea performanței sistemice.

5. Impactul politicilor de sănătate se va aprecia în cadrul unei analize de impact, realizată cu experți în domeniu, analiză care va contoriza și modificarea cost-eficienței spitalelor după aplicarea politicilor de sănătate.

RECOMANDĂRI PRACTICE

1. Optimizarea utilizării resurselor spitalicești – Este recomandată utilizarea la maximum posibil a resurselor existente ale fiecărui spital, în conformitate cu rezultatele analizei cost-eficiență realizate cu ajutorul instrumentului propus în această cercetare. Această măsură presupune ajustarea activităților clinice și administrative în raport cu performanțele

identificate, evitând risipa și maximizând rezultatele terapeutice. Se adresează managerilor de spital.

2. Monitorizarea periodică a cost-eficienței – Se recomandă realizarea analizei cost-eficiență la intervale regulate, preferabil trimestrial, pentru a permite identificarea rapidă a abaterilor și intervenția operativă asupra disfuncționalităților. Astfel, se poate asigura o îmbunătățire continuă a raportului dintre resursele consumate și rezultatele obținute. Se adresează managerilor de spital.
3. Integrarea sistematică a satisfacției pacientului în decizie – Chestionarul de satisfacție aplicat pacienților trebuie analizat periodic de către comitetul director al spitalului. În baza acestor rezultate, este necesară elaborarea și implementarea unor măsuri concrete menite să răspundă nevoilor pacienților și să crească gradul de încredere și adeziune față de instituția medicală. Recomandarea vizează conducerea spitalelor.
4. Utilizarea rezultatelor analizei cost-eficienței în procesul de elaborare a politicilor publice – În procesul de formulare, modificare sau revizuire a politicilor de sănătate, trebuie avută în vedere analiza cost-eficienței spitalelor. Acest tip de evaluare oferă un fundament obiectiv și comparativ pentru deciziile strategice și permite adaptarea politicilor la realitățile instituționale. Recomandarea este adresată decidenților în domeniul sanitar: Ministerul Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică, Parlamentul României.
5. Reglementarea evaluării impactului politicilor de sănătate – Este necesară elaborarea unei metodologii unitare de evaluare a impactului politicilor publice asupra sistemului sanitar, care să fie aplicabilă înaintea, în timpul și după implementarea intervențiilor. O astfel de reglementare va permite măsurarea efectelor reale ale politicilor și ajustarea lor în funcție de date concrete. Recomandarea se adresează decidenților politici și instituțiilor centrale.

BIBLIOGRAFIE

1. Cutler, D., Miller, G.,. The role of public health improvements in health advances: The twentieth-century United States. *Demography*, 2005, 42, 1–22. <https://doi.org/10.1353/dem.2005.0002>
2. Dubas-Jakóbczyk, K., Albrecht, T., Behmane, D., Bryndova, L., Dimova, A., Džakula, A., Habicht, T., Murauskiene, L., Scîntee, S.G., Smatana, M., Velkey, Z., Quentin, W., Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis. 2020. *Health Policy* 124, 368–379. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.003>

3. Fronteira, I., Magalhães, J.P. and Ferrinho, P.,. European Health Union: An emergent reality. 2024, The International Journal of Health Planning and Management, 39(2), pp.220-228.
4. Folland, S., Goodman, A.C., Stano, M., Danagouliau, S.,. The Economics of Health and Health Care, 2024, 9th ed. Routledge, New York. <https://doi.org/10.4324/9781003308409>
5. McKinlay, J.B., 2022. Issues in the Political Economy of Health Care. Routledge.
6. Leonard, D.J. and Needham, C.,. Strategies hospital manager use to improve customer services. 2020, Open Journal of Business and Management, 8(2), pp.820-854.
7. Nepomuceno, T. C. C., Piubello Orsini, L., de Carvalho, V. D. H., Poleto, T., & Leardini, C. (2022). The core of healthcare efficiency: A comprehensive bibliometric review on frontier analysis of hospitals. Healthcare, 10(7), 1316. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071316>
8. Almeshwari, S. A., Almalki, I. S., Abumilha, B. A., & Altharwi, B. H. (2024). Improving hospital efficiency and cost management: A systematic review and meta-analysis. Cureus, 16(10), e71721. <https://doi.org/10.7759/cureus.71721>.
9. Turnock, B., 2012. Public Health. Jones & Bartlett Publishers.
10. Wager, K.A., Lee, F.W., Glaser, J.P.,. Health Care Information Systems: A Practical Approach for Health Care Management. 2021, John Wiley & Sons.
11. Kaushan K, Gorobievski S. Optimisation of financing and insurance mechanisms in the health care system in the context of European practice. Journal of Financial and Monetary Economics. 2023 Dec 12(11):43-52.
12. Kozuń-Cieślak G. Is the efficiency of the healthcare system linked to the country's economic performance? Beveridgeans versus Bismarckians. Acta Oeconomica. 2020 Mar;70(1):1-7.
13. Cuenca, J. S. (2020). Efficiency of local governments in health service delivery: A stochastic frontier analysis (PIDS Discussion Paper Series No. 2020-06). Philippine Institute for Development Studies. <https://hdl.handle.net/10419/240995>
14. Tulchinsky TH. Bismarck and the long road to universal health coverage. Case Studies in Public Health. 2018:131.
15. https://londra.mae.ro/sites/londra.mae.ro/files/imagecache/90x60/images/actualitatea/2012/prez_londra_2012_prof_astarastoe.pdf
16. <http://www.europarl.europa.eu/about-parliament/ro/in-the-past/the-parliament-and-the-treaties/single-european-act>
17. Lacko R, Hajduová Z, Bakalár T, Pavolová H. Efficiency and Productivity Differences in Healthcare Systems: The Case of the European Union. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(24):16680. doi:10.3390/ijerph192416680.
18. Rancic N, Jakovljevic M, Jovanovic M, et al. Cost-Efficiency of Public Hospitals in Serbia Using DEA and Tobit Regression. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(23):12762. doi:10.3390/ijerph182312762.
19. Kontodimopoulos N, Moschovakis G, Aletras V, Niakas D. The Efficiency of Greek Public Hospitals: An Application of the DEA Method and Tobit Regression. ResearchGate. 2015. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/271402032>
20. Andruszkiewicz K, Wieczorek-Kosmala M. Measuring Healthcare System Efficiency in Poland. Int J Productivity and Performance Management. 2020;69(8):1681-1698. doi:10.1108/IJPPM-06-2020-0276.
21. Rechel B, Maresso A, Sagan A, et al. Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries: A comparative overview. Health Policy. 2020;124(6):501-513. doi:10.1016/j.healthpol.2020.02.012.
22. Žilinskas R, Paulauskas A. Efficiency Evaluation of Lithuanian Public Hospitals Using DEA Methodology. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(9):4584. doi:10.3390/ijerph18094584.
23. Constantin, V., (coord.), Documente de bază ale Comunității și Uniunii Europene, ed. a II-a, Ed. Polirom, Iași, (2002), pp. 92 - 94
24. <http://www.europarl.europa.eu/factsheets/ro/sheet/5/tratatul-de-la-lisabona>
25. https://ec.europa.eu/info/departments_en
26. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/HTML/?uri=CELEX:52010DC2020&from=EN>
27. <http://www.europarl.europa.eu/factsheets/ro/sheet/3/tratatele-de-la-maastricht-si-de-la-amsterdam>
28. http://ec.europa.eu/smart-regulation/impact/ia_carried_out/cia_2016_en.htm

29. Smith, Peter, C.; Ginnelly, Laura; Sculpher, Mark, Health Policy and Economics: Opportunities and Challenges, Open University Press, USA, (2005), pp. 248 – 251
30. H.G. nr. 775/2005, disponibil la http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/HOTARARI-DE-GUVERN/HG775-2005_act.pdf
31. Howlett, M.; Ramesh M., Studiul politicilor publice: Cicluri și subsisteme ale politicilor, Ed. Epigraf, Chișinău, (2004), p. 192.
32. Roemer, M., National strategies for health care organization: A world overview, Ann Arbor, MI: Health Administration Press, (1985), pp. 21 – 25
33. Ripley, R.; Franklin, G., Congress, Bureaucracy and Public Policy, 5 th ed., Pacific Grove, Calif: Brooks- Cole, (1991), pp. 56 - 62
34. Wilkinson, Richard; Marmot, Michael, Social Determinants of Health, The Solid Facts, Second Edition, World Health Organization, Denmark, (2003), p. 16
35. Anderson, J., E., Public Policymaking: An Introduction, Wadsworth: Boston, (2003), pp. 1 - 34
36. Sickles, R. C., Wang, Z., & Zelenyuk, V. (2022). Stochastic frontier analysis for healthcare, with illustrations in R (Working Paper Series No. WP05/2022). School of Economics, University of Queensland.
37. Lozano, L. M., Garcia-Cueto, E., & Muniz, J. Effect of the Number of Responses Categories on the Reliability and Validity of Rating Scales. Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences, 2008, 4(2), 73-79,
38. Edelman, M., Symbolic uses of politics, Urbana, IL: University of Wisconsin, (1985), p. 21
39. Rosko, M. D., & Mutter, R. L. (2008). Stochastic frontier analysis of hospital inefficiency: A review of empirical issues and an assessment of robustness. *Medical Care Research and Review*. <https://doi.org/10.1177/1077558707307580>
40. H.G. nr. 870/2006, disponibil la <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/73751>
41. Decizia nr. 1786/2002/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 23 septembrie 2002 de instituire a unui Program de acțiune comunitară în domeniul sănătății (2003-2008), JOCE, capitolul 15, vol.9, pp.3-13
42. Decizia nr. 1350/2007/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 23 octombrie 2007 de instituire a unui al doilea Program de acțiune comunitară în domeniul sănătății (2008-2013), Jurnalul Oficial, L173, 03/07/2008, pp. 27-29
43. http://ec.europa.eu/health-eu/index_en.htm
44. Decizia nr. 282/2014/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 23 octombrie 2007 de instituire a unui al doilea Program de acțiune comunitară în domeniul sănătății (2014-2020), Jurnalul Oficial, L86, vol. 57, disponibil la http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_en.htm
45. Dugard, P., Todman, J., & Staines, H. Approaching Multivariate Statistics: A Practical Introduction (Second ed.). London and New York: Routledge, Taylor Francis Group., 2010
46. https://ec.europa.eu/info/departments_en
47. https://www.mae.ro/sites/default/files/file/Europa2021/Strategia_Europa_2020.pdf
48. Bondar, F., Politici publice și administrație publică, Ed. Polirom, București, (2007), pp. 122 - 143
49. H.G. nr. 775/2005, disponibil la http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/HOTARARI-DE-GUVERN/HG775-2005_act.pdf
50. H.G. nr. 870/2006, disponibil la <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/73751>
51. H.G. nr. 1361/2006, disponibil la <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/75893>
52. Profiroiu, M.; Iorga, E., Manual de politici publice, Ed. Economică, București, (2009), p. 85
53. Streiner D. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. Journal of personality assessment. 2003;80:99-103
54. Velasco-Garrido M, Busse R. Health technology assessment: an introduction to objectives, role of evidence, and structure in Europe. In Health technology assessment: an introduction to objectives, role of evidence, and structure in Europe 2005. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002.
55. Bernier, Jean-Jacques ,Pietrulewicz, Bogdan, La psychometrie, traite de mesure appliquee, Published Morin Gaetan, Montreal, PQ, Canada, 1997.

56. Longest, B., Health policymaking in the United States (3rd ed.), Ann Arbor, MI: AUPHA Press/Health Administration Press, (1998), p. 82
57. The World Health Report, (2006), Working together for health, World Health Organization, Geneva, disponibil la https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
58. Cronbach, L. J. Coefficient Alpha and The Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 1951, (16), 3.,
59. Olivier, P., Eșantionarea de tip bulgăre de zăpadă [Snowball sampling]. In Jupp, V. (ed.), *Dicționar al metodelor de cercetare socială* [Dictionary of social research methods], Ed. Polirom, Iași, (2010), pp. 180-181
60. Miller, M., A. Elixhauser, C. Zhan, and G. Meyer.. Patient Safety Indicators: Using Administrative Data to Identify Potential Patient Safety Concerns. *Health Services Research*, 2001, 36 (6, part 2): 110–32
61. Melynck, S., Lummus, R., Vokurka, R., Burns, L., & Sandor, J. Mapping the future of supply chain management: A Delphi study. *International Journal of Production Research*, (2009), 47(16), 4629-4653.
62. OMS, a 8-a Conferință Globală privind Promovarea Sănătății, Helsinki, 2013
63. World Health Organization, (1999), The World Health Report 1999, disponibil la https://www.who.int/whr/1999/en/whr99_en.pdf?ua=1
64. Creswell, J. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, (2014).
65. de Villiers, M., de Villiers, P., & Kent, A. The Delphi technique in health sciences education research. *Medical Teacher*, (2005), 27(7), 639-643. doi: 10.1080/13611260500069947
66. Hsu, C., & Sandford, B. The Delphi technique: Making sense of consensus. *Practical Assessment Research & Evaluation*, (2007), 12(10), 1-8.
67. Ziglio, E. The Delphi Method and its Contribution to Decision-Making. in: Alder M. and Ziglio, E. (Eds.), *Gazing into the Oracle, The Delphi Method and Its Application to Social Policy and Public Health*. London: Jessica Kingsley Publishers, (1996), 3-33.
68. World Health Organization (WHO). 2015 Global Reference List of 100 Core Health Indicators. 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173589/1/WHO_HIS_HSI_2015.3_eng.pdf.
69. Carey, K., and J. F. Burgess. 1999. On Measuring the Hospital Cost/Quality Trade-Off. *Health Economics* 8 (6): 509–20.
70. Gupta, R.; Guptha, S.; Joshi, R.; Xavier, D., (2011), Translating evidence into policy for cardiovascular disease control in India, *Health Research Policy and Systems*, Vol. 9(8), pp. 1- 12
71. Ordin 397/2018, Anexa 23A, disponibil la <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/law/ROU-CH-14-01-LAW-2018-ron-Order-Methodological-Norms.pdf>
72. Yaisawarng, S., and J. F. Burgess. 2006. Performance-Based Budgeting in the Public Sector: An Illustration from the VA Health Care System. *Health Economics* 15:295–310
73. Gift, T., R. Arnould, and L. DeBrook. Is Healthy Competition Healthy? New Evidence of the Impact of Competition. *Inquiry*, 2002, 39 (1): 45–55.
74. United Nations, (2005), The Millennium Development Goals Report, New York, disponibil la <https://unstats.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20Book.pdf>
75. Linstone HA, Turoff M: The Delphi Method: techniques and applications Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company; 1975.
76. Burgess, J. F. Productivity Analysis in Health Care. In *Elgar Companion to Health Economics*, edited by A. Jones, Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing, 2005. pp. 335–46.
77. Kumbhakar, S. C. Efficiency Measurement with Multiple Outputs and Multiple Inputs. *Journal of Productivity Analysis*, 1996, 7 (2/3): 225–55
78. Kumbhakar, S. C., and C. A. K. Lovell. *Stochastic Frontier Analysis*. Cambridge:Cambridge University Press, 2000.
79. Greene,W. Distinguishing between Heterogeneity and Inefficiency: Stochastic Frontier Analysis of the World Health Organization's Panel Data on National Health Care Systems. *Health Economics*, 2004, 13: 959–80
80. Greene,W. Reconsidering Heterogeneity in Panel Data Estimators of the Stochastic Frontier Model. *Journal of Econometrics*, 2005, 126: 269–303.

81. Belotti F., Daidone S., Ilardi G., Atella V. Stochastic frontier analysis using Stata. *The Stata Journal* (2013), 13, Number 4, pp. 719–758.
82. Adams, Lee; Amos, Mary; Munro, James, *Promoting Health, Politics and Practice*, SAGE Publications Ltd., UK, (2002), p. 96
83. Spang, H. R., G. J. Bazzoli, and R. J. Arnould. 2001. Hospital Mergers and Savings for Consumers: Exploring New Evidence. *Health Affairs* 20 (1): 150–8.
84. Blane, David; Brunner, Eric; Wilkinson, Richard, *Health and social organization, Towards a health policy for the twenty-first century*, Taylor & Francis e-Library, UK, (2003), pp. 32 – 38
85. Li, T., and R. Rosenman. Estimating Hospital Costs with a Generalized Leontief Function. *Health Economics*, 2001, 10: 523–38.
86. Blas, E.; Kurup, Anand, S., *Equity, social determinants and public health programmes*, World Health Organization, Switzerland, (2010), pp. 261 – 265
87. Worthington, A. C. *Frontier Efficiency Measurement in Health Care: A Review of Empirical Techniques and Selected Applications*. *Medical Care Research and Review*, 2004. 61 (2): 135–70.
88. http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/activitatea_unitatilor_sanitare_in_anul_2015.pgl
http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/activitatea_unitatilor_sanitare_anul_2016.pgl
89. http://www.insse.ro/cms/sites/default/files/field/publicatii/activitatea_unitatilor_sanitare_anul_2017.pgl
90. <http://www.ms.ro/wp-content/uploads/2016/10/Anexa-1-Strategia-Nationala-de-Sanatate-2014-2020.pdf>
91. Dewar, Diane, M., *Essentials of Health Economics*, Jones and Bartlett Publishers, LLC, New York, (2010), p. 10
92. Fried, Bruce, J.; Johnson, James, A., *Human Resources in Healthcare, Managing for Success*, AUPHA Press, Washington, D.C. Health Administration Press, Chicago, Illinois, (2001), p. 66
93. Gapenski, Louis, C., *Healthcare Finance, An Introduction to Accounting and Financial Management*, Third Edition, Foundation of the American College of Healthcare, USA, (2005), pp. 57 - 58
94. Anderson, O., *Health care: Can there be equity? The United States, Sweden, and England*. Wiley Publications, New York, (1972), pp. 23 - 25
95. Anderson, O, *The health services continuum in democratic states: An inquiry into solvable problems*, Ann Arbor, MI: Health Administration Press, (1989), pp. 77- 78
96. Roemer, M., *National health systems throughout the world*, *Annual Review of Public Health*, Vol. 14, (1993), pp. 335 – 353
97. Program creat prin Decizia nr. 1982/2006 a Parlamentului European și a Consiliului privind al șaptelea Program-cadru al Comunității Europene pentru acțiuni de cercetare, dezvoltare tehnologică și de demonstrație (2007-2013), *Jurnalul Oficial*, L412, pp. 1-42
98. Adler M, Ziglio E: *Gazing into the Oracle: the Delphi method and its application to social policy and public health* Bristol, PA: Jessica Kingsley Publishers, Ltd; 1996.
99. Jones J, Hunter D: Consensus methods for medical and health services research. *Br Med J*, 1995, 311(7001):376-380.
100. Elnicki DM, Lescisin DA, Case S: Improving the National Board of Medical Examiners Internal Medicine Subject Exam for use in clerkship evaluation. *J Gen Intern Med* 2002, 17:435-440.
101. Shen, Y., K. Eggleston, and C. Schmid. Hospital Ownership and Financial Performance: What Explains the Different Findings in the Empirical Literature? *Inquiry*, 2007, 44 (1): 41–68
102. Sloan, F. Not-for-Profit Ownership and Hospital Behavior. In *Handbook of Health Economics*, edited by J. Culyer and J. P. Newhouse, 2000, pp. 1141–74. Amsterdam: North-Holland/Elsevier
103. Devers, K. J., L. R. Brewster, and L. P. Casalino.. Changes in Hospital Competitive Strategy: A New Medical Arms Race? *Health Services Research*, 2003, 38 (1, part 2): 447–69.
104. Kessler, D. P., and M. B. McClellan. Is Hospital Competition Socially Wasteful? *Quarterly Journal of Economics*, 2000, 115 (2): 577–615
105. Jacobs, R., P. C. Smith, and A. Street. *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

106. Porter, M. E., and E. O. Teisberg. Redefining Competition in Health Care. *Harvard Business Review*, 2004. 82 (6): 64–76
107. Kahn, C. N. Intolerable Risk, Irreparable Harm: The Legacy of Physician-Owned Specialty Hospitals. *Health Affairs*, 2006. 25 (1): 130–3
108. Giancotti M, Guglielmo A, Mauro M. Efficiency and optimal size of hospitals: results of a systematic search. *PLoS One*. 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174533>
109. Bradford, W. D., A. N. Kleit, M. A. Krousel-Wood, and R. N. Re. Stochastic Frontier Estimation of CostModels within the Hospital. *Review of Economics and Statistics*, 2001, 83 (2): 302–9.
110. Garrido MV, Zentner A, Busse R. Health systems, health policy and health technology assessment. *Health Technology Assessment and health policy-making in Europe*. 2008:53.

ANEXE

Anexa 1. Chestionar de investigare a eficienței și calității serviciilor medicale din perspectiva pacientului, în spitale generale versus monospecialitate

SPITALUL.....

DATA.....

CHESTIONAR DE INVESTIGARE A EFICIENȚEI ȘI CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE DIN PERSPECTIVA PACIENTULUI, ÎN SPITALE GENERALE VERSUS MONOSPECIALITATE

Stimata Doamna / Stimate Domnule,

Va rugam sa completați acest chestionar si sa-l depuneți in urna de la biroul externări.

Informațiile obținute din analiza acestui chestionar vor ajuta întreaga echipa a spitalului nostru să își îndeplinească misiunea, aceea de a oferi servicii medicale de calitate și, în același timp de a înțelege mai bine nevoile dumneavoastră.

Vă asigurăm că toate informațiile sunt confidențiale.

1. Cât de mulțumit sunteți, în general, de... ?

Încercuiți câte o cifră pe fiecare linie (a, b); Fiecare linie reprezintă o întrebare!

Aspecte	Foarte mulțumit	Mulțumit	Nici mulțumit, nici nemulțumit	Nemulțumit	Foarte nemulțumit
a....calitatea serviciilor medicale primite în acest spital?	1	2	3	4	5
b....modul în care v-au fost respectate drepturile de pacient?	1	2	3	4	5

2. Cât de mulțumit ați fost de... ?

Încercuiți câte o cifră pe fiecare linie (a, b, c); Fiecare linie reprezintă o întrebare!

Aspecte	Foarte mulțumit	Mulțumit	Nici mulțumit, nici nemulțumit	Nemulțumit	Foarte nemulțumit
a....timpul de așteptare până la prima examinare de către medic în	1	2	3	4	5

cadrul secției în care ați fost internat?					
b....modul în care ați fost consultat de medicul curant (care v-a îngrijit în secție)?	1	2	3	4	5
c....tratamentul primit în perioada de spitalizare?	1	2	3	4	5

3. Când ati avut nevoie urgentă de prezența personalului medico-sanitar ați beneficiat de...?

Încercuiți câte o cifră pe fiecare linie (a, b); Fiecare linie reprezintă o întrebare!

Aspecte	DA
a....intervenția imediată a acestuia.	1
b....un timp moderat de așteptare.	2
c....un timp mare de așteptare.	3
d....indiferență.	4

4. În ce măsură următoarele afirmații despre medicul care v-a tratat sunt adevărate?

Încercuiți câte o cifră pe fiecare linie (a, b, c, d, e); Fiecare linie reprezintă o întrebare!

Afirmații	În foarte mare măsură	În mare măsură	Nici mare, nici mică măsură	În mică măsură	În foarte mică măsură
a. Mi-a acordat respectul și atenția cuvenite unui pacient.	1	2	3	4	5
b. A răspuns la întrebările puse de mine.	1	2	3	4	5
c. S-a ocupat cu atenție de cazul meu.	1	2	3	4	5
d. A înțeles problemele mele medicale.	1	2	3	4	5
e. A manifestat interes în rezolvarea problemei mele medicale.	1	2	3	4	5

5. În ce măsură următoarele afirmații despre asistentele medicale/asistenții medicali sunt adevărate?

Încercuiți câte o cifră pe fiecare linie (a, b, c, d, e); Fiecare linie reprezintă o întrebare!

Afirmații	În foarte mare măsură	În mare măsură	Nici mare, nici mică măsură	În mică măsură	În foarte mică măsură
a. Mi-a acordat respectul și atenția cuvenite unui pacient.	1	2	3	4	5

b. A răspuns la întrebările puse de mine.	1	2	3	4	5
c. A respectat orele de administrare a tratamentului recomandat de medic.	1	2	3	4	5
d. A înțeles problemele mele medicale.	1	2	3	4	5
e. A manifestat interes în tratarea mea.	1	2	3	4	5

6. În ce măsură ați fost informat sau vi s-au explicat de către personalul medico-sanitar despre...?

Încercuiți câte o cifră pe fiecare linie (a, b, c, d, e, f, g); Fiecare linie reprezintă o întrebare!

Aspecte	În foarte mare măsură	În mare măsură	Nici mare, nici mică măsură	În mică măsură	În foarte mică măsură
a....cum va decurge examinarea medicală	1	2	3	4	5
b....cum se recoltează probele de sânge/biologice	1	2	3	4	5
c....modul de administrare a medicamentelor	1	2	3	4	5
d....rezultatul analizelor dumneavoastră	1	2	3	4	5
e....riscurile unei operații/intervenții chirurgicale/ale tratamentului indicat de medic	1	2	3	4	5
f....consecințele unui posibil refuz/opririi actului medical recomandat de medic	1	2	3	4	5
g....posibile tratamente alternative pentru afecțiunea dumneavoastră	1	2	3	4	5

7. Pe perioada internării.....

Încercuiți câte o cifră pe fiecare linie (a, b, c, d, e); Fiecare linie reprezintă o întrebare!

Aspecte	DA	NU
a. ați fost internat prin serviciul de urgență	1	2
b. ați solicitat serviciile unui medic preferat	1	2
c. ați primit serviciile unui medic preferat	1	2
d. ați solicitat și o altă opinie medicală, referitoare la diagnosticul medicului curant, pe perioada internării	1	2
e. ați primit o altă opinie medicală pe perioada internării	1	2

8. Pe perioada internării ori de câte ori am solicitat consiliere de specialitate

Încercuiți câte o cifră pe fiecare linie (a, b, c, d, e); Fiecare linie reprezintă o întrebare!

Aspecte	
---------	--

a. am primit imediat și am fost foarte mulțumit	1
b. am primit după un timp de așteptare dar am fost mulțumit	2
c. am primit imediat dar nu au fost pe măsura așteptărilor	3
d. am primit cu întârziere foarte mare	4
e. nu am primit un răspuns.	5

9. Pe perioada internării medicamentele și materialele sanitare au fost asigurate (Încercuiți o singură cifră - 1, 2, 3 sau 4!):

a. Integral de spital	1
b. În mare măsură din resursele spitalului (am cumpărat medicamente simple, calmante, feșe etc.)	2
c. În mică măsură din resursele spitalului (am cumpărat medicamente scumpe)	3
d. Integral de mine (pacient)	4

10. Cum apreciați, din punctul de vedere al confortului, următoarele condiții din spital?

Încercuiți câte o cifră pe fiecare linie (a, b, c, d, e, f); Fiecare linie reprezintă o întrebare!

Aspecte	Foarte bune	Bune	Nici bune, nici proaste	Proaste	Foarte proaste
a. Iluminatul spațiilor/încăperilor din spital	1	2	3	4	5
b. Temperatura din spital	1	2	3	4	5
c. Programul de primire a vizitelor	1	2	3	4	5
d. Curățenia generală din spital	1	2	3	4	5
e. Funcționalitatea grupurilor sanitare	1	2	3	4	5
f. Condițiile de cazare din salon	1	2	3	4	5

11. Diagnosticul dumneavoastră la externare coincide cu cel de la internare?

- a) da
- b) nu
- c) nu știu

12. Tratamentul aplicat pe perioada internării a avut asupra dvs. un efect de:

- a) Vindecare
- b) Ameliorare
- c) Nici un efect

13. Sunteți la prima internare pentru acest diagnostic sau la o reinternare ?

- a) Prima internare
- b) Reinternare
- c) Nu știu

14. De cate ori vi s-a schimbat medicația pe durata internării?

- a) Niciodată/ o dată
- b) De mai multe ori
- c) Nu știu

15. Dacă veți avea nevoie de un serviciu medical disponibil in aceasta unitate, va veți mai interna aici?

- a) Sigur Da
- b) Sigur Nu
- c) Nu știu

16. Dacă un apropiat ar avea nevoie de un serviciu medical disponibil aici, i-ați recomanda să vină?

- a) Sigur Da
- b) Sigur Nu
- c) Nu știu

17. Când aveți nevoie de consiliere medicală (despre simptome, diagnostic, tratament, spitale) apelați la:

- a) specialist (cu studii superioare sau de specialitate)
- b) farmacist
- c) internet
- d) prieteni
- e) pe cont propriu

18. Ce v-a plăcut cel mai mult in acest spital? Ce v-a displicut cel mai mult?

.....

.....

.....

Date demografice (vă rugăm încercuiți/completați):

Sexul respondentului/celui care a răspuns la chestionar: 1. Bărbătesc 2. Femeiesc

Vârsta respondentului:..... ani

Ultima școală absolvită:

1. Școală elementară :4 clase/ 10 clase/ școală profesională
2. Școală medie : liceu,/ școală postliceală
3. Școală superioară (universitate, master, doctorat)

Rezidența:

1. În mediul urban (într-un oraș/municipiu, indiferent de județ)
2. În mediul rural (într-o comună, indiferent de județ)

Va mulțumim.

Multa sanatate!

Anexa 2. Validarea chestionarului - analiza consistenței interne a chestionarului

Tabelul A.1. Validarea chestionarului - analiza consistenței interne a chestionarului

Number of items in scale: 18

Number of valid cases: 30

Number of cases with missing data: 0

Missing data were deleted: casewise

SUMMARY STATISTICS FOR SCALE

Mean: 1150.8800000

Sum: 191369.00000

Standard Deviation: 8.993844563

Variance: 5.181656805

Skewness: 1.149750414

Kurtosis: 3.026102231

Cronbach's alpha: .686740596

Standardized alpha: .60911829

Average Inter-Item Correlation: .103237819

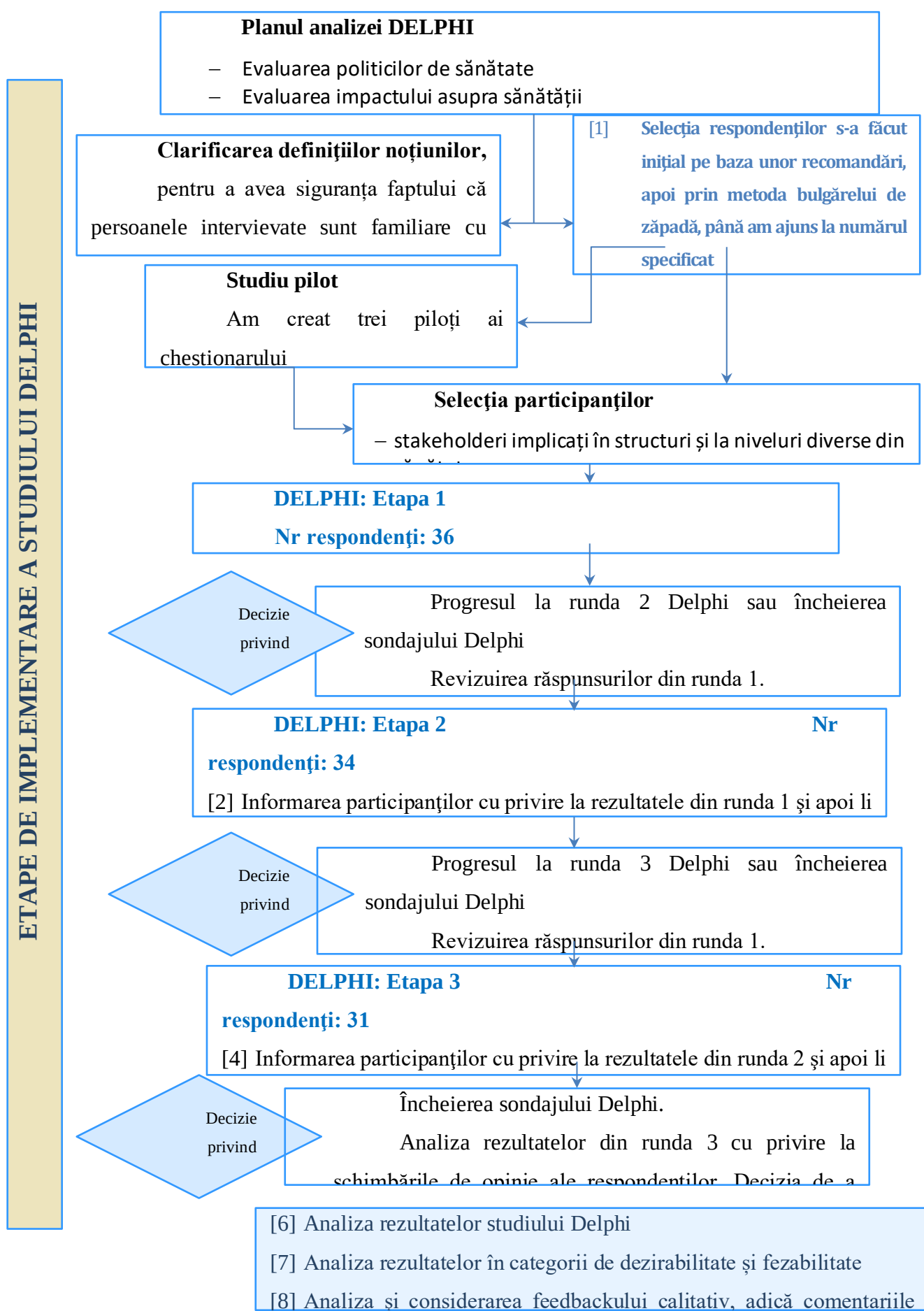
Summary for scale: Mean=1150.88 Std.Dv.=8.99384 Valid N:30 (chestionar.sta)					
Cronbach alpha:.686740					
Standardized alpha:.609118 Average inter-item corr.:.513627					
	Mean if - deleted	Var. if - deleted	Stdv. if - deleted	Item-Totl - Correl.	Alpha if - deleted
Item 1	49.647	73.79734	8.590538	0.786975	0.878867
Item 2	65.665	75.26479	8.675529	0.675200	0.881117
Item 3	85.617	75.86511	8.710058	0.175767	0.982604
Item 4	53.743	76.57442	8.750681	0.676352	0.812926
Item 5	67.725	76.95406	8.772346	0.710507	0.883802
Item 6	25.743	76.01154	8.718460	0.776094	0.851055
Item 7	68.707	76.00373	8.718012	0.717540	0.881374
Item 8	64.743	76.49059	8.745890	0.129656	0.881804
Item 9	39.713	75.53416	8.691039	0.644815	0.880745
Item 10	49.737	76.32580	8.736464	0.745401	0.781550
Item 11	52.719	76.10643	8.723900	0.619419	0.881463
Item 12	56.677	76.32658	8.736508	0.716361	0.832399
Item 13	61.790	77.26746	8.790191	0.607882	0.812766
Item 14	57.665	75.73187	8.702406	0.766932	0.911526
Item 15	85.749	76.34394	8.737502	0.633394	0.861629
Item 16	45.599	75.41389	8.684117	0.845769	0.881529
Item 17	66.695	76.16423	8.727212	0.056589	0.891945
Item 18	48.713	76.09703	8.723361	0.739542	0.881337

Anexa 3. Validarea chestionarului - analiza finală a itemilor

Tabelul A.2. Validarea chestionarului - analiza finală a itemilor

Summary for scale: Mean=21.3989 Std.Dv.=5.17746 Valid N:30 (chestionar.sta)					
Cronbach alpha:.920659					
Standardized alpha:.924106; Average inter-item corr.:.416442					
	Mean if - deleted	Var. if - deleted	StdV. if - deleted	Itm-Totl - Correl.	Alpha if - deleted
Item 1	20.15169	22.74665	4.769345	0.808461	0.913446
Item 2	20.16854	23.24126	4.820919	0.764543	0.914674
Item 4	20.11798	23.49732	4.847403	0.734899	0.918927
Item 5	20.25281	23.98665	4.897617	0.758120	0.917438
Item 6	20.23595	24.19151	4.918487	0.808966	0.918685
Item 7	20.23034	23.59301	4.857264	0.865896	0.914699
Item 9	20.21348	23.99937	4.898915	0.708333	0.916192
Item 10	20.23034	23.79526	4.878038	0.860418	0.914952
Item 11	20.22472	23.63489	4.861573	0.770340	0.914622
Item 12	20.23595	23.97803	4.896737	0.872350	0.914915
Item 13	20.23034	24.09863	4.909036	0.729739	0.915819
Item 14	20.17978	24.01262	4.900268	0.832751	0.918155
Item 15	20.30337	24.75066	4.975004	0.821817	0.916893
Item 16	20.19101	23.87363	4.886065	0.993593	0.916528
Item 18	20.26966	24.25312	4.924746	0.857629	0.915543

Anexa 4. Etape de implementare a studiului DELPHI



Anexa 5. Structura organizatorică a Spitalului General

Tabelul A.3. Structura organizatorică a Spitalului General

Secția/ Compartimentul / Laboratorul / Cabinetul	Număr paturi
SECTIA CLINICA CHIRURGIE GENERALA I	75
SECTIA CLINICA CHIRURGIE GENERALA II	50
SECTIA CLINICA CHIRURGIE GENERALA III	75
SECTIA CLINICA CHIRURGIE GENERALA IV	50
SECTIE CHIRURGIE VASCULARA	25
SECTIA CLINICA CHIR. PLASTICA, MICROCHIR. RECONSTRUCTIVA	35
SECTIA CLINICA ORTOPEDIE SI TRAUMATOLOGIE	60
SECTIA CLINICA MEDICINA INTERNA I	50
SECTIA CLINICA MEDICINA INTERNA II	65
SECTIA CLINICA MEDICINA INTERNA III	50
INSTITUTUL DE GASTROENTEROLOGIE SI HEPATOLOGIE	
SECTIA CLINICA GASTROENTEROLOGIE I	63
SECTIA CLINICA GASTROENTEROLOGIE II	62
SECTIA CLINICA CARDIOLOGIE	75
SECTIA CLINICA OFTALMOLOGIE	45
SECTIA CLINICA ORL	70
SECTIA CLINICA DERMATO-VENEROLOGIE	40
SECTIA CLINICA CHIRURGIE BMF	60
SECTIA CLINICA ENDOCRINOLOGIE	43
SECTIA CLINICA DIABET ZAHARAT, NUTRITIE	40
SECTIA CLINICA IMUNOLOGIE-ALERGOLOGIE	25
SECTIA CLINICA ATI	40
SECTIA CLINICA HEMATOLOGIE	30
UNITATE PRIMIRE URGENTE	-
LABORATOR ANALIZE MEDICALE	-
LABORATOR IMUNOLOGIE - ALERGOLOGIE	-
LABORATOR MEDICINA NUCLEARA I - RADIOIZOTOPI	-
LABORATOR RADIOLOGIE SI IMAGISTICA MEDICALA	-
SERVICIUL DE SUPRAVEGHERE SI CONTROL INFECTIILOR NOZOCOMIALE	-
SERVICIU DE ANATOMIE PATOLOGICĂ	-
FARMACIE	-
Serviciu de statistică și informatică medicală	-
Serviciu administrativ	-
Total paturi	1128

Anexa 6. Structura organizatorică a resurselor umane în spitalul general

Tabelul A.4. Structura organizatorică a resurselor umane în spitalul general

Spital general	An 1	An 2	Media Anilor
Personalul medical angajat al spitalului	92.24%	92.66%	92.45%
Procentul personalului medical cu studii superioare efectiv angajat în spital din totalul personalului efectiv angajat al spitalului	28,15%	28,28%	
Procentul personalului medical cu studii medii efectiv angajat în spital din totalul personalului efectiv angajat al spitalului	40,04%	39.27%	
Procentul personalului auxiliar sanitar (îngrijitoare, infirmiere, brancardieri, șoferi autosanitară) efectiv angajat în spital din totalul personalului efectiv angajat al spitalului	24,05%	25,11%	
Personalul de deservire angajat în spital din totalul personalului angajat al spitalului (muncitori de întreținere, muncitori bucătărie)	4.01%	3.78%	3.90%
Personalul din compartimentele financiar, ctb, RU, achiziții, aprovizionare efectiv angajat în spital din totalul personalului efectiv angajat al spitalului	3.75%	3.56%	3.66%

Anexa 7. Structura organizatorică a resurselor umane în spitalul monospecialitate

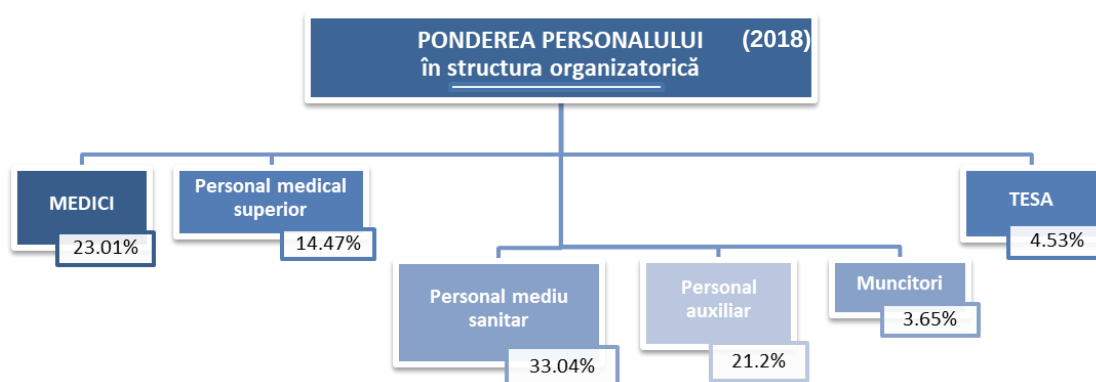


Fig. A.7.1. Structura organizatorică a resurselor umane în spitalul monospecialitate

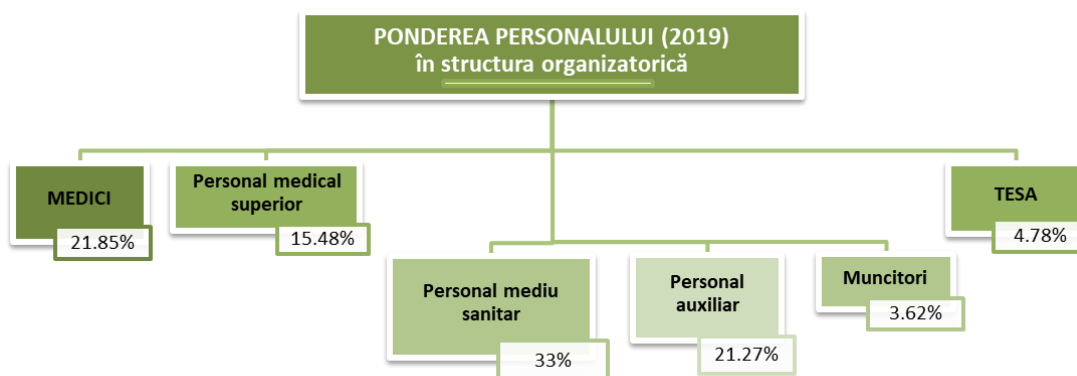


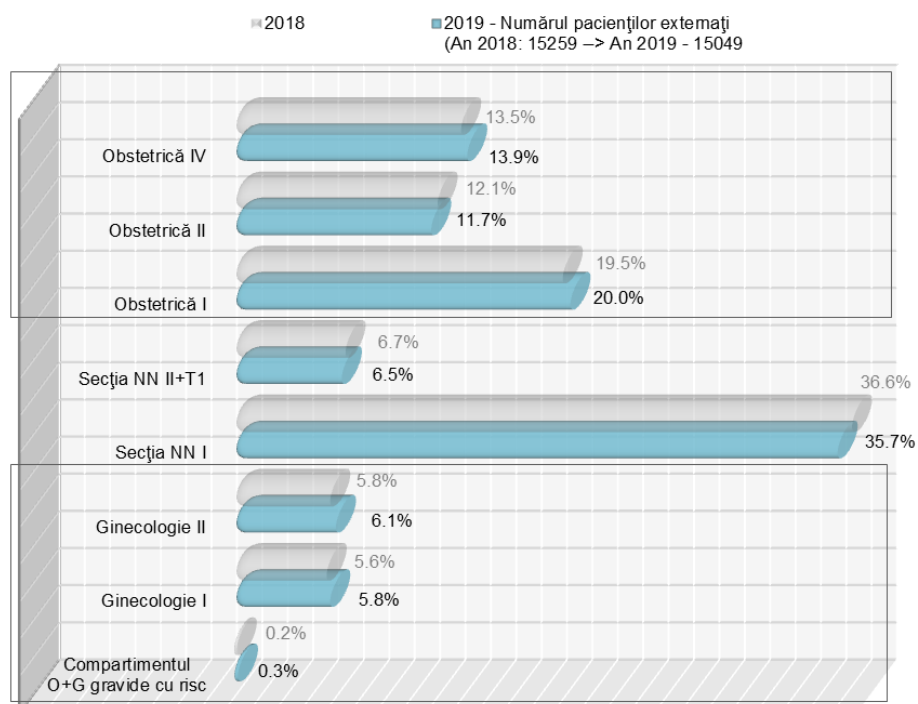
Fig. A.7.2. Structura organizatorică a resurselor umane în spitalul monospecialitate

Anexa 8. Pacienți consultați, tratați prin spitalizare de zi și spitalizare continuă

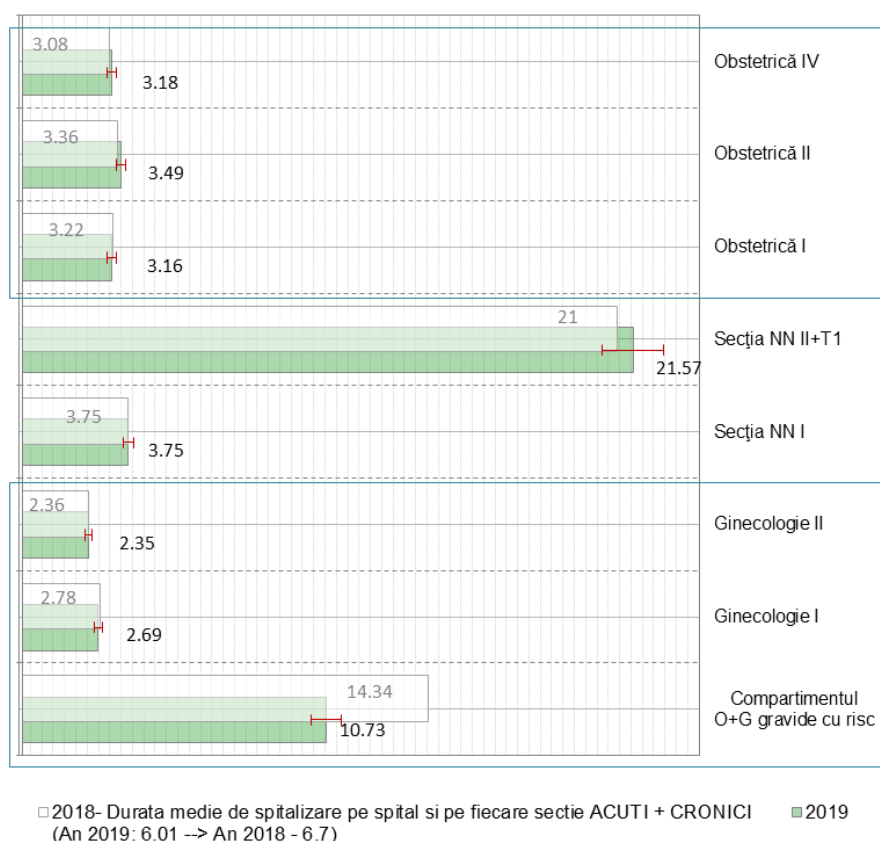
Tabelul A.5. Pacienți consultați, tratați prin spitalizare de zi și spitalizare continuă

Spital general (total pacienți tratați /an: 91.485)	An 1	An 2
Număr cazuri realizate - spitalizare continuă	47068	46225
Nr. mediu de cazuri (% din total tratați)	46647 / 50.9%	
Număr cazuri realizate - spitalizare de zi	43567	46110
Nr. mediu de cazuri (% din total tratați)	44839 / 49.01%	
Spital monospecialitate (total pacienți tratați /an: 33.354)	An 1	An 2
Număr cazuri realizate - spitalizare continuă	16278	15921
Nr. mediu de cazuri (% din total tratați)	16099 / 48.3%	
Număr cazuri realizate - spitalizare de zi	17253	17256
Nr. mediu de cazuri (% din total tratați)	17255 / 51.7%	
Spitalizare continuă: Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=1.571$, $p=0.0521$		
Spitalizare de zi: Testul χ^2 Pearson: $\chi^2=2.058$, $p=0.0674$		

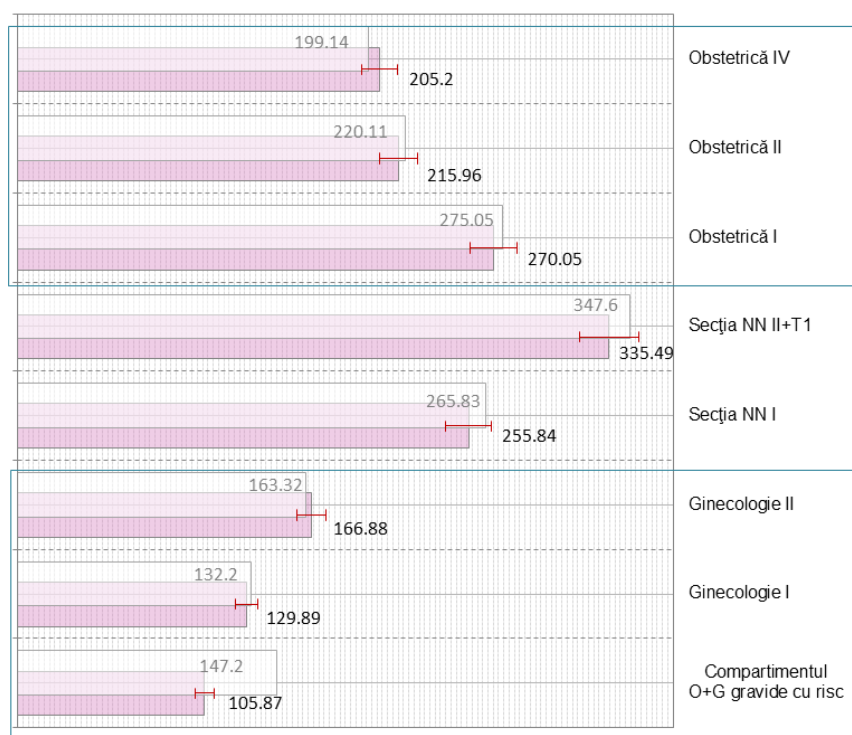
Anexa 9. Numarul pacientilor externati 2018/2019



Anexa 10. Durata medie de spitalizare pe spital si pe fiecare sectie

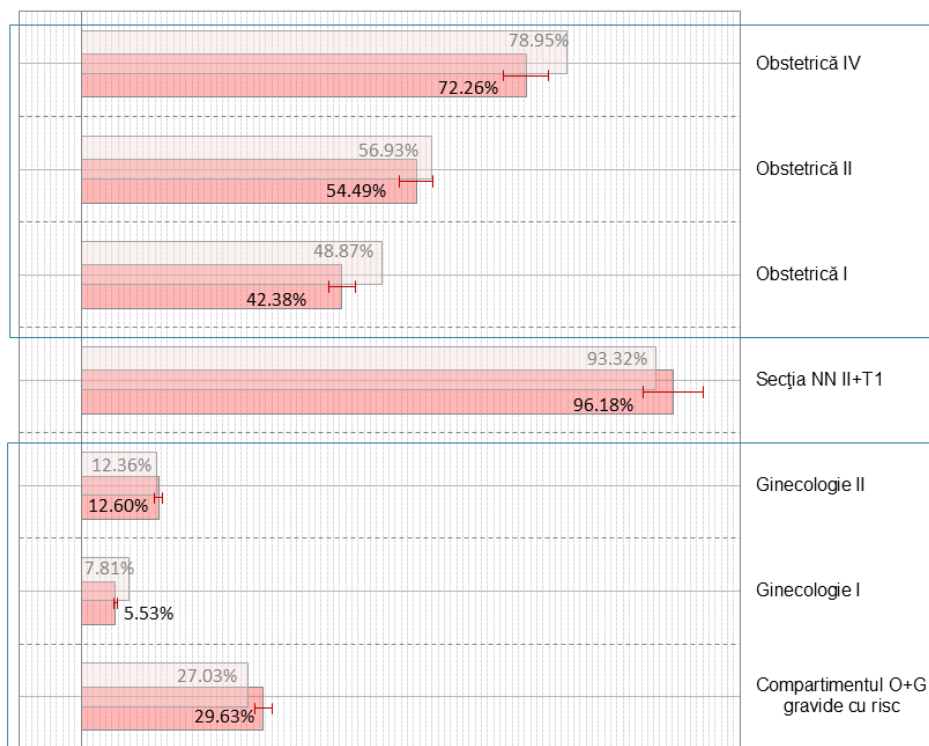


Anexa 11. Rata de utilizare a paturilor pe spital si pe fiecare sectie



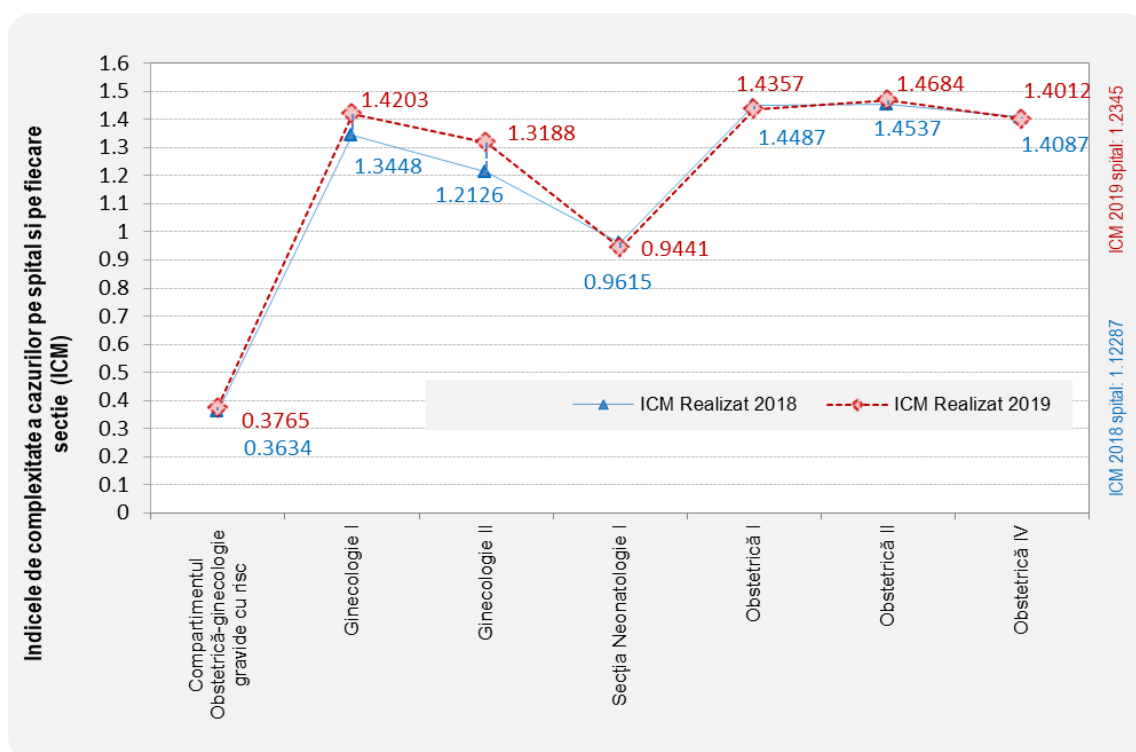
□ 2018 ■ 2019- Rata de utilizare a paturilor (ZILE), pe spital si pe fiecare sectie ACUTI + CRONICI
(An 2019: 222.887 --> An 2018 – 229.57)

Anexa 12. Proportia urgentelor din totalul pacientilor internati pe spital si pe fiecare sectie

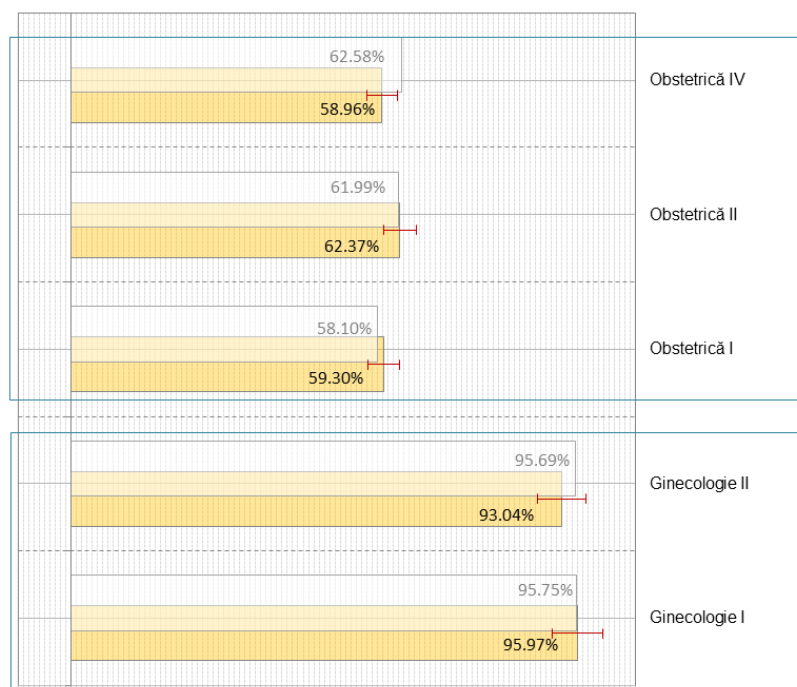


□ 2018 ■ 2019 - Proportia urgentelor din totalul pacientilor internati,pe spital si pe fiecare sectie
 (An 2018 – 71.18% --> An 2019: 68.10%)

Anexa 13. Indicele de complexitate al cazurilor pe spital, pe fiecare secție



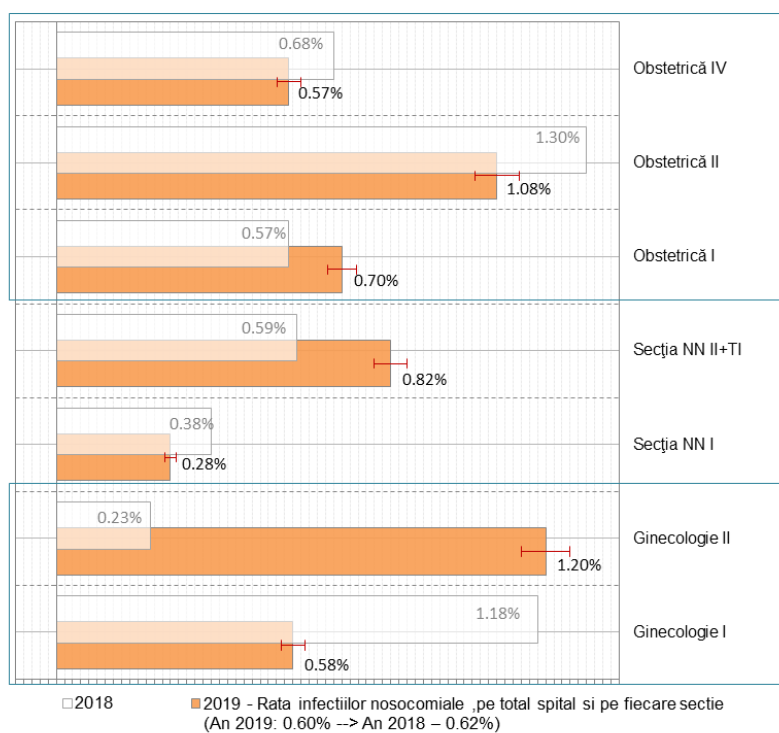
Anexa 14. Procentul pacientilor cu interventii chirurgicale din totalul pacientilor externati din sectiile chirurgicale



□ 2018

■ Procentul pacienților cu intervenții chirurgicale din totalul pacienților externați din secțiile chirurgicale
(An 2019: 67.75% → An 2018 - 67.93%)

Anexa 15. Rata infectiilor nosocomiale pe spital si pe sectie



Anexa 16. Analiza SWOT

PUNCTE TARI	PUNCTE SLABE
1. Spitalul general asigură asistență medicală cu patologie complexă; 2. Spital general încadrat cu medici de înaltă pregătire profesională 3. Compartimentul de diagnostic care asigură asistența medicală de înaltă performanță tuturor cazurilor din regiunea N-E a țării. 4.	1. Valoarea ICM-ului contractat este mai mică decât ceea ce efectiv s-a realizat ca și complexitate a cazurilor ceea ce a avut ca si rezultat o valoare de buget contractată cu CNAS mai mică; 2. Spitalele își desfășoară activitatea într-o zonă economică defavorizată cu un nivel scăzut al investițiilor autohtone și străine, cu o natalitate mare la o populație săracă; natalitatea ridicată provine preponderent din mediul rural; 3. Numărul mare de cazuri cu patologie complexă; 4. Lipsa unor contracte cu parteneri privați; 5. Supraaglomerarea constantă a secțiilor datorită faptului ca în Moldova nu-și asigură competențele de îngrijire; 6. Spitalul nu are condiții hoteliere adecvate unei îngrijiri de înaltă calitate.
OPORTUNITĂȚI	AMENINȚĂRI
1. Implementarea sistemului de management al calității RENAR în cadrul laboratorului de analize medicale și ISO 9001:2015 pe tot spitalul; 2. Dezvoltarea unor parteneriate strategice stabile cu pacienți, spitale universitare; 3. Parteneriate cu mass-media și ONG-uri; 4. Perspectiva contractelor cu casele private de asigurări de sănătate; 5. Îmbunătățirea condițiilor hoteliere în secții; 6. Reorganizarea serviciilor acordate de spital prin evaluarea permanentă a indicatorilor de activitate medicală. 7. Arhivarea electronică a documentelor;	1. Procesul de reacreditare și evaluare a spitalului; 2. Concurența puternică datorită spitalelor și clinicilor private; 3. Continuarea subfinanțării sistemului de sănătate datorita TCP; 4. Costuri ridicate ale îngrijirilor speciale acordate în centrele regionale. 5. Modificări demografice nefavorabile cu scăderea numărului de nașteri pe an.

Anexa 17. Ghid de Interviu – STAKEHOLDERI-Autoritati Publice

GHID DE INTERVIU – STAKEHOLDERI - AUTORITĂȚI PUBLICE

Evaluarea politicilor de sănătate

Tema 1: Context

1. Ce factor implicat în domeniu reprezentați dvs.? (ex. Minister, Spital public, factor de decizie etc.)?
2. Care sunt, din perspectiva domeniului dvs. de activitate, aspectele esențiale care definesc o politică eficientă și eficientă de sănătate?
3. Care credeți că sunt factorii care ar favoriza abordarea unei schimbări de politici publice în România (interni & externi)?
4. Dar obstacolele în implementarea unei bune politici publice în România?
5. Ați putea identifica teme actuale de discuție/priorități/inițiative guvernamentale cu potențial impact asupra stării de sănătate în România, care ar permite demararea unor schimbări necesare?
6. În contextual actual, de unde considerați că ar trebui să înceapă schimbările necesare în domeniu Argumentați.
7. Există o strategie fundamentată sau nu?
8. Proiectele care s-au derulat sau se implementează sunt integrate?

Tema 2: Părți interesate

1. Cum credeți că ar putea fi propusă o nouă politică publică în România pe agenda de politici publice?
2. Ce instituții/structuri/organizații credeți că ar trebui implicate în implementarea unei noi politici în România?
3. Ce alte părți ar mai putea fi interesate de schimbare în acest sens? Cum credeți că ar putea fi aduse la masa tratativelor și în ce ar putea consta contribuția acestora?
4. Care ar fi rolul instituției pe care o reprezentați?
5. Ce elemente ce țin de politica sunt incluse în prezent în strategia instituției dvs.?
6. Cine credeți că ar putea fi persoanele cheie care să promoveze schimbările necesare la nivel central? Dar la nivel local?

Tema 3: Structură

1. Având în vedere funcționarea instituțiilor la nivel central și local, cum vedeți structura care să lucreze pentru implementarea unei politici (apartenență/subordonare, membri, finanțare, formalizare etc.)?

2. Ce instituție ar fi cea mai potrivită pentru coordonarea procesului? De ce?
3. Cum ar putea fi sprijinită financiar o astfel de structură?
4. Cum vedeți rezolvarea dificultăților legate de colaborarea interinstituțională, mai ales când partenerii vin din sectoare diferite?

Tema 4: Evaluarea impactului asupra sănătății

1. Cum se aplică în prezent evaluarea impactului asupra sănătății în politicile din domeniul dvs. de activitate?
2. Care sunt criteriile de evaluare a impactului asupra sănătății?
3. În prezent, evaluările de impact asupra sănătății sunt impuse pentru doar pentru proiectele de mediu (deși nu există o metodologie de realizare a acestora) și sunt făcute de INSP, la nivel central. Considerați că aceste evaluări ar trebui impuse și proiectelor din alte sectoare, de exemplu locuințe, urbanism și amenajarea spațiului, care au potențial impact asupra sănătății?
4. Care ar fi instituția competentă tehnic pentru elaborarea acestei metodologii? Ce alte contribuții ar trebui luate în considerare (din partea altor instituții)?
5. În privința colectării datelor (informațiilor) în sistemul de sănătate cu ajutorul sistemelor informatice, Ce părere aveți?
6. Care ar fi nevoile instituției dvs. În acest sens? Cum credeți că ar putea fi îmbunătățit procesul de colectare și analiză?

Tema 5: Sănătatea în toate politicile

1. În ce măsură considerați că există aspecte ce țin de sănătatea în toate politicile în cadrul politicilor publice din România ?
2. În ce măsură considerați că ar fi necesară abordarea aceasta în cadrul politicilor publice din România ?
3. În opinia dvs., care ar fi pașii ?
4. Cine sunt actorii care ar trebui să militeze pentru inserarea sănătății în toate politicile în cadrul politicilor publice din România ?

*Dacă am omis vreun aspect pe care îl considerați important sau vreți să adăugați ceva, vă rog.
Vă mulțumesc!*

Anexa 18. Ghid de Interviu – STAKEHOLDERI – ONG-uri

GHID DE INTERVIU – STAKEHOLDERI – ONG-URI

Evaluarea politicilor de sănătate.

Tema 1: Context

1. Care sunt, din perspectiva domeniului dvs. de activitate, aspectele esențiale care definesc o bună politică de sănătate?
2. Care credeți că sunt factorii politici, sociali și economici care ar favoriza abordarea unei bune politici publice în România (interni & externi)?
3. Dar obstacolele în implementarea unei bune politici publice în România?
4. Puteți să vă gândiți la anumite teme actuale de discuție/priorități/inițiative guvernamentale cu potențial impact asupra stării de sănătate în România, care ar permite demararea unor schimbări necesare?
5. Există o strategie globală sau nu?
6. Proiectele care s-au derulat sau se implementează sunt integrate?
7. În contextual actual, cum considerați că schimbările necesare în domeniu ar putea fi influențate/promovate de către ONG-ul dvs. sau de către alte ONG-uri? Argumentați.

Tema 2: Părți interesate

1. Cum credeți că ar putea fi propusă o nouă politică publică în România pe agenda de politici publice?
2. Ce instituții/structuri/organizații credeți că ar trebui implicate în implementarea unei noi politici în România?
3. Ce alte părți ar mai putea fi interesate de schimbare în acest sens? Cum credeți că ar putea fi aduse la masa tratativelor și în ce ar consta contribuția acestora?
4. Care ar fi rolul organizației pe care o reprezentați?
5. Ce elemente ce țin de politica sau de sănătate sunt incluse în prezent sau au fost incluse în strategia/activitatea instituției dvs.?
6. Cine credeți că ar putea fi persoanele cheie care să promoveze schimbările necesare la nivel central? Dar la nivel local?

Tema 3: Structură

1. Având în vedere funcționarea instituțiilor la nivel central și local, cum vedeți structura care să lucreze pentru implementarea unei noi politici (apartenență/subordonare, membri, finanțare, formalizare etc.)?
2. Ce instituție ar fi cea mai potrivită pentru coordonarea procesului? De ce?
3. Cum ar putea fi sprijinită financiar o astfel de structură?

1. Cum vedeți rezolvarea dificultăților legate de colaborarea interinstituțională, mai ales când partenerii vin din sectoare diferite?

Tema 4: Evaluarea impactului asupra sănătății

1. Instituția dvs. ar putea fi implicată în evaluarea impactului asupra sănătății?
2. Care sunt criteriile de evaluare a impactului asupra sănătății?
3. În prezent, evaluările de impact asupra sănătății sunt impuse pentru doar pentru proiectele de mediu (deși nu există o metodologie de realizare a acestora) și sunt făcute de INSP, la nivel central. Considerați că aceste evaluări ar trebui impuse și proiectelor din alte sectoare, de exemplu locuințe, urbanism și amenajarea spațiului, care au potențial impact asupra sănătății?
4. Care ar fi instituția competentă tehnic pentru elaborarea acestei metodologii? Ce alte contribuții ar trebui luate în considerare (din partea altor instituții)?
5. În privința colectării datelor (informațiilor) în sistemul de sănătate Ce părere aveți Sunt aceste date suficiente și disponibile pentru nevoile actuale? Dacă nu, cum credeți că ar putea fi îmbunătățit procesul de colectare și analiză?

Tema 5: Sănătatea în toate politicile

1. În ce măsură considerați că există aspecte ce țin de sănătatea în toate politicile în cadrul politicilor publice din România?
2. În ce măsură considerați că ar fi necesară abordarea sănătatea în toate politicile în cadrul politicilor publice din România?
3. Cum credeți că s-ar putea progresa cu aceasta pe agenda de politici publice?
4. Cine sunt actorii care ar trebui să militeze pentru inserarea în cadrul politicilor publice din România?

Dacă am omis vreun aspect pe care îl considerați important sau vreți să adăugați ceva, vă rog. Vă mulțumesc!

Anexa 19. Analiza SWOT a politicilor publice de sănătate în spitalele generale și de monospecialitate

Analiza politicilor publice de sănătate în general, dar și a celor cu referire la spitalele generale și de monospecialitate, vizează evaluarea mediului intern, precum și a mediului extern, în vederea identificării punctelor slabe, punctelor tari, oportunităților și amenințărilor în elaborarea și implementarea politicilor publice din sănătate.

Evaluarea este un instrument indispensabil pentru autoritățile publice, ea constituind „oglinda” necesară care să permită organizației publice să-și modifice, în mod periodic, acțiunea sa pentru a răspunde mai bine nevoilor interesului general. Această caracteristică de feed-back constituie unul din obiectivele evaluării acțiunilor publice la nivel „macro”.

Evaluarea pune în evidență:

- Măsura în care rezultatele implementării corespund cu cele stabilite inițial;
- Raportul dintre costuri și rezultate;
- Impactul asupra grupurilor țintă.¹

Monitorizarea are rolul de a asigura corespondența obiectivelor stabilite cu acțiunile propuse în implementarea politicilor publice de sănătate și se desfășoară simultan cu evaluarea și pune în evidență:

- Modificările instituționale apărute în urma implementării politicii publice;
- Modificările situației grupurilor-țintă vizate;
- Situația costurilor implementării la un moment dat;
- Respectarea termenelor și a conținutului activităților prevăzute în planul de acțiune;
- Întârzierile/ dificultățile apărute în realizarea activităților și motivația acestora.

Analiza mediului intern – puncte tari:

- Existența priorității programelor de guvernare în elaborarea politicilor publice de sănătate
- Posibilitatea de a alinia politicile de sănătate pe acest domeniu, la nivel național, cu cele existente în cadrul UE

¹ Profiroiu, M.; Iorga, E., (2009), *Manual de politici publice*, Ed. Economică, București, p.

- Accesibilitate la informații și practici aplicate cu succes în alte state membre UE
- Abordarea reactivă și nu proactivă a problemelor din sănătate
- Existența reglementărilor cadru privind politicile publice
- Vasta experiență a specialiștilor tehnici implicați în elaborarea și implementarea politicilor publice de sănătate
- Existența unui corp de experți pe problematica acestui domeniu (ordin 1173/2010)

Analiza mediului intern – puncte slabe:

- Lipsa prioritizării prevenției, care să reducă numărul afecțiunilor
- Lipsa politicilor axate pe prevenție
- Complexitatea regulilor administrative în elaborarea și implementarea politicilor publice în general
- Lipsa unor strategii prin care să poată fi valorificată experiența cadrelor medicale din acest domeniu, care profesează în alte state
- Lipsa strategiilor cu rol de schimb de bune practice și de a valorifica rezultatele politicilor implementate, în acest sens, cu succes, în alte state
- *Acquis* comunitar insuficient în domeniul sănătății
- Resurse financiare limitate comparativ cu numărul afecțiunilor existente pe acest segment

Analiza mediului extern – oportunități:

- Implicarea mass-media în procesul de elaborare a politicilor publice
- Prioritizarea realizării de politici publice pentru afecțiunile care constituie probleme de sănătate publică
- Existența unor reglementări ale UE, care sprijină statele membre în elaborarea și implementarea politicilor de sănătate pe acest domeniu

Analiza mediului extern – amenințări:

- O limitare a politicilor publice care au în vedere prevenția primordială și primară în favoarea politicilor referitoare la serviciile medicale curative
- Politici cu rezultate eficiente în alte state, pot avea, în România, un alt efect din cauza contextului specific, în condițiile în care nu au fost adaptate corespunzător factorilor naționali

- Discontinuitățile apărute în asigurarea și gestionarea fondurilor necesare implementării politicilor publice de sănătate în acest domeniu
- O atenție insuficientă acordată de universități mediului practic de pregătire pentru personalul medical
- Influența implementării anumitor politici de sănătate asupra unor alte politici, și, astfel, asupra rezultatelor stării de sănătate
- Posibilitatea neglijării anumitor politici din alt segment al sănătății, în favoarea implementării politicilor de sănătate.

Anexa 20 Implementare rezultatelor științifice

Seria: OȘ (operă științifică)

Numărul de înscriere: 8009

Data înscrierii: 10.09.2024

Numărul cererii: 2810

Denumirea obiectului: „EVALUAREA EFICIENȚEI ȘI PARTICULARITĂȚILE
ANALIZEI CU PRIVIRE LA ESTIMAREA COST
EFICIENȚEI CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE
PE DOMENIUL SPITALELOR GENERALE ȘI DE
MONOSPECIALITATE PRIN CHESTIONARUL DE
FEEDBACK AL PACIENTULUI”

Autori:

Dobre Cristina-Elena **CNP:** 2721101221171 (România)

Ciocanu Mihail **IDNP:** 0981403013650

Titularii drepturilor patrimoniale:

Instituția Medico-Sanitară Publică "INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ"

IDNO: 1003600152606

Instituția Publică Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae

Testemițanu" din Republica Moldova **IDNO:** 1007600000794

L.S.

Sefă Directie Drept de Autor

AGENȚIA DE STAT
PENTRU PROPRIETATEA INTELECTUALĂ
A REPUBLICII MOLDOVA
ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА



REPUBLICA MOLDOVA

Agencia de Stat pentru
Proprietatea Intelectuală

ADEVERINȚĂ

privind înscrierea obiectelor
dreptului de autor și ale drepturilor conexe

SERIA OȘ NR. 8009

DIN 02.10.2024

eliberată în temeiul Legii nr. 230/2022 privind dreptul de autor
și drepturile conexe, prin care se confirmă înscrierea obiectului de pe verso
în Registrul de Stat al obiectelor protejate de dreptul de autor și drepturile conexe



Director general

CHISINAU

IMSP INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ

IP UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

DOBRE Cristina-Elena, CIOCANU Mihail

ANALIZA INDICATORILOR DE EVALUARE A SERVICIILOR
MEDICALE ÎN SPITALELE GENERALE ȘI DE
MONOSPECIALITATE. ANALIZA SWOT PRIVIND
IMPACTUL RESURSELOR ECONOMICE



CHIȘINĂU, 2024

DOBRE Cristina-Elena

CIOCANU Mihail

1



REPUBLICA MOLDOVA

Agencia de Stat pentru
Proprietatea Intelectuala

ADEVERINTA

privind inscrierea obiectelor
dreptului de autor si ale drepturilor conexe

SERIA OS Nr. 8011

DIN 02.10.2024

eliberata in temeiul Legii nr. 230/2022 privind dreptul de autor
si drepturile conexe, prin care se confirma inscrierea obiectului de pe verso
in Registrul de Stat al obiectelor protejate de dreptul de autor si drepturile conexe



Director general

CHIȘINĂU

« Anterior | [Înapoi la rezultate](#) | Următor »

 [Imprimare](#)

Detaliile pentru înscrierea 8010

Nr. cererii	2811
Data înregistrării	10.09.2024
Seria	OȘ (operă științifică)
Numărul adeverinței	8010
Data creării adeverinței	02.10.2024
Denumirea	ANALIZA COMPARATIVĂ A COST EFICIENȚEI SPITALELOR GENERALE ȘI DE MONOSPECIALITATE. FACTORII DETERMINANȚI AI POLITICILOR DE SĂNĂTATE
Solicitanții	Instituția Medico-Sanitară Publică "INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ" ; Instituția Publică Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu" din Republica Moldova
Autorii	Dobre Cristina-Elena ; Ciocanu Mihail
Titularii drepturilor patrimoniale	Instituția Medico-Sanitară Publică "INSTITUTUL DE MEDICINĂ URGENTĂ" Instituția Publică Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu" din Republica Moldova
Reprezentantul	Novikova Valeria

[Link direct la această înregistrare](#)

