PINTEA SORINA

SUSTENABILITATEA FINANCIARĂ A SPITALELOR PUBLICE

MODELE ALTERNATIVE DE FINANȚARE ȘI EFICIENTIZARE A CHELTUIELILOR OPERAȚIONALE

Studiu comparativ panel · 5 SCJU · România · 2022–2024



ISBN 978-973-53-3725-4

RISOPRINT
Cluj-Napoca • 2026

© Editura RISOPRINT

Toate drepturile rezervate autorilor & Editurii Risoprint

*Editura **RISOPRINT** este recunoscută de **C.N.C.S.***
***(Consiliul Național al Cercetării Științifice)**.*
www.risoprint.ro ***www.cncs-uefiscdi.ro***

Opiniile exprimate în această carte aparțin autorilor şi nu reprezintă punctul de vedere al Editurii Risoprint. Autorii îşi asumă întreaga responsabilitate pentru forma şi conținutul cărții şi se obligă să respecte toate legile privind drepturile de autor.

Toate drepturile rezervate. Tipărit în România. Nicio parte din această lucrare nu poate fi reprodusă sub nicio formă, prin niciun mijloc mecanic sau electronic, sau stocată într-o bază de date fără acordul prealabil, în scris, al autorilor.
All rights reserved. Printed in Romania. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in a data base or retrieval system, without the prior written permission of the author.

ISBN 978-973-53-3725-4

SUSTENABILITATEA FINANCIARĂ A SPITALELOR PUBLICE:
MODELE ALTERNATIVE DE FINANȚARE ȘI EFICIENTIZARE A CHELTUIELILOR OPERAȚIONALE

Autor
PINTEA SORINA

Director editură: GHEORGHE POP

Referenți științifici:
Prof. dr. IRINEL POPESCU
Prof. univ. dr. DAIANA LUCIA GEORGETA

COLECȚIA ŒCONOMICA

Pintea Sorina

SUSTENABILITATEA FINANCIARĂ A SPITALELOR PUBLICE:

MODELE ALTERNATIVE DE FINANȚARE ȘI EFICIENTIZARE A CHELTUIELILOR OPERAȚIONALE

Studiu comparativ panel · 5 SCJU · România · 2022–2024

Editura RISOPRINT

Cluj-Napoca - Martie 2026

DECLARAȚIE DE ORIGINALITATE ȘI CONFORMITATE ETICĂ

Subsemnatul/Subsemnata, autor/autoare al/a prezentei lucrări, declar pe proprie răspundere că:

(1) Originalitate: Prezenta lucrare este elaborată în mod original, reprezintă rodul cercetării proprii și nu a fost publicată sau depusă anterior spre evaluare în nicio altă formă sau în nicio altă publicație.

(2) Citări și atribuire: Toate ideile, datele, rezultatele și formulările preluate din surse externe sunt atribuite explicit autorilor sau instituțiilor de origine, conform standardelor APA ediția a 7-a. Nu au fost utilizate formulări verbatim din surse externe fără ghilimele și citare.

(3) Date cu caracter personal: Lucrarea utilizează exclusiv date agregate, anonimizate sau de domeniu public. Nu sunt prelucrate date cu caracter personal în sensul Regulamentului (UE) 2016/679 (GDPR).

(4) Etica cercetării: Prezentul studiu nu implică colectarea de date primare de la subiecți umani și nu necesită aviz etic de la un comitet de etică a cercetării.

(5) Conflicte de interese: Autorul/Autoarea nu are relații financiare, de angajare sau de afiliere cu vreunul dintre spitalele analizate sau cu instituțiile ale căror politici sunt evaluate.

Data: Martie 2026 Semnătura: _____

REZUMAT

Sustenabilitatea financiară a spitalelor publice reprezintă una dintre cele mai presante provocări ale sistemului de sănătate românesc. Prezenta lucrare analizează cauzele structurale ale crizei de sustenabilitate, evaluează modele alternative de finanțare și propune un cadru integrat de eficientizare a cheltuielilor operaționale, pe baza unui studiu comparativ panel realizat pe cinci Spitale Clinice Județene de Urgență (SCJU) din România.

Obiective: Lucrarea urmărește șase obiective specifice: (O1) analiza critică a cadrului conceptual al sustenabilității financiare; (O2) diagnosticarea sistemului de finanțare actual și a disfuncționalităților sale; (O3) analiza empirică comparativă a indicatorilor de performanță; (O4) inventarierea și evaluarea modelelor alternative de finanțare; (O5) identificarea mecanismelor de eficientizare operațională cu impact demonstrabil; și (O6) propunerea unui cadru integrat de decizie și implementare.

Metodologie: Studiu integrat de tip mixt: scoping review al literaturii internaționale (PRISMA-ScR) combinat cu o analiză comparativă panel bazată pe date secundare oficiale. Datele provin din rapoartele anuale ale SCJU: Bihor/Oradea, Cluj-Napoca, Târgu Mureș, Constanța și Iași/Sf. Spiridon, pentru perioada 2022–2024, rapoartele CNAS și INS și referințe internaționale OCDE/ECDC. Studiul de față are în vedere și prevederile Ordinului MS/CNAS nr. 1018/528/2025 (Anexa 23A — date DRG).

Rezultate esențiale: Ponderea cheltuielilor de personal a crescut de la 58–64% în 2022 la 65–67% în 2024 la toate spitalele pentru care există date, apropiindu-se de pragul critic de 70%. Indicele de complexitate a cazurilor (ICC) variază de la 1,57 (SCJU Constanța) la 2,25 (SCJU Târgu Mureș), fără o ajustare corespunzătoare a tarifelor. SCJU Cluj-Napoca demonstrează că eficiența operațională și calitatea clinică pot coexista: mortalitate de 1,78%, satisfacție a pacienților de 97,96% și ICC de 2,22 în 2024. Asimetria de transparență publică (un singur spital din cinci publică rapoarte complete) este identificată ca variabilă de management independentă, nu doar ca limitare metodologică. Se observă și un decalaj structural între tariful pe caz ponderat (TCP) și costul real al serviciilor — TCP-ul SCJU Bihor (1.854 lei, 2024) este cu 13,5% sub media eșantionului.

Concluzii: Subfinanțarea structurală — nu ineficiența managerială — este cauza principală a crizei de sustenabilitate. Achizițiile centralizate (economii 20–35%), reforma tarifelor DRG și contractele de performanță energetică (EPC, economii 30–50%) sunt intervențiile cu cel mai ridicat scor compozit impact–viteză–fezabilitate. Prezenta lucrare propune Modelul de Sustenabilitate Financiară Trifocal (MSFT) și o matrice de decizie cu 13 recomandări adresate decidenților naționali, autorităților tutelare și managementului spitalicesc.

Contribuția de noutate: Prima bază de date panel comparativă pentru SCJU din România (2022–2024); matricea de evaluare a modelelor alternative de finanțare adaptată contextului românesc; instrumentul de prioritizare a intervențiilor de eficientizare; Modelul MSFT trifocal.

Cuvinte-cheie: sustenabilitate financiară, spitale publice, finanțare DRG, tarif pe caz ponderat, eficientizare operațională, modele alternative de finanțare, SCJU, România, management sanitar, politici de sănătate

ABSTRACT

The financial sustainability of public hospitals is one of the most pressing challenges facing the Romanian healthcare system. This paper analyses the structural causes of the sustainability crisis, evaluates alternative financing models and proposes an integrated framework for operational cost efficiency, based on a comparative panel study conducted on five County Emergency Clinical Hospitals (SCJU) in Romania — Bihor/Oradea, Cluj-Napoca, Târgu Mureș, Constanța and Iași/Sf. Spiridon — for the period 2022–2024.

Objectives: Six specific objectives: conceptual framework analysis; current financing system diagnosis; empirical comparative analysis of performance indicators; alternative financing model inventory and evaluation; identification of operational efficiency mechanisms; and proposal of an integrated decision and implementation framework.

Methods: Integrated mixed-methods study: scoping review (PRISMA-ScR) combined with a secondary data comparative panel analysis. Data sources include annual hospital activity reports, Order MS/CNAS 1018/528/2025 (Annex 23A — DRG data), CNAS and INS reports, and OECD/ECDC international references.

Key findings: A structural gap between the weighted case tariff (TCP) and real service cost is empirically confirmed: SCJU Bihor's TCP (RON 1,854 in 2024) is 13.5% below the sample mean. Personnel expenditure share increased from 58–64% in 2022 to 65–67% in 2024, approaching the critical threshold of 70%. The Case Complexity Index (CCI) ranges from 1.57 (SCJU Constanța) to 2.25 (SCJU Târgu Mureș) without corresponding tariff adjustment. SCJU Cluj-Napoca demonstrates that operational efficiency and clinical quality can coexist: mortality of 1.78%, patient satisfaction of 97.96% and CCI of 2.22 in 2024. The public transparency asymmetry (one hospital out of five publishing complete reports) is identified as an independent management variable.

Conclusions: Structural underfunding — not managerial inefficiency — is the primary cause of the sustainability crisis. Centralised procurement (20–35% savings), DRG tariff reform and energy performance contracts (EPC, 30–50% energy savings) are the highest-scoring interventions by composite impact–speed–feasibility score. The paper proposes the Trifocal Financial Sustainability Model (MSFT) and a decision matrix with 13 recommendations addressed to national policymakers, supervisory authorities and hospital management.

Novelty contribution: First comparative panel database for Romanian SCJUs (2022–2024); alternative financing model evaluation matrix adapted to the Romanian context; operational efficiency prioritisation tool; MSFT trifocal model.

Keywords: financial sustainability, public hospitals, DRG financing, weighted case tariff, operational efficiency, alternative financing models, SCJU, Romania, healthcare management, health policy

LISTA ABREVIERILOR

ANAP — Agenția Națională pentru Achiziții Publice

APA — American Psychological Association (standard de citare)

ADS — Automated Dispensing System (sistem automatizat de distribuție medicamente)

BEMS — Building Energy Management System

CNAS — Casa Națională de Asigurări de Sănătate

CNSISP — Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică

DMS — Durata Medie de Spitalizare

DRG — Diagnosis Related Groups (Grupe de Diagnostice Asociate)

EPC / ESCO — Energy Performance Contract / Energy Service Company

FEDR — Fondul European de Dezvoltare Regională

FNUASS — Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

FSE — Fondul Social European

GDPR — General Data Protection Regulation (Regulament UE 2016/679)

HIS — Hospital Information System (Sistem Informatic Spitalicesc)

IAM — Infarct Acut de Miocard

IAS — Infecții Asociate Asistenței medicale Sanitare

ICC / ICM — Indicele de Complexitate a Cazurilor (sau Indicele Case-Mix)

INS — Institutul Național de Statistică

INSP — Institutul Național de Sănătate Publică

JIT — Just-In-Time (management al stocurilor)

KPI — Key Performance Indicator (Indicator Cheie de Performanță)

MFP — Ministerul Finanțelor Publice

MO — Monitorul Oficial al României

MS — Ministerul Sănătății

MSFT — Modelul de Sustenabilitate Financiară Trifocal (model propus de prezenta lucrare)

OCDE / OECD — Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică

OMS / WHO — Organizația Mondială a Sănătății

ONAC — Oficiul Național pentru Achiziții Centralizate

P4P — Pay-for-Performance (plată bazată pe performanță)

PIB — Produsul Intern Brut

PNRR — Planul Național de Redresare și Reziliență

PNIIUS — Programul Național de Investiții în Infrastructura Unităților Spitalicești

PNS — Programe Naționale de Sănătate

PPP — Parteneriat Public-Privat

PRISMA-ScR — Preferred Reporting Items for Systematic reviews — extension for Scoping Reviews

RACV — Rata de Acoperire a Cheltuielilor din Venituri

SCJU — Spital Clinic Județean de Urgență

SIB — Social Impact Bond (Obligațiune de Impact Social)

TCP — Tarif pe Caz Ponderat

UE — Uniunea Europeană

UPU — Unitate de Primiri Urgențe

VBHC — Value-Based Healthcare (Îngrijire Bazată pe Valoare)

WMS — Warehouse Management System (sistem de gestiune a depozitului/stocurilor)

%CP — Ponderea cheltuielilor de personal în total cheltuieli

%EB — Rata execuției bugetare

%VP — Ponderea veniturilor proprii în total venituri

CUPRINS

1. INTRODUCERE 11
1.1. Context și relevanță ... 11
1.2. Problema de cercetare ... 12
1.3. Scop, obiective și întrebări de cercetare ... 13
1.4. Ipoteze de lucru ... 14
1.5. Contribuția de noutate și valoarea adăugată ... 16
1.6. Delimitări și definiții operaționale ... 17
1.7. Structura lucrării ... 18
2. REVIZUIREA LITERATURII ȘI CONTEXTUL DE POLITICI ... 20
2.1 Sustenabilitatea financiară în sănătate: concepte și abordări ... 20
2.2 Modele de finanțare a spitalelor publice: sinteză ... 22
2.3 Mecanisme de plată și stimulente ... 23
2.4 Determinanți ai cheltuielilor operaționale în spitale publice ... 25
2.5 Intervenții de eficientizare a cheltuielilor operaționale: rezultate raportate ... 26
2.6 Lacune de cunoaștere și poziționarea studiului ... 28
3. CADRUL CONCEPTUAL ȘI SISTEMUL DE INDICATORI ... 30
3.1 Definiții: sustenabilitate financiară, eficiență, eficacitate, productivitate ... 30
3.2 Indicatori financiari (definiție, formulă, interpretare) ... 31
3.3 Indicatori operaționali și de calitate (definiție, formulă, interpretare) ... 32
3.4 Cadrul de analiză propus (model / matrice / instrument) ... 34
4. METODOLOGIE ... 36
4.1 Tipul studiului și justificare ... 36
4.2 Surse de date și criterii de selecție ... 36
4.3 Proceduri de colectare și prelucrare a datelor ... 38
4.4 Metode de analiză și sinteză (inclusiv scenarii / sensibilitate, după caz) ... 39
4.5 Asigurarea calității (trasabilitate, reproducibilitate, managementul surselor) ... 40
4.6 Considerații etice și deontologice ... 41
4.7 Limitări ... 42
5. CONTEXTUL ROMÂNIEI: FINANȚAREA SPITALELOR PUBLICE ȘI PRESIUNILE BUGETARE ... 44
5.1 Cadru instituțional și fluxuri de finanțare ... 44
5.2 Structura veniturilor și cheltuielilor (sinteză) ... 45
5.3 Probleme recurente de sustenabilitate și eficiență ... 47
5.4 Diagnostic sintetic (tabele și figuri) ... 48
6. MODELE ALTERNATIVE DE FINANȚARE: OPȚIUNI ȘI CRITERII DE SELECȚIE ... 51
6.1 Tipologii și exemple internaționale relevante ... 51
6.2 Opțiuni de finanțare alternativă (descriere și condiții de aplicare) ... 53

6.3 Criterii de evaluare și compatibilitate cu România 54
6.4 Analiză comparativă (matrice) și scenarii de implementare 55
6.5 Estimări de impact și implicații de guvernanță 58
7. EFICIENTIZAREA CHELTUIELILOR OPERAȚIONALE ÎN SPITALELE PUBLICE 60
7.1 Structura cheltuielilor operaționale (categorii principale) 60
7.2 Resurse umane: productivitate, programare, mix de competențe 61
7.3 Medicamente și dispozitive: politici, control, utilizare rațională 62
7.4 Achiziții și lanț de aprovizionare: standardizare și optimizare 63
7.5 Energie, utilități, mentenanță: eficiență și control 63
7.6 Managementul capacității și al fluxurilor clinice 64
7.7 Digitalizare și automatizare: efecte asupra costurilor și controlului 65
7.8 KPI, guvernanță și mecanisme de monitorizare 66
8. ANALIZĂ INTEGRATĂ ȘI PROPUNERE DE CADRU DE LUCRU 69
8.1 Alinierea stimulentelor: finanțare vs. eficiență operațională 69
8.2 Modelul propus: componente, variabile, relații 70
8.3 Instrument practic: matricea de decizie / prioritizare intervenții 71
8.4 Ghid de implementare etapizat (roadmap) pentru spitale publice 72
8.5 Analiza riscurilor și măsuri de mitigare 74
9. DISCUȚII 77
9.1 Interpretarea rezultatelor în raport cu obiectivele și ipotezele 77
9.2 Compararea cu literatura și explicații alternative 78
9.3 Implicații pentru politici publice și management spitalicesc 79
9.4 Direcții viitoare de cercetare 80
10. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI 82
10.1 Concluzii principale 82
10.2 Recomandări pentru decidenți, finanțatori și management spitalicesc 84
10.3 Recomandări metodologice pentru replicare și monitorizare 85
10.4 Sinteza contribuției de noutate 86
ANEXE 92
Anexa 1. Lista surselor de date și descriere (coduri [S01]–[S23]) 93
Anexa 2. Model fișă de extracție și codificare a datelor 94
Anexa 3. Analiza comparativă integrată 5 SCJU — 2022–2024 (tabele complete) 95
Anexa 4. Matricea de analiză comparativă a modelelor de finanțare 96
Anexa 5. Declarație de originalitate — formular de completat 97

1. INTRODUCERE

Sistemele de sănătate din Europa Centrală și de Est se confruntă, în primele decenii ale secolului al XXI-lea, cu o contradicție structurală din ce în ce mai greu de gestionat: creșterea continuă a cererii de servicii medicale, determinată de îmbătrânirea demografică, de expansiunea bolilor cronice și de creșterea așteptărilor cetățenilor, pe fondul unor resurse publice în stagnare relativă și al unor modele de finanțare concepute, în esență, în a doua jumătate a secolului trecut. România nu face excepție de la această regulă, ci o ilustrează cu o acuitate aparte.

Spitalele publice românești absorb, potrivit datelor Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS, 2024), cea mai mare parte a cheltuielilor sistemului de sănătate, însă funcționează în condiții de fragilitate financiară cronică: arierate recurente, infrastructură depreciată, migrație masivă a personalului calificat și un model de finanțare dominat aproape exclusiv de tariful pe caz rezolvat, calculat în sistemul grupelor de diagnostice (DRG). Acest tarif nu reflectă costurile reale ale actului medical și nu conține stimulente adecvate pentru eficiență, calitate sau inovație organizațională (Ministerul Sănătății, 2023; OECD, 2025).

Într-un context în care cheltuielile salariale ale spitalelor publice tind să egaleze — și, în scenarii de continuitate, să depășească — volumul plăților efectuate pentru serviciile medicale propriu-zise (ASE & Regina Maria, 2025), întrebarea sustenabilității financiare pe termen mediu și lung nu mai este una pur academică, ci una cu implicații imediate de politică publică.

1.1. Context și relevanță

România alocă sistemului de sănătate unul dintre cele mai scăzute procente din PIB din Uniunea Europeană — aproximativ 6,0–6,3% în perioada 2020–2023, față de o medie UE de 10,9% (OECD, 2024). Din această alocare, spitalele publice captează aproximativ două treimi, funcționând în condiții de finanțare insuficientă sistemică, nu episodică. Consecința directă este un ciclu recurent și bine documentat: tarife DRG subdimensionate → arierate la furnizorii de medicamente și materiale sanitare → calitate compromisă a actului medical → migrarea pacienților cu posibilități financiare spre sectorul privat → reducerea bazei de pacienți decontați de CNAS pentru spitalul public → agravarea deficitelor.

Studiile recente realizate la nivel european (Papanicolas et al., 2023; Cylus et al., 2016) arată că sustenabilitatea financiară a spitalelor publice este determinată de un set complex de factori interacționali, care acoperă deopotrivă dimensiunile de finanțare (structura și adecvarea surselor de venit), de eficiență operațională (managementul cheltuielilor pe categorii majore de cost) și de guvernanță (gradul de autonomie managerială, calitatea raportării, alinierea stimulentelor). Ignorarea oricăruia dintre acești factori conduce la soluții parțiale, cu efecte temporare.

Analiza comparativă realizată în cadrul prezentei lucrări pe un panel de cinci Spitale Clinice Județene de Urgență (SCJU) din România — Bihor/Oradea, Cluj-Napoca, Târgu Mureș, Constanța și Iași/Sf. Spiridon — pentru perioada 2022–2024, evidențiază disparități semnificative între unități comparabile ca statut juridic și sursă de finanțare, dar cu performanțe financiare și operaționale net diferite. Indicele de Complexitate a Cazurilor (ICM) variază de la 1,57 la SCJU Constanța la 2,25 la SCJU Târgu Mureș, iar Durata Medie de Spitalizare (DMS) oscilează între 4,96 și 6,04 zile, în condițiile în care tariful pe caz rezolvat (TCP) este stabilit fără ajustare adecvată pentru case-mix (Ord. MS/CNAS nr. 1018/528/2025). Această inechitate structurală reprezintă una dintre vulnerabilitățile fundamentale ale modelului actual.

1.2. Problema de cercetare

Problema centrală a cercetării de față poate fi formulată astfel: în condițiile unui model dominant de finanțare bazat pe tariful DRG — insuficient ca nivel și neajustat adecvat pentru complexitatea clinică reală —, și ale unor presiuni crescânde asupra cheltuielilor operaționale, în special cele salariale și farmaceutice, care sunt modelele alternative de finanțare aplicabile în contextul românesc și ce mecanisme de eficientizare a cheltuielilor operaționale sunt fezabile și demonstrabil eficace pentru spitalele publice?

Această problemă are cel puțin trei dimensiuni analitice distincte, care trebuie tratate simultan:

1. Dimensiunea structurală: adecvarea modelului de finanțare la costurile și complexitatea reală a actului medical;

2. Dimensiunea operațională: identificarea pârghiilor de eficientizare a cheltuielilor pe categoriile majore de cost (personal, medicamente, materiale sanitare, utilități, achiziții);
3. Dimensiunea de guvernanță: măsura în care autonomia managerială, calitatea raportării și alinierea stimulentelor permit sau împiedică implementarea reformelor.

1.3. Scop, obiective și întrebări de cercetare

Scopul general al lucrării este acela de a elabora un cadru analitic integrat pentru evaluarea sustenabilității financiare a spitalelor publice din România, de a identifica și evalua modele alternative de finanțare aplicabile în contextul național și de a propune un set de mecanisme concrete de eficientizare a cheltuielilor operaționale, fundamentate empiric pe datele panelului de cinci SCJU analizat.

Din acest scop general derivă patru obiective specifice:

1. OS1 — Cartografierea și analiza critică a modelelor de finanțare aplicabile spitalelor publice din perspectiva sustenabilității financiare, pe baza literaturii internaționale și a experienței comparative europene;
2. OS2 — Diagnosticarea situației actuale a finanțării și cheltuielilor operaționale în spitalele publice românești, cu accent pe factorii structurali de vulnerabilitate;
3. OS3 — Evaluarea empirică a performanței financiare și operaționale a unui panel de cinci SCJU din România în perioada 2022–2024, prin prisma unui sistem integrat de indicatori;
4. OS4 — Elaborarea unui cadru de lucru practic (model, matrice de decizie, roadmap de implementare) destinat decidenților de politici publice și managementului spitalicesc.

Din aceste obiective derivă patru întrebări de cercetare (ÎC):

1. ÎC1: Care sunt principalele vulnerabilități structurale ale modelului actual de finanțare DRG aplicat spitalelor publice din România, raportate la standardele europene de adecvare și echitate?

2. ÎC2: Ce modele alternative sau complementare de finanțare prezintă cea mai înaltă compatibilitate cu contextul instituțional, juridic și fiscal românesc?
3. ÎC3: Există corelații semnificative între structura cheltuielilor operaționale și performanța financiară a spitalelor publice analizate?
4. ÎC4: Ce intervenții de eficientizare operațională sunt demonstrabil eficace în contexte similare celui românesc și care sunt condițiile de implementare?

1.4. Ipoteze de lucru

Cercetarea operează cu un set de ipoteze de lucru organizate pe patru grupe tematice, derivate din cadrul teoretic multidisciplinar al lucrării — Teoria Dependenței de Resurse (Pfeffer & Salancik, 1978), Teoria Instituțională (DiMaggio & Powell, 1983) și Teoria Agenției (Jensen & Meckling, 1976) — și din diagnosticul preliminar al literaturii și datelor empirice disponibile.

Grupa A — Ipoteze privind adecvarea modelului de finanțare

H1 (ipoteză principală): Modelul actual de finanțare a spitalelor publice din România, dominat de tariful pe caz rezolvat calculat prin sistemul DRG, este structural insuficient pentru a acoperi costurile reale ale actului medical și generează, în absența unor surse complementare de venit, deficite cronice și degradare progresivă a capacității operaționale. Datele empirice ale panelului analizat susțin această ipoteză: tariful contractat (TCP) la SCJU Bihor — 1.854 lei — este semnificativ inferior tarifelor practicate la spitale cu ICM similar sau mai mic, indicând o inechitate structurală demonstrabilă (Ord. MS/CNAS nr. 1018/528/2025).

H1a (derivată): Cu cât discrepanța dintre ICM real al unui spital și tariful contractat este mai mare, cu atât riscul de acumulare de arierate este mai ridicat.

H1b (derivată): Spitalele publice cu un mix de finanțare mai diversificat (venituri proprii din servicii nedecontate de CNAS, cofinanțare locală, fonduri europene) prezintă indicatori de lichiditate mai buni față de cele cu dependență exclusivă de contractul CNAS.

Grupa B — Ipoteze privind eficiența operațională

H2 (ipoteză principală): Structura cheltuielilor operaționale ale spitalelor publice din România prezintă dezechilibre structurale semnificative — supraponderarea

cheltuielilor de personal și a celor farmaceutice față de totalul costurilor — care sunt parțial disociabile de volumul și complexitatea activității clinice și sunt, cel puțin parțial, remediabile prin intervenții manageriale specifice.

H2a (derivată): Implementarea sistematică a protocoalelor clinice naționale și a ghidurilor de prescriere rațională a medicamentelor este asociată cu o reducere semnificativă a cheltuielilor farmaceutice per caz rezolvat, fără impact negativ asupra indicatorilor de calitate a îngrijirii.

H2b (derivată): Reducerea Duratei Medii de Spitalizare prin managementul activ al fluxurilor clinice generează economii la cheltuielile hoteliere și utilități, fără creșterea ratei de reinternare.

Grupa C — Ipoteze privind sursele alternative de finanțare

H3 (ipoteză principală): Modelele alternative sau complementare de finanțare — incluzând bugetele globale ajustate pentru performanță, plata per capita pentru pacienți cronici, cofinanțarea de la bugetele locale, parteneriatul public-privat operațional și accesarea sistematică a fondurilor europene — sunt fezabile juridic și financiar în contextul românesc și pot ameliora semnificativ sustenabilitatea financiară a spitalelor publice, dacă sunt însoțite de reforme ale cadrului de guvernanță.

H3a (derivată): Spitalele publice care implementează mecanisme de diversificare a surselor de venit prezintă un nivel mai ridicat de autonomie financiară și o capacitate mai mare de investiție.

H3b (derivată): Accesul la fonduri europene nerambursabile (PNRR, Programul Sănătate 2021–2027, PNIIUS) influențează pozitiv capacitatea de modernizare a infrastructurii, dar nu rezolvă structural problemele de sustenabilitate operațională dacă nu este însoțit de reforme ale modelului de finanțare recurentă.

Grupa D — Ipoteze privind factorii contextuali și instituționali

H4 (ipoteză principală): Sustenabilitatea financiară a spitalelor publice este determinată nu numai de factorii interni, ci în egală măsură de factori externi instituționali — cadrul de reglementare, nivelul finanțării publice, gradul de autonomie

managerială și presiunile demografice —, iar intervențiile eficace trebuie să acționeze simultan pe ambele planuri.

H4a (derivată): Există disparități regionale semnificative în sustenabilitatea financiară a spitalelor publice din România. Ipoteza este puternic confirmată de datele panelului: ICM variază de la 1,57 la SCJU Constanța la 2,25 la SCJU Târgu Mureș — o dispersie de 43% care nu reflectă diferențe de calitate a managementului, ci diferențe de profil al populației deservite și de alocare a cazurilor complexe (Analiza Integrată 5 SCJU, 2026).

H4b (derivată): Transparența financiară și calitatea raportării publice a indicatorilor de performanță sunt, ele însele, variabile de management cu impact asupra sustenabilității: spitalele cu raportare publică completă prezintă o disciplină financiară mai ridicată față de cele cu raportare fragmentară.

1.5. Contribuția de noutate și valoarea adăugată

Lucrarea de față aduce o contribuție de noutate la literatura de specialitate din România și la dezbaterea de politici publice în cel puțin cinci dimensiuni identificabile și verificabile.

Prima contribuție constă în construirea și utilizarea unui sistem integrat de indicatori pentru evaluarea sustenabilității financiare a spitalelor publice românești, care acoperă simultan dimensiunile financiară, operațională și de calitate și care este aplicat, în premieră, pe un panel longitudinal de cinci SCJU pentru perioada 2022–2024. Spre deosebire de studiile anterioare care au abordat indicatori izolați sau au utilizat date agregate la nivel național, prezenta lucrare operează cu date dezagregate pe unitate spitalicească și pe an calendaristic, permițând comparații inter-instituționale semnificative.

A doua contribuție constă în demonstrarea empirică a inechității structurale a tarifului contractat (TCP) în raport cu Indicele de Complexitate a Cazurilor (ICM), prin date oficiale centralizate din Ord. MS/CNAS nr. 1018/528/2025. Această demonstrație oferă un argument cantitativ riguros pentru reforma mecanismului de tarifare, depășind nivelul afirmațiilor calitative frecvente în dezbaterea publică.

A treia contribuție constă în elaborarea unei matrice de evaluare comparativă a modelelor alternative de finanțare aplicabile spitalelor publice din România, cu criterii

explicite de compatibilitate juridică, fezabilitate financiară și impact estimat asupra sustenabilității. Această matrice reprezintă un instrument practic de decizie pentru factorii de politici publice, care nu are un echivalent elaborat în literatura autohtonă.

A patra contribuție constă în identificarea și cuantificarea, acolo unde datele permit, a principalelor pârghii de eficientizare a cheltuielilor operaționale aplicabile în contextul spitalelor publice din România, cu ancorare în experiențe europene comparabile și în datele panelului propriu.

A cincea contribuție — cu caracter metodologic — constă în documentarea și analiza critică a asimetriei transparenței raportării publice între spitalele publice românești, demonstrând că această asimetrie nu este accidentală, ci reflectă diferențe reale în calitatea managementului informației, și propunând includerea transparenței ca variabilă de management în modelele de analiză a performanței spitalicești.

1.6. Delimitări și definiții operaționale

Prezenta lucrare operează cu un set de delimitări tematice și metodologice explicite, necesare pentru a circumscrie riguros obiectul cercetării.

Din perspectiva unității de analiză, lucrarea se concentrează exclusiv pe spitalele publice cu personalitate juridică proprie, finanțate preponderent din contractul cu CNAS, cu accent pe spitalele clinice județene de urgență ca reprezentând cel mai complex și mai costisitor nivel al rețelei spitalicești. Spitalele private, centrele medicale ambulatorii și unitățile de îngrijiri paliative sunt excluse din analiza empirică directă, deși sunt menționate în context comparativ.

Din perspectiva orizontului temporal, analiza empirică principală acoperă perioada 2022–2024, cu referiri contextuale la evoluțiile anterioare anului 2022 atunci când acestea sunt relevante pentru înțelegerea tendințelor structurale. Date posterioare anului 2024 sunt utilizate exclusiv pentru confirmarea unor tendințe și sunt marcate explicit ca atare.

Din perspectiva geografică, analiza empirică se limitează la teritoriul României și la cele cinci SCJU selectate. Referințele internaționale sunt utilizate pentru fundamentarea revizuirii literaturii și a exemplelor de bune practici, fără a pretinde transferabilitate directă fără adaptare la contextul românesc.

Lucrarea utilizează un set de definiții operaționale standardizate, prezentate detaliat în Capitolul 3. Termenii cheie sunt folosiți, în sensul prezentei lucrări, cu următoarele semnificații:

Sustenabilitate financiară desemnează capacitatea unui spital public de a-și acoperi costurile operaționale curente și de a menține un nivel adecvat de investiții din sursele de venit disponibile, fără acumularea de arierate sau degradarea calității îngrijirii, pe un orizont de timp de minimum cinci ani.

Model de finanțare desemnează ansamblul mecanismelor prin care resursele financiare sunt alocate spitalului de către plătitorii publici și privați, inclusiv structura tarifelor, condițiile de contractare, sursele complementare de venit și mecanismele de corecție bazate pe performanță.

Cheltuieli operaționale desemnează totalitatea cheltuielilor necesare funcționării curente a spitalului, excluzând cheltuielile de capital, structurate pe categoriile standard ale clasificației bugetare românești: cheltuieli de personal (titlul 10), bunuri și servicii (titlul 20), medicamente și materiale sanitare (articolele 20.04.01–20.04.04), utilități (art. 20.01.03), și altele.

Eficientizare operațională desemnează ansamblul măsurilor manageriale și organizatorice menite să reducă cheltuielile operaționale per unitate de output (caz rezolvat, zi de spitalizare, procedură) fără impact negativ demonstrabil asupra calității sau accesibilității îngrijirii.

1.7. Structura lucrării

Lucrarea este structurată în zece capitole, organizate în trei blocuri logice principale.

Blocul I — Fundamentare (Capitolele 1–4) — include prezentul capitol introductiv, care stabilește contextul, problema de cercetare, obiectivele, ipotezele, contribuțiile de noutate și delimitările; Capitolul 2, dedicat revizuirii literaturii și contextului de politici; Capitolul 3, în care sunt prezentate cadrul conceptual și sistemul de indicatori; și Capitolul 4, care descrie în detaliu metodologia cercetării.

Blocul II — Analiză și rezultate (Capitolele 5–8) — include Capitolul 5, dedicat diagnosticării contextului românesc al finanțării spitalelor publice; Capitolul 6, care

analizează modelele alternative de finanțare; Capitolul 7, dedicat eficientizării cheltuielilor operaționale; și Capitolul 8, care propune cadrul integrat de analiză și instrumentele practice derivate din acesta.

Blocul III — Sinteză și valorificare (Capitolele 9–10) — include Capitolul 9, dedicat discuțiilor și interpretării critice a rezultatelor, și Capitolul 10, care formulează concluziile principale și recomandările adresate decidenților, finanțatorilor și managementului spitalicesc.

Lucrarea este completată de o bibliografie extinsă în format APA 7 și de cinci anexe: lista surselor de date, fișele de extracție și codificare, matricea de analiză comparativă a modelelor de finanțare, tabele și figuri suplimentare, și declarațiile de originalitate și etică.

2. REVIZUIREA LITERATURII ȘI CONTEXTUL DE POLITICI

Capitolul de față realizează o sinteză critică a literaturii internaționale și naționale relevante pentru tema sustenabilității financiare a spitalelor publice, integrând totodată contextul de politici din care derivă problemele de cercetare identificate. Demersul urmărește: (1) clarificarea conceptuală a sustenabilității financiare și delimitarea sa față de conceptele adiacente; (2) cartografierea principalelor modele de finanțare spitalicească și a stimulentelor pe care acestea le generează; (3) identificarea determinanților cheltuielilor operaționale cu cel mai robust suport empiric; (4) inventarierea intervențiilor de eficientizare validate prin studii de impact; și (5) localizarea lacunelor de cunoaștere pe care prezentul studiu le adresează.

2.1 Sustenabilitatea financiară în sănătate: concepte și abordări

Conceptul de sustenabilitate financiară a sistemelor de sănătate a evoluat substanțial în ultimele trei decenii, trecând de la o perspectivă pur contabilă — centrată pe echilibrul bugetar anual — spre abordări multidimensionale care integrează dimensiunea intertemporală, echitatea și reziliența sistemică. Această evoluție reflectă recunoașterea tot mai largă a faptului că un sistem de sănătate care echilibrează bugetul pe termen scurt prin comprimarea serviciilor sau amânarea investițiilor nu este, în sens propriu, sustenabil.

În literatura de economie a sănătății, sustenabilitatea financiară este definită cel mai frecvent drept capacitatea unui sistem sau a unei organizații de a menține furnizarea de servicii adecvate pe termen mediu și lung, fără deteriorarea calității sau a accesibilității, și fără recurgerea sistematică la resurse extraordinare. Această definiție operațională se regăsește, cu variații de nuanță, la Busse și Schreyögg (2006), la autorii rapoartelor OCDE privind sustenabilitatea fiscală a sistemelor de sănătate (OCDE, 2024) și în literatura românească de specialitate (Vlădescu et al., 2016).

Un salt conceptual important îl reprezintă cadrul multidimensional propus de Zeng et al. (2025), care operaționalizează sustenabilitatea financiară a spitalelor prin patru dimensiuni complementare: (1) solvabilitatea — capacitatea de a-și onora obligațiile financiare pe termen scurt și lung; (2) profitabilitatea — existența unui surplus operațional care permite autofinanțarea; (3) eficiența operațională — utilizarea optimă a resurselor disponibile, măsurată prin indicatori precum rata de rotație a paturilor sau costul per caz ponderat; și (4) capacitatea de dezvoltare — posibilitatea de a reinvesti în infrastructură și competențe. Acest cadru, aplicat unui panel de spitale publice, permite o evaluare mai nuanțată decât simpla monitorizare a execuției bugetare.

Teoria rezilienței sistemelor de sănătate, avansată de OCDE (2024) și de autorii din rețeaua Health Systems in Transition, extinde perspectiva sustenabilității dincolo de echilibrul financiar curent, incorporând dimensiunea capacității sistemului de a absorbi

șocuri exogene — pandemii, crize economice, tranziții demografice — și de a se adapta structural. Din această perspectivă, un sistem de sănătate cu cheltuieli publice sub 5% din PIB — cum este cazul României — prezintă un deficit structural de reziliență, independent de echilibrul bugetar al exercițiului curent.

Cinci teorii din literatura de management și economie a sănătății furnizează cadrul explicativ al prezentei lucrări:

Teoria Dependenței de Resurse (Pfeffer și Salancik, 1978) explică comportamentul strategic al spitalelor publice în raport cu sursele de finanțare de care depind. Cu cât dependența față de o singură sursă (CNAS, în cazul românesc) este mai mare, cu atât vulnerabilitatea la variațiile de finanțare este mai ridicată, iar capacitatea de negociere a spitalului este mai redusă. Această perspectivă justifică logic căutarea modelelor alternative și mixte de finanțare.

Teoria Instituțională (DiMaggio și Powell, 1983) explică rezistența la reformele de finanțare prin izomorfism coercitiv, mimetic și normativ: spitalele publice tind să adopte practici similare nu pentru că acestea sunt optime, ci pentru că sunt conforme cu așteptările reglementatorilor, cu normele profesionale și cu comportamentul celorlalte organizații din același câmp. Această teorie explică inclusiv persistența modelului DRG în sisteme în care acesta generează stimulente perverse documentate.

Teoria Agenției (Jensen și Meckling, 1976) analizează relația dintre principal (Ministerul Sănătății / CNAS) și agentul (managementul spitalului) în contextul informației asimetrice și al obiectivelor potențial divergente. Aceasta explică fenomene precum supraraportarea DRG, utilizarea suboptimă a resurselor sau lipsa de responsabilizare a managementului față de indicatorii de performanță financiară. Reformele bazate pe transparență și finanțare legată de performanță reprezintă, în termenii teoriei agenției, mecanisme de realiniere a stimulentelor.

Economia Sănătății (Arrow, 1963; Papanicolas et al., 2023) furnizează instrumentarul analitic pentru evaluarea eficienței alocative și tehnice a sistemelor de finanțare: analiza cost-eficacitate, eficiența Pareto în alocarea resurselor de sănătate, și justificarea teoretică a intervențiilor publice în fața eșecurilor de piață specifice sectorului — asimetria informațională, hazardul moral, selecția adversă și externalitățile pozitive ale sănătății publice.

Teoria Returnului Investiției în Calitate (Return on Quality — ROQ) susține că investiția în calitatea actului medical nu este un simplu cost social, ci generează un dividend financiar pe termen mediu: reducerea complicațiilor, readmisiilor și litigiilor compensează și depășește costul îmbunătățirilor calitative (Harber et al., 2024).

Această perspectivă este deosebit de relevantă pentru un sistem de sănătate care încearcă să justifice investițiile de modernizare în fața constrângerilor bugetare.

2.2 Modele de finanțare a spitalelor publice: sinteză

Literatura internațională identifică cinci modele principale de finanțare a spitalelor publice, cu aplicabilitate variabilă în funcție de contextul instituțional, capacitatea administrativă și obiectivele sistemului de sănătate (Busse et al., 2011; Langenbrunner et al., 2009; Preker și Harding, 2003):

(1) Bugetele istorice globale — spitalul primește anual o sumă fixă, negociată, independent de volumul sau calitatea serviciilor furnizate. Avantajele sunt predictibilitatea și simplitatea administrativă; dezavantajele includ lipsa stimulentelor pentru productivitate și eficiență, tendința de perpetuare a inegalităților istorice de finanțare și absența oricărei legături cu calitatea sau rezultatele clinice. Modelul este utilizat în Regatul Unit (înainte de reforma New Public Management), în sisteme nordice cu finanțare publică integrată și, parțial, pentru spitalele din zone rurale izolate în mai multe țări europene.

(2) Plata per serviciu (Fee-for-Service — FFS) — fiecare serviciu medical furnizat este facturat și decontat separat. Avantajul este stimularea productivității; dezavantajele documentate sunt semnificative: creșterea volumului de servicii justificate marginal (induced demand), fragmentarea îngrijirii, tendința de supra-tehnicizare și creșterea necontrolată a cheltuielilor totale. FFS reprezintă principalul mecanism de finanțare al sistemelor ambulatorii din SUA și a contribuit la criza de sustenabilitate financiară a sistemului de sănătate american (Papanicolas et al., 2023).

(3) Sistemul Grupurilor de Diagnostic (Diagnosis Related Groups — DRG) — cazurile spitalicești sunt clasificate în grupuri omogene de diagnostic și tratament, iar spitalul primește un tarif fix per grup, ajustat cu indicele de complexitate. DRG-ul creează stimulente pentru eficiență (reducerea duratei de spitalizare, evitarea procedurilor inutile) și pentru codificare corectă. Dezavantajele includ: riscul de upcoding (supracodificare pentru a obține tarife mai mari), stimulente pentru externări premature, și imposibilitatea de a captura integral variabilitatea costurilor la cazuri cu comorbidități multiple. România utilizează sistemul DRG din 1999, cu actualizări succesive, ca principal mecanism de finanțare a spitalizării continue.

(4) Plata per episod de îngrijire (Bundled Payments) — un tarif global, unic, acoperă întregul episod de tratament al unui pacient cu o condiție specifică (de exemplu, artroplastia de șold sau tratamentul infarctului miocardic acut), incluzând toate serviciile spitalicești și ambulatorii aferente. Modelul creează stimulente puternice pentru coordonarea îngrijirilor și eliminarea risipei clinice și a internărilor inutile, dar

necesită sisteme informatice avansate de urmărire a pacientului și o capacitate contractuală sofisticată. Pilot-urile din SUA (BPCI Advanced) și din Olanda au raportat reduceri de costuri de 5–15% fără deteriorarea calității clinice (OCDE, 2024).

(5) Finanțarea bazată pe valoare (Value-Based Healthcare — VBHC) — modelul cel mai recent și mai complex, în care plata este condiționată de atingerea unor indicatori de calitate și de satisfacție a pacientului, nu doar de volumul serviciilor. VBHC include elemente de bonus/penalizare (Pay for Performance — P4P), reținerea parțială a economiilor generate (Shared Savings) și raportare publică a indicatorilor de calitate. Experiența din Suedia, Danemarca și Anglia demonstrează că VBHC poate genera îmbunătățiri semnificative de calitate, dar necesită sisteme de colectare și raportare a datelor clinice mult mai sofisticate decât cele disponibile în prezent în România.

Pe lângă aceste modele pure, practica internațională convergizează spre sisteme mixte, care combină elemente din mai multe modele: de exemplu, un buget global cu componentă DRG pentru cazurile acute și plata per zi pentru cronici, sau DRG cu bonus de performanță pentru indicatori selectați de calitate. Sisteme mixte de acest tip sunt utilizate în Germania, Franța și Țările de Jos — țări cu sisteme de sănătate comparabile cu cel românesc din perspectiva arhitecturii instituționale.

Dincolo de mecanismele de plată, literatura identifică trei modele organizaționale alternative cu relevanță pentru sustenabilitate: Parteneriatul Public-Privat (PPP), în care un partener privat furnizează infrastructura sau anumite servicii non-clinice; spitalul-întreprindere publică autonomă, cu personalitate juridică proprie și libertate reală de management financiar; și rețelele integrate de îngrijire (Integrated Care Networks), care distribuie funcțiile clinice pe niveluri și previn supraîncărcarea spitalelor terțiare cu cazuri care pot fi rezolvate ambulatoriu sau în asistență primară.

2.3 Mecanisme de plată și stimulente

Analiza mecanismelor de plată din perspectiva stimulentelor pe care le generează pentru comportamentul spitalicesc este un domeniu clasic al economiei sănătății, cu o literatură bogată și o relevanță directă pentru tema prezentei lucrări. Principiul fundamental, enunțat de Ellis și McGuire (1986) și extins ulterior de Fehr și colaboratorii săi, este că orice mecanism de plată creează stimulente fie pentru creșterea volumului (sistemele per serviciu), fie pentru reducerea costurilor (sistemele per caz sau cu bugete fixe), fie pentru îmbunătățirea calității (sistemele bazate pe performanță) — și că nu există un mecanism care să optimizeze simultan toate cele trei obiective.

Sistemul DRG, dominant în România și în majoritatea sistemelor europene de asigurări sociale de sănătate, generează un set specific de stimulente și contra-stimulente bine documentate în literatură:

Pe latura pozitivă, DRG stimulează: reducerea duratei medii de spitalizare (DMS), deoarece costul suplimentar al zilelor de spitalizare depășite revine spitalului; clasificarea corectă a cazurilor în grupuri DRG superioare prin documentare clinică completă; și creșterea productivității prin internarea unui număr mai mare de cazuri per pat disponibil.

Pe latura negativă, literatura documentează: upcoding — codificarea cazurilor în grupuri DRG cu tarife superioare celui justificat clinic (Dafny, 2005; Silverman și Skinner, 2004); externalizarea prematură a pacienților cu costuri ridicate, sub pretextul atingerii pragului DRG; și selecția cazurilor — tendința de a accepta preferențial cazuri simple, cu costuri predictibil sub tariful DRG, și de a evita cazurile complexe cu comorbidități multiple. Cercetarea pentru România a identificat pattern-uri de upcoding și de concentrare artificială a cazurilor la praguri DRG în mai multe studii ale Ministerului Sănătății și CNAS (CNAS, 2024).

Problema structurală fundamentală în cazul României nu este mecanismul DRG în sine, ci tariful pe caz ponderat (TCP) cronic subdimensionat față de costurile reale. Analiza empirică efectuată în cadrul prezentei lucrări demonstrează că TCP-ul SCJU Bihor (1.854 lei în 2024) este cu 13,5% sub media eșantionului, iar cheltuielile de personal ale aceluiași spital ating 66,47% din total — apropiindu-se de pragul critic de 70%, dincolo de care resursele disponibile pentru medicamente, materiale și mentenanță devin incompatibile cu standarde minime de calitate. Actualizarea periodică a tarifelor pe baza contabilității analitice de costuri este recunoscută ca o condiție necesară a sustenabilității, chiar de Ministerul Sănătății (MS, 2024), dar implementarea a rămas sistematic în urma angajamentelor asumate.

Un aspect distinct al mecanismelor de plată, insuficient analizat în contextul românesc, este finanțarea programelor naționale de sănătate (PNS). Spre deosebire de serviciile DRG, PNS-urile sunt finanțate separat de CNAS și de Ministerul Sănătății, pentru categorii specifice de pacienți (oncologie, diabet, boli rare, HIV/SIDA, hepatite). La SCJU Bihor, cheltuielile din PNS reprezentau 74.102 mii lei (CNAS) + 19.813 mii lei (MS) în 2024, adică o sursă distinctă și semnificativă de venituri. La SCJU Cluj-Napoca, componenta CNAS din PNS era de 69.234 mii lei în 2023. Această „a doua sursă" de finanțare creează distorsiuni specifice: spitalele cu profil oncologic sau de boli rare primesc resurse aferente PNS independent de performanța DRG, ceea ce face comparațiile financiare brute între spitale dificile fără o dezagregare prealabilă.

2.4 Determinanți ai cheltuielilor operaționale în spitale publice

Literatura de management sanitar identifică trei categorii principale de determinanți ai cheltuielilor operaționale spitalicești: factori de structură și volum, factori de eficiență organizațională și factori contextuali (instituționali și de piață). Înțelegerea acestor categorii este esențială pentru a distinge între economiile de costuri realizabile prin management intern și cele care necesită intervenție sistemică la nivelul politicilor de finanțare.

Cheltuielile de personal reprezintă, în mod consecvent, cea mai mare categorie a cheltuielilor operaționale spitalicești — în toate sistemele de sănătate europene, indiferent de modelul de finanțare. În România, ponderea cheltuielilor de personal în totalul cheltuielilor spitalicești variază, la nivelul SCJU analizate, între 58,34% (SCJU Cluj, 2022) și 66,47% (SCJU Bihor, 2024), cu tendință ascendentă clară în toată perioada analizată. Literatura identifică trei factori principali ai dinamicii acestui indicator: creșterile salariale cu caracter generalizat (Legea salarizării din 2018 în România), deficitul de personal specializat care presupune suprasolicitare și plata suplimentară a orelor de gardă, și mixul de competențe suboptimal — raportul medici/asistente/personal auxiliar necorespunzător standardelor internaționale (Dubois et al., 2006; WHO, 2022).

Cheltuielile cu medicamente reprezintă a doua categorie ca pondere (12–18% în eșantionul analizat, cu variații între spitale: SCJU Bihor 14,61% în 2024, SCJU Cluj ~16% în 2022–2023). Principalii determinanți ai dinamicii acestora sunt: inflația prețurilor medicamentelor (+12–20% în 2022–2024 față de tarifele DRG neindexate, conform estimărilor prezentei lucrări), creșterea prevalenței bolilor cronice și a cazuisticii complexe oncologice, politicile de prescriere și protocoalele terapeutice, și — un factor adesea subestimat — risipa și pierderile prin stocare inadecvată sau expirare. Studii de referință (Farrar et al., 2010; Hussey et al., 2009) demonstrează că managementul farmaceutic standardizat (protocoale de prescripție, licitații centralizate, monitorizare în timp real a consumului) poate reduce cheltuielile cu medicamentele cu 10–20% fără impact negativ asupra calității clinice.

Cheltuielile cu materialele sanitare (estimat 10–15% din total cheltuieli, în eșantionul analizat) sunt determinate în principal de volumul și structura intervențiilor chirurgicale — în special de utilizarea dispozitivelor implantabile (endoproteze, implanturi cardiace, stent-uri), ale căror prețuri variază semnificativ în funcție de puterea de negociere a cumpărătorului. Achizițiile centralizate sau grupate pot genera economii de 15–25% față de achizițiile individuale ale fiecărui spital, după cum demonstrează experiența Poloniei, Cehiei și a Centralei de Achiziții din Franța (UGAP). În România, centralele de achiziție județene și ANAP au demonstrat economii similare în proceduri pilot, dar implementarea la scară rămâne limitată.

Durata Medie de Spitalizare (DMS) este, din perspectiva managementului operațional, poate cel mai puternic instrument de control al costurilor la dispoziția managementului spitalicesc, deoarece influențează simultan utilizarea paturilor, costul pe caz și fluxul de pacienți. Literatura de management sanitar arată că reducerea DMS cu o zi, la un spital mediu de 1.000 de paturi, generează economii de 0,5–1,5% din total cheltuieli operaționale (Rechel et al., 2010). În eșantionul analizat, DMS variază de la 5,67 zile (SCJU Bihor, 2024) la valori mai ridicate la spitalele cu profil mai complex, față de o medie națională de 6,9 zile (INS, 2024) și o medie europeană de 5,5 zile (OCDE, 2024). Potențialul de reducere a DMS la nivel de sistem este semnificativ, dar necesită prerequisite: dezvoltarea îngrijirilor ambulatorii și a spitalizării de zi, protocoale clinice standardizate și sisteme de management al fluxului pacientului.

Indicele de Complexitate a Cazurilor (ICC) este un determinant structural al costurilor care reflectă profilul patologic al populației servite și nu poate fi influențat semnificativ prin management intern. ICC mai ridicat înseamnă cazuri mai complexe și costuri mai mari per caz, ceea ce justifică tarife DRG mai ridicate. Disparitățile de ICC între spitalele din eșantion (1,57 la SCJU Constanța vs. 2,25 la SCJU Târgu Mureș — diferență de 43%) reflectă în mare parte diferențe de profil clinic și geografic ale populației, nu diferențe de eficiență managerială.

Cheltuielile cu energia și utilitățile au crescut semnificativ în contextul crizei energetice din 2021–2023, devenind o categorie de risc financiar major pentru spitalele cu infrastructură veche și sisteme de încălzire/răcire ineficiente. Reabilitarea energetică a clădirilor spitalicești, cu potențial de reducere a cheltuielilor energetice cu 30–50% (Ministerul Energiei, 2023), reprezintă o investiție cu amortizare rapidă, dar necesită capital inițial indisponibil în bugetele curente ale spitalelor publice — ceea ce sugerează nevoia finanțării europene sau a contractelor de performanță energetică (Energy Performance Contracts — EPC).

2.5 Intervenții de eficientizare a cheltuielilor operaționale: rezultate raportate

Literatuara de management sanitar documentează o varietate de intervenții de eficientizare a cheltuielilor operaționale spitalicești, cu grade diferite de evidență empirică și de scalabilitate. Prezenta sinteză se concentrează pe intervențiile cu cel mai robust suport în studii controlate sau analize panel, relevante pentru contextul european și, în particular, pentru cel românesc.

Managementul Lean aplicat în spitale (Lean Healthcare) — filosofia Lean, adaptată din industria manufacturieră (Toyota Production System), vizează eliminarea tuturor formelor de risipă din procesele spitalicești: timpi de așteptare excesivi, activități administrative redundante, stocuri supradimensionate, mișcări inutile ale personalului

și pacienților. O meta-analiză sistematică (Mazzocato et al., 2010) a identificat îmbunătățiri semnificative de eficiență în 73% din studiile analizate, incluzând reduceri ale timpilor de așteptare la urgențe cu 20–40% și reduceri ale timpilor de rotație la blocul operator cu 15–25%. O recenzie mai recentă (MDPI, 2024), care a integrat principiile Green Lean Six Sigma, confirmă potențialul semnificativ de câștiguri de eficiență, dar subliniază că implementarea necesită formare cuprinzătoare și angajamentul clar al leadership-ului. Aplicabilitatea Lean în spitalele publice românești este mare, dat fiind nivelul actual al ineficiențelor de flux documentate, dar capacitatea de implementare este limitată de deficitul de personal cu competențe în management operațional.

Centralizarea achizițiilor publice de medicamente și materiale sanitare — experința europeană este consistentă în a demonstra că achizițiile centralizate sau grupate generează economii semnificative prin puterea de negociere sporită. Franța raportează economii de 15–20% prin UGAP; Polonia a raportat economii de 12–18% prin Agenția Națională de Achiziții (ANR); în România, pilotul Centralei de Achiziții Naționale ONAC a raportat, în proceduri specifice pentru medicamente, economii de 20–35% față de achizițiile individuale ale spitalelor (MS, 2023). Extinderea sistematică a acestui mecanism la nivelul întregii rețele spitalicești reprezintă probabil cea mai rapidă și mai clar cuantificabilă intervenție de eficientizare disponibilă.

Managementul stocurilor și sistemele Just-In-Time (JIT) — spitalele mari gestionează sute de tipuri de produse farmaceutice și zeci de mii de articole de materiale sanitare, cu riscuri semnificative de exces de stoc, expirare și furt. Implementarea sistemelor informatice de gestiune a stocurilor (Warehouse Management Systems — WMS) corelate cu consum istoric și predictiv a demonstrat reduceri de stocuri de 15–30% și reduceri ale pierderilor prin expirare de 40–60% (Kelle et al., 2012). Condiționalitate: sisteme informatice funcționale și personal instruit — ambele deficitare în prezent în spitalele publice românești.

Reducerea duratei medii de spitalizare prin protocoale clinice și managementul fluxului de pacienți — este poate intervenția cu cel mai mare impact documentat asupra costurilor totale pe caz. Un program sistematic de reducere a DMS cu o zi, la nivel de sistem, echivalează cu o reducere a cheltuielilor operaționale de 0,5–1,5% din total (Rechel et al., 2010). Condițiile necesare sunt: protocoale clinice bazate pe ghiduri, planificare a externării încă din momentul internării, acces rapid la investigații și consultații, și existența alternativelor ambulatorii la spitalizarea continuă.

Digitalizarea și automatizarea proceselor administrative — sisteme informatice spitalicești integrate (Hospital Information Systems — HIS) reduc costurile administrative prin eliminarea documentației pe hârtie, automatizarea facturării și a codificării DRG, și reducerea erorilor de prescriere. Un studiu al Institutului Karolinska

(Suedia) a estimat economii administrative de 8–12% din totalul cheltuielilor non-clinice după implementarea unui HIS complet integrat. România a alocat, prin PNRR, 100 de milioane de euro pentru digitalizarea spitalelor — o oportunitate unică, dacă implementarea este coordonată strategic (MS, 2024).

Contractele de performanță energetică (EPC / ESCO) — în modelul EPC, o companie specializată (Energy Service Company — ESCO) investește în reabilitarea energetică a clădirilor spitalicești și recuperează investiția din economiile generate la facturile de energie, pe o perioadă de 5–15 ani. Modelul este atractiv pentru spitale deoarece nu necesită capital propriu inițial și transferă riscul de performanță energetică la ESCO. Experiența din Austria, Cehia și Slovacia raportează reduceri ale cheltuielilor energetice cu 30–50% prin EPC (Agenția Europeană pentru Mediu, 2022). În România, cadrul legal pentru EPC în sectorul public a fost clarificat prin Legea 121/2014 modificată, dar utilizarea rămâne marginală.

2.6 Lacune de cunoaștere și poziționarea studiului

Trecerea în revistă a literaturii relevante permite identificarea mai multor lacune de cunoaștere pe care prezenta lucrare le adresează:

Lacuna 1 — Absența analizelor panel comparative la nivel de spital în România. Literatura românească despre finanțarea spitalelor se bazează predominant pe date agregate la nivel de sistem (rapoarte MS, CNAS, OCDE) și pe studii de caz singulare. Analiza comparativă panel pe mai mulți ani și mai multe spitale mari, cu date dezagregate pe categorii de cheltuieli, este aproape absentă. Prezentul studiu construiește o astfel de bază de date pentru cinci SCJU pe perioada 2022–2024.

Lacuna 2 — Insuficienta tematizare a asimetriei de transparență publică. Analiza empirică a prezentei lucrări relevă că disponibilitatea datelor publice despre performanța spitalelor variază dramatic: SCJU Cluj publică rapoarte anuale complete; SCJU Iași și SCJU Târgu Mureș nu publică aproape niciun indicator comparabil. Această asimetrie de transparență nu este tratată în literatura autohtonă drept o variabilă de management relevantă în sine, deși constituie atât un indicator al calității managementului informației, cât și un obstacol structural în calea cercetării.

Lacuna 3 — Absența unui cadru integrat de evaluare a modelelor alternative de finanțare pentru contextul românesc. Literatura internațională evaluează modele alternative de finanțare în contexte specifice (sisteme Beveridge sau Bismarck, piețe de asigurări competitive sau monopol public), dar nu există o analiză sistematică a compatibilității acestor modele cu condițiile instituționale, legale și administrative ale României. Prezenta lucrare propune o matrice de evaluare adaptată acestui context.

Lacuna 4 — Lipsa unui instrument practic de prioritizare a intervențiilor de eficientizare. Intervențiile de eficientizare sunt descrise, în literatura de management sanitar, fie separat (câte un studiu per intervenție), fie în sinteze descriptive fără ierarhizare bazată pe raportul impact/fezabilitate în context specific. Managerii de spitale publice din România nu au la dispoziție un instrument calibrat pe structura lor de cheltuieli, pe constrângerile lor organizaționale și pe cadrul normativ aplicabil. Prezenta lucrare construiește un astfel de instrument.

Poziționarea prezentei lucrări în raport cu literatura existentă poate fi rezumată astfel: ea operează la intersecția dintre economia sănătății (analiza mecanismelor de finanțare și a stimulentelor), managementul sanitar (eficiența operațională la nivel de organizație) și politicile publice de sănătate (compatibilitatea reformelor cu contextul instituțional național). Această intersecție este, în literatura autohtonă, subexaminată sistematic — în pofida urgenței practice a problemelor pe care le generează. Contribuția lucrării este, în același timp, analitică (diagnoza stării actuale pe baza datelor empirice), comparativă (evaluarea modelelor alternative) și propozitivă (instrumentele practice propuse pentru manageri și decidenți).

3. CADRUL CONCEPTUAL ȘI SISTEMUL DE INDICATORI

Capitolul de față traduce fundamentele teoretice prezentate în Capitolul 2 într-un cadru operațional coerent, utilizabil atât pentru analiza empirică a celor cinci SCJU (Capitolele 5–8), cât și ca instrument de referință pentru managementul spitalicesc și pentru decidenții de politici. Sunt definite cu precizie conceptele operaționale centrale, este construit sistemul de indicatori — financiari, operaționali și de calitate — cu formulele de calcul și valorile de referință aferente, și este prezentat cadrul integrat de analiză propus, articulat pe trei niveluri: macro, mezo și micro.

3.1 Definiții: sustenabilitate financiară, eficiență, eficacitate, productivitate

Claritatea conceptuală este o condiție esențială a rigoarei științifice, cu atât mai mult cu cât termenii utilizați în managementul sanitar sunt frecvent folosiți în mod interschimbabil în discursul public, deși au semnificații tehnice distincte. Prezenta secțiune definește operațional patru concepte centrale, utilizate consistent pe parcursul lucrării.

Sustenabilitatea financiară (SF) a unui spital public este definită operațional drept capacitatea instituției de a-și acoperi cheltuielile de funcționare din veniturile disponibile pe termen mediu (3–5 ani), fără a acumula datorii comerciale restante peste pragurile legale, fără a compromite calitatea sau accesibilitatea serviciilor și fără a depinde sistematic de transferuri extraordinare sau alocări bugetare suplimentare de urgență. Sustenabilitatea financiară nu implică neapărat un excedent anual — o instituție poate opera cu deficit moderat într-un an de investiție majoră și rămâne sustenabilă pe termen mediu —, dar presupune o traiectorie controlată și previzibilă a echilibrului financiar. Operaționalizarea SF se realizează prin indicatorul sintetic RACV și prin ansamblul indicatorilor financiari descriși în secțiunea 3.2.

Eficiența se referă la relația dintre resursele utilizate (inputuri) și rezultatele obținute (outputuri), și se descompune în două dimensiuni complementare: (a) **eficiența tehnică** — producerea unui output dat cu minimum de inputuri, sau producerea maximului de output cu inputurile disponibile (relevantă pentru evaluarea DMS, a ratei de utilizare a paturilor, a productivității personalului); și (b) **eficiența alocativă** — distribuirea resurselor între alternative (servicii, pacienți, tehnologii) astfel încât să se maximizeze beneficiul social. Eficiența, în sens tehnic, este o condiție necesară dar nu suficientă pentru sustenabilitate: un spital poate fi eficient tehnic și totuși nesustenabil dacă tarifele primite nu acoperă costurile, indiferent cât de bine sunt gestionate resursele.

Eficacitatea măsoară gradul în care sunt atinse obiectivele propuse, indiferent de resursele consumate. În contextul spitalicesc, eficacitatea clinică se referă la obținerea

rezultatelor terapeutice dorite (supraviețuire, remisie, recuperare funcțională), iar eficacitatea organizațională se referă la îndeplinirea misiunii instituționale (furnizarea de servicii de urgență, formarea cadrelor medicale, realizarea indicatorilor de performanță managerială). Eficacitatea și eficiența sunt complementare, nu substituibile: un serviciu poate fi eficace (obține rezultatul dorit) dar ineficient (consumă excesiv resurse), sau eficient dar ineficace (tratament rapid, dar cu rezultate suboptime).

Productivitatea este raportul dintre outputul total și inputul total, și poate fi măsurată la nivel de individ (productivitatea medicului — cazuri/medic/an), de unitate funcțională (productivitatea blocului operator — intervenții/sală/an) sau de instituție (productivitatea totală a factorilor — Total Factor Productivity, TFP). Productivitatea crescută, în condițiile menținerii calității, contribuie la sustenabilitate prin reducerea costului mediu per caz. Trebuie însă evitată confundarea productivității cu suprasolicitarea personalului: o productivitate aparent ridicată obținută prin creșterea numărului de cazuri/medic la niveluri nesustenabile pe termen lung se asociază cu burnout, erori medicale și fluctuație de personal — toate cu costuri ascunse ridicate.

3.2 Indicatori financiari (definiție, formulă, interpretare)

Sistemul de indicatori financiari propus pentru evaluarea sustenabilității spitalelor publice este construit pornind de la cadrul multidimensional al lui Zeng et al. (2025) — solvabilitate, profitabilitate, eficiență operațională, capacitate de dezvoltare —, adaptat la disponibilitatea datelor publice din România și la cadrul normativ al evaluării performanței manageriale (Ord. MS nr. 3626/2022). Tabelul 3.1 prezintă cei șase indicatori financiari principali utilizați în analiză.

Tabelul 3.1. Sistemul de indicatori financiari pentru evaluarea sustenabilității spitalelor publice

Indicator	Formulă de calcul	Valoare de referință / Prag critic	Interpretare și relevanță pentru sustenabilitate
Rata de acoperire a cheltuielilor din venituri (RACV)	RACV = Venituri totale / Cheltuieli totale	RACV ≥ 1,00 → sustenabil RACV 0,95–0,99 → risc moderat RACV < 0,95 → risc ridicat	Indică capacitatea de autofinanțare a cheltuielilor curente. Valori subunitare semnalează deficit structural și acumulare de datorii.
Ponderea cheltuielilor de personal în total cheltuieli (%CP)	%CP = Ch. personal / Ch. totale × 100	< 65% → normal 65–70% → zona de atenție > 70% → critic (resurse insuficiente pentru non-salarial)	Indicator cheie de presiune structurală. La %CP > 70%, resursele pentru medicamente, materiale și mentenanță devin incompatibile cu standardele minime de calitate.
Rata execuției bugetare (%EB)	%EB = Cheltuieli efective / Cheltuieli aprobate × 100	>95% → execuție bună 85–95% → subconsumare moderată < 85% → subfinanțare /	O execuție sub 85% poate indica subfinanțare (buget aprobat dar nedeschis) sau incapacitate de absorbție. Execuțiile de 76–83%

		ineficiență de planificare	identificate la SCJU Cluj și Constanța semnalizează risc de subfinanțare reală.
Ponderea veniturilor proprii în total venituri (%VP)	%VP = Venituri proprii / Venituri totale × 100	> 20% → reziliență bună 15–20% → acceptabil < 15% → dependență excesivă de finanțare publică	Diversificarea surselor de venit reduce vulnerabilitatea la variațiile de finanțare publică. Atenție: clasificarea contabilă diferă între spitale (subvențiile FNUASS pot fi incluse sau excluse).
Ponderea cheltuielilor cu medicamentele (%CM)	%CM = Ch. medicamente / Ch. totale × 100	Interval normal: 12–18% > 20% → presiune farmaceutică ridicată < 10% → posibil sub-aprovizionare	Variațiile semnificative față de interval pot indica mix de cazuri diferit (boli cronice vs. chirurgie), dar și ineficiențe în politica de achiziții sau prescriere.
Tariful pe caz ponderat (TCP) vs. costul real estimat (Δ TCP)	Δ TCP = TCP decontat – Cost mediu real estimat per caz Costul real = Ch. totale / Nr. cazuri ponderate	Δ TCP ≥ 0 → acoperire totală Δ TCP negativ → decalaj structural; magnitudinea indică gradul de subfinanțare per caz	Indicatorul central al sustenabilității în sistemul DRG. La SCJU Bihor 2024: TCP = 1.854 lei vs. cost mediu estimat superior → decalaj structural confirmat empiric.

Notă metodologică: Indicatorii din Tabelul 3.1 sunt calculați pe baza datelor din rapoartele anuale de activitate ale spitalelor, execuțiile bugetare publice și datele CNAS/MS. Acolo unde datele dezagregate nu sunt disponibile public, se utilizează estimări metodologice transparente (marcate explicit în tabele). Formulele sunt standardizate pentru a permite comparabilitatea între spitale.

Un aspect metodologic esențial este distincția dintre indicatorii de stoc (bilanț: activele, pasivele, datoriile restante la un moment dat) și indicatorii de flux (venituri, cheltuieli, excedent/deficit pe o perioadă). Sustenabilitatea financiară pe termen lung necesită monitorizarea ambelor categorii: un spital poate prezenta un excedent anual și totuși o situație bilanțieră deteriorată dacă și-a amânat sistematic investițiile în infrastructură. Disponibilitatea publică a datelor bilanțiere ale spitalelor din România este limitată, fapt ce constituie o limitare metodologică a prezentei lucrări, recunoscută explicit în Capitolul 4.

3.3 Indicatori operaționali și de calitate (definiție, formulă, interpretare)

Indicatorii operaționali și de calitate sunt esențiali pentru a depăși perspectiva pur financiară a sustenabilității și pentru a captura dimensiunile eficienței tehnice și ale calității îngrijirii. Cadrul normativ românesc (Ord. MS nr. 3626/2022, cu metodologia Ord. 1490/2008) structurează evaluarea managementului spitalicesc pe cinci categorii: resurse umane (A), utilizarea serviciilor (B), indicatori economico-financiari (C), calitate (D) și integritate (E). Sistemul de indicatori al prezentei lucrări integrează cele mai

relevante componente ale acestui cadru, îmbogățite cu indicatori de eficiență derivați din baza DRG și din literatura internațională.

Tabelul 3.2. Sistemul de indicatori operaționali și de calitate utilizați în analiză

Indicator	Formulă / Sursă de date	Valoare de referință	Interpretare
Indicele de Complexitate a Cazurilor (ICC)	ICC = Greutate medie cazuri spital / Greutate standard națională (=1) Sursă: Ord. MS/CNAS 1018/528/2025, Anexa 23A	< 1,0 → complexitate sub medie 1,0–1,5 → medie 1,5–2,0 → ridicată > 2,0 → foarte ridicată	ICC mai mare justifică tarife DRG mai mari. Variație în eșantion: 1,57 (Constanța) → 2,25 (Târgu Mureș). Diferența de 43% nu reflectă eficiența managerială, ci profilul patologic al populației.
Durata Medie de Spitalizare (DMS)	DMS = Nr. zile spitalizare / Nr. pacienți externați Sursă: Rapoarte anuale spital, DRG.ro, INS	Media națională 2023: 6,9 zile Media UE 2023: ~5,5 zile Referință bună: < 6,0 zile (spitale terțiare)	DMS mai mică → eficiență operațională mai ridicată și cost per caz mai mic (controlând pentru ICC). SCJU Bihor 2024: 5,67 zile — sub media națională. Reducerea DMS cu o zi generează economii de 0,5–1,5% din cheltuielile totale.
Rata de utilizare a paturilor (%RUP)	%RUP = Zile spitalizare efective / (Paturi × 365) × 100	60–85% → interval optim < 60% → subutilizare; risc financiar > 85% → supraîncărcare; risc de calitate	Sub 60%: costurile fixe per pat sunt nerealizabile din tarife. Peste 85%: presiune pe calitate, infecții nosocomiale, externări premature. SCJU Bihor 2024: 65,11% — în zona optimă.
Productivitatea medicului (externați/medic/an)	Prod.med = Nr. externați sp. continuă / Nr. medici Sursă: Rapoarte anuale spital	Referință națională: 320–380 cazuri/medic/an Valoare observată: SCJU Bihor 399 (2024); SCJU Cluj 312,79 (2022)	Productivitate mai ridicată poate reflecta fie eficiență reală, fie suprasolicitare a personalului. Trebuie interpretată împreună cu DMS și calitatea îngrijirii.
Rata mortalității intraspitalicești (%Mort)	%Mort = Decese intraspital / Nr. externați × 100 Sursă: Rapoarte anuale, DRG.ro	< 2% → foarte bun (SCJU terțiare) 2–4% → normal pentru profil complex > 5% → semnalizează probleme de calitate	Cel mai relevant indicator de calitate clinică. SCJU Cluj 2023: 1,78% — remarcabil pentru un spital terțiar. SCJU Bihor 2024: 3,29% — în limite normale pentru profil. Interpretarea necesită ajustare pentru ICC.
Rata infecțiilor asociate asistenței medicale (IAS, %)	%IAS = Nr. cazuri IAS / Nr. pacienți internați × 100 Sursă: INSP, Rapoarte de prevalență de punct	Referință INSP 2023: 3,1% Referință ECDC 2022-2023: 5–8% Sub 1%: probabilă subraportare	IAS are impact direct asupra costurilor (zile suplimentare de spitalizare, antibiotice costisitoare, complicații). SCJU Bihor 0,81% — sub referința națională, sugestiv pentru subraportare sistematică.
Satisfacția pacienților (% mulțumiți și foarte mulțumiți)	Sondaj aplicat la externare (min. 100 chestionare/trimestru) Sursă: Rapoarte	Prag minim obligatoriu: > 80% Bun: > 90% Excelent: > 95%	Indicator de calitate percepută, relevant pentru fidelizarea pacienților și pentru atractivitatea spitalului în

	anuale, Ord. 3626/2022		sistemul de referință. SCJU Cluj: 97,96% — exemplar. SCJU Bihor: 88,79% — bun.

Notă privind comparabilitatea: Indicatorii de calitate prezintă provocări semnificative de comparabilitate între spitale, generate de: diferențe metodologice în colectarea datelor (IAS), diferențe în profilele de cazuistică (mortalitate ajustată pentru ICC față de mortalitate brută), și diferențe în rata de raportare (satisfacția pacienților depinde de metodologia sondajului). Prezenta lucrare utilizează indicatorii în forma brută disponibilă public, cu semnalarea explicită a limitelor comparabilității directe acolo unde este relevant.

3.4 Cadrul de analiză propus (model / matrice / instrument)

Cadrul integrat de analiză propus operează simultan la trei niveluri — macro, mezo și micro —, fiecare corespunzând unui set specific de teorii explicative, de indicatori și de instrumente analitice. Această structurare pe niveluri permite evitarea celor mai frecvente erori în analiza sustenabilității spitalicești: reducerea problemei fie exclusiv la nivelul macro (finanțarea sistemului), ignorând variabilele organizaționale, fie exclusiv la nivelul micro (eficiența procesului clinic), ignorând constrângerile structurale ale modelului de finanțare.

Tabelul 3.3. Cadrul integrat de analiză: niveluri, dimensiuni, indicatori și teorii

Nivel de analiză	Dimensiunea sustenabilității	Indicatori mobilizați	Teorii și instrumente analitice
MACRO (sistem / politici publice)	Cadru normativ de finanțare Contextul macroeconomic Politicile UE și naționale	TCP național, %PIB sănătate, alocări bugetare per capita	Teoria Instituțională (DiMaggio & Powell, 1983) Economia Sănătății (Arrow, 1963; OCDE, 2024) Teoria Rezilienței Sistemelor (OCDE, 2024)
MEZO (organizație / spital)	Autonomia managerială Structura veniturilor și cheltuielilor Eficiența operațională Accesul la resurse	RACV, %CP, %VP, %EB, DMS, %RUP, ICC, Prod.med	Teoria Dependenței de Resurse (Pfeffer & Salancik, 1978) Teoria Agenției (Jensen & Meckling, 1976) Return on Quality — ROQ (Harber et al., 2024)
MICRO (proces / act medical)	Calitatea îngrijirilor Siguranța pacientului Costul pe caz Eficiența clinică	%Mort, %IAS, Satisfacție, DMS ajustat ICC, cost pe caz ponderat	Lean Healthcare (Mazzocato et al., 2010) Protocoale clinice bazate pe dovezi Audit clinic și feedback performanță

Cadrul propus în Tabelul 3.3 servește ca hartă de navigare pentru Capitolele 5–8 ale lucrării și ca instrument de referință pentru utilizatorii practici — manageri de spital și decidenți de politici — care doresc să aplice metodologia la alte spitale sau contexte.

Relațiile cauzale fundamentale articulate în cadru pot fi sintetizate astfel:

(1) Modelul de finanțare (nivel macro) determină structura stimulentelor organizaționale (nivel mezo), care la rândul său influențează comportamentele clinice și procesele de furnizare a serviciilor (nivel micro).

(2) Eficiența organizațională (nivel mezo) nu poate compensa, pe termen lung, un model de finanțare structural inadecvat (tarife DRG sistematic sub costul real), dar poate reduce semnificativ vulnerabilitatea instituției în fața acestui decalaj.

(3) Calitatea clinică (nivel micro) are un efect retroactiv pozitiv asupra sustenabilității financiare (mai puține complicații și readmisii → costuri mai mici) și asupra atractivității spitalului (mai mulți pacienți → venituri mai mari), conform mecanismului Return on Quality.

Matricea de decizie pentru prioritizarea intervențiilor de eficientizare operațională — prezentată în detaliu în Capitolul 8 — este un produs direct al cadrului propus: ea ierarhizează intervențiile pe baza a trei criterii derivate din cadru: impactul estimat asupra indicatorilor de sustenabilitate (RACV, %CP, DMS), fezabilitatea implementării în condițiile organizaționale și normative ale spitalelor publice românești, și rapiditatea generării de efecte (termen scurt vs. mediu vs. lung).

Această arhitectură analitică trifocală — definind ce se măsoară, cum se interpretează și ce acțiuni se prioritizează — conferă prezentei lucrări caracterul integrat și aplicativ care o distinge de studiile descriptive sau monodisciplinare anterior publicate în domeniu.

4. METODOLOGIE

Capitolul de metodologie prezintă transparent și complet designul cercetării, sursele de date utilizate, procedurile de colectare și prelucrare, metodele de analiză, măsurile de asigurare a calității, considerațiile etice și limitările asumate. Transparența metodologică este o condiție esențială atât pentru evaluabilitatea caracterului științific al lucrării în procesul CNCS, cât și pentru reproductibilitatea analizei de către cercetători terți interesați de aceeași problematică.

4.1 Tipul studiului și justificare

Prezenta lucrare este un studiu integrat de tip mixt (mixed-methods), care combină: (a) o revizuire sistematică a literaturii (scoping review) privind modelele de finanțare și mecanismele de eficientizare; (b) o analiză comparativă panel bazată pe date secundare (comparative case study cu design longitudinal), aplicată unui eșantion de cinci Spitale Clinice Județene de Urgență din România pe perioada 2022–2024; și (c) o componentă propozitivă de sinteză analitică, ce transpune rezultatele empirice într-un cadru de lucru și instrumente practice pentru management și politici publice.

Justificarea designului mixt rezidă în natura dual a obiectivelor: obiectivele analitice (O1–O4) necesită în mod necesar o bază empirică cantitativă, construită din date secundare oficiale; obiectivele propozitive (O5–O6) necesită o sinteză calitativă a dovezilor și a contextului instituțional, care nu poate fi redusă la o analiză statistică. Designul integrat permite valorificarea complementarității celor două perspective.

Studiul de tip panel (longitudinal comparativ) a fost preferat față de alternativele metodologice (studiu de caz unic, secțiune transversală, experiment natural) din mai multe motive: (1) permite urmărirea tendințelor multianuale și distingerea variațiilor structurale de fluctuațiile conjuncturale; (2) controlează parțial pentru eterogenitatea neobservabilă între spitale prin analiza fiecărui spital ca proprie referință în timp; (3) este singura metodă care permite testarea empirică a ipotezelor formulate în Capitolul 1, care presupun relații de tip evolutiv (trenduri) între variabilele analizate.

Scoping review-ul privind modelele alternative de finanțare și mecanismele de eficientizare urmează principiile PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews; Tricco et al., 2018), adaptate la specificul lucrării: obiectiv de cartografiere (mapping) a opțiunilor disponibile și a evidențelor de eficacitate, nu de evaluare cantitativă a efectelor (meta-analiză). Criteriile de includere și excludere sunt prezentate în secțiunea 4.2.

4.2 Surse de date și criterii de selecție

Studiul utilizează exclusiv date secundare — date colectate inițial de alte instituții în scopuri administrative sau statistice, la care prezenta lucrare accesează și

reinterpretează. Nu au fost colectate date primare prin chestionare, interviuri sau observații directe. Această opțiune metodologică este justificată de: (1) disponibilitatea unor date administrative oficiale de calitate suficientă pentru a răspunde întrebărilor de cercetare; (2) considerentele etice și logistice ale accesului la instituții publice; și (3) consistența cu abordarea desk-based adoptată.

Tabelul 4.1. Sursele de date utilizate în analiză: tipologie, conținut și limitări

Sursă de date	Tipul datelor furnizate	Utilizare în lucrare și limitări
Rapoarte anuale de activitate ale spitalelor (surse primare validate)	Indicatori de management (Ord. 3626/2022): personal, utilizare servicii, indicatori financiari, calitate, integritate; date operaționale detaliate	Baza principală a analizei empirice. Disponibilitate asimetrică: complet (SCJU Cluj 2022–2023, SCJU Bihor 2024); parțial (SCJU Constanța 2023 via CJC); minimal/absent (SCJU Târgu Mureș, SCJU Iași).
Ord. MS/CNAS nr. 1018/528/2025 (Anexa 23A)	TCP, ICC și DMS realizate per spital DRG în 2024 — date centralizate la nivel național	Sursă primară oficială pentru comparabilitatea DRG. Acoperire: toate cele 5 SCJU pentru 2024. Limitare: disponibil doar pentru 2024 în forma curentă.
CNAS — Rapoarte de activitate 2023 și 2024	Date agregate privind serviciile contractate, decontate, numărul de asigurați, programele naționale de sănătate	Context și referință națională. Nu permite dezagregare la nivel de spital individual fără corelareacu alte surse.
INS — Activitatea unităților sanitare 2022–2023	Date statistice agregate: paturi, externați, zile de spitalizare, DMS medii naționale pe tipuri de spitale și specialități	Referință națională pentru benchmarking. Datele sunt agregate (nu per spital); publicare cu decalaj de ~12 luni față de anul de raportare.
MS — Raport de activitate 2023	Date privind politicile de sănătate, investițiile, programele naționale, rețeaua spitalicească	Context instituțional și de politici. Nu furnizează date financiare dezagregate per spital.
Surse secundare: presă locală, comunicate de presă, conferințe de presă ale managementului spitalicesc	Date despre indicatori de activitate prezentate public de manageri (SCJU Bihor 2023, SCJU Constanța 2023)	Utilizate exclusiv pentru date fără altă sursă primară disponibilă; marcate explicit ca surse secundare în tabele și în aparatul critic. Nu au fost validate de CNSISP.
Referințe internaționale: OCDE 2024, OCDE 2025 (OECD Reviews: Romania), ECDC PPS 2022–2023, INSP 2024	Benchmarking internațional, context european, date comparative despre indicatori de calitate (IAS, mortalitate, satisfacție)	Referință pentru contextualizare și interpretare. Nu permit dezagregare la nivel de spital românesc individual.

Criteriile de selecție a spitalelor din eșantion au urmărit: (a) reprezentativitatea geografică — câte un spital din regiunile Vest, Centru-NV, Centru, Sud-Est și Nord-Est ale României; (b) tipologia instituțională omogenă — toate SCJU (Spitale Clinice Județene de Urgență), pentru a limita eterogenitatea structurală a eșantionului; (c) dimensiunea relevantă — spitale cu peste 1.000 de paturi, care concentrează resurse semnificative și prezintă o cazuistică complexă; și (d) disponibilitatea minimă de date publice — cel puțin o sursă primară verificabilă pentru cel puțin un an din perioada 2022–2024.

Tabelul 4.2. Eșantionul de studiu: cei cinci SCJU incluși în analiză

Spital	Județ / Regiune	Categorie	Paturi continuu (aprox.)	Autoritate tutelară	Acoperire date (ani completă)
SCJU Bihor (Oradea)	Bihor / Vest	II	1.765	Primăria Municipiului Oradea	2023–2024 (complet); 2022 (parțial — fuziune cu Spitalul Municipal Curteanu)
SCJU Cluj-Napoca	Cluj / Centru-NV	I	~1.400	Consiliul Județean Cluj	2022–2023 (complet); 2024 (date DRG din Anexa 23A)
SCJU Târgu Mureș	Mureș / Centru	I	1.089	Ministerul Sănătății	Limitat (date DRG 2024 din Anexa 23A; rapoarte anuale inaccesibile public)
SCJU Constanța „Sf. Apostol Andrei"	Constanța / Sud-Est	I	1.325	Consiliul Județean Constanța	2023 (parțial — via CJC și presă); 2024 (date DRG Anexa 23A)
SCJU Iași „Sf. Spiridon"	Iași / Nord-Est	I	~1.700	Consiliul Județean Iași	Minimal (date DRG 2024; date satisfacție Q2 2023; fără raport anual public)

Pentru scoping review-ul privind modelele de finanțare și mecanismele de eficientizare, criteriile de includere a surselor bibliografice au fost: (1) studii publicate în reviste indexate în baze de date internaționale (PubMed, Scopus, Web of Science) sau rapoarte ale organizațiilor internaționale de referință (OCDE, OMS, Banca Mondială, ECDC); (2) studii privind sisteme de sănătate comparabile cu cel românesc (sisteme de asigurări sociale de sănătate, țări central și est-europene, sau țări cu venituri medii din UE); (3) studii publicate după 2010, pentru a asigura relevanța contextuală; (4) disponibilitate în limba română sau engleză. Au fost excluse: studii despre sisteme de sănătate radical diferite (sisteme complet private sau sisteme Beveridge pure fără relevanță comparativă), studii cu mai puțin de 50 de subiecți (spitale), și opinii neargumentate empiric.

4.3 Proceduri de colectare și prelucrare a datelor

Colectarea datelor pentru analiza panel a urmărit o procedură standardizată în patru etape, aplicată consistent pentru fiecare spital și an din eșantion:

Etapa 1 — Identificarea și accesarea surselor primare. Au fost accesate sistematic site-urile oficiale ale fiecărui spital, site-urile autorităților tutelare (consilii județene, primărie, MS) și baza de date DRG (drg.ro) pentru fiecare combinație spital × an. Prioritatea a fost acordată documentelor cu statut de sursă primară: rapoarte anuale de activitate aprobate de consiliile de administrație, bilanțuri contabile publicate pe site-ul instituției, fișe de indicatori validate de CNSISP/INSP. Toate sursele au fost accesate în perioada ianuarie–martie 2026 și sunt identificate cu coduri de referință ([S01]–[S23]) în Bibliografie.

Etapa 2 — Extracția și codificarea datelor. Datele extrase din fiecare sursă au fost introduse în fișe standardizate de extracție (Anexa 2), care consemnează: valoarea indicatorului, sursa exactă (document, pagină/secțiune), statutul sursei (primară validată / secundară), și calitatea datei (completă / parțială / estimată). Fișele de extracție asigură trasabilitatea completă a fiecărei valori din tabelele analitice.

Etapa 3 — Gestionarea datelor lipsă și estimările metodologice. Acolo unde datele pentru un indicator și un an nu au putut fi obținute din surse primare, s-au aplicat, în ordine de prioritate: (a) date din surse secundare verificabile (presă locală cu citare explicită a sursei), marcate explicit ca „date secundare — necesită validare"; (b) estimări metodologice proprii, bazate pe formule transparente (de exemplu, cheltuielile cu materialele sanitare estimate ca diferență între cheltuielile agregate medicamente+materiale și cheltuielile cu medicamentele), marcate cu „(est.)" în tabele; sau (c) marcaj N/D (nedisponibil), acolo unde nicio estimare metodologică plauzibilă nu a putut fi construită. Nicio valoare nu a fost interpolată sau extrapolată statistic fără justificare explicită.

Etapa 4 — Armonizarea și verificarea consistenței. Datele extrase au fost verificate din perspectiva consistenței interne: sumele parțiale trebuie să fie egale cu totalurile raportate; ratele calculate trebuie să fie compatibile cu valorile absolute de la care derivă; valorile dintr-un an trebuie să fie comparabile cu valorile din anii adiacenți (fără salturi inexplicabile). Discrepanțele identificate au fost rezolvate prin reaccesarea surselor sau prin notă explicativă în tabelele analitice (exemplu: reclasificarea contabilă a subvențiilor FNUASS la SCJU Cluj între 2022 și 2023, care explică variația aparentă a ponderii veniturilor proprii de la 54,36% la 20,00%).

4.4 Metode de analiză și sinteză (inclusiv scenarii / sensibilitate, după caz)

Analiza datelor colectate a utilizat un set de metode complementare, adaptate tipului și disponibilității datelor:

Analiza descriptivă comparativă constituie metoda principală pentru indicatorii de volum, structură și tendință multianuală, operând cu statistici descriptive (valori absolute, ponderi procentuale, variații procentuale anuale, tendințe multianuale) pentru fiecare indicator din sistemul definit în Capitolul 3. Comparațiile sunt efectuate: (a) între spitale, în același an; (b) în timp, pentru același spital; și (c) față de referințele naționale și europene identificate în Capitolele 2 și 3.

Benchmarking față de referințe naționale (medii INS, praguri Ord. 3626/2022) și internaționale (medii OCDE, referințe ECDC) permite contextualizarea rezultatelor și identificarea spitalelor care constituie exemple de bune practici (best performers) în eșantion.

Analiza de scenarii este utilizată în Capitolul 6 (modele alternative de finanțare) pentru a estima impactul potențial al reformelor de finanțare asupra indicatorilor de sustenabilitate. Scenariile sunt construite pe baza parametrilor documentați în literatura internațională (de exemplu, economiile generate de centralizarea achizițiilor: 15–25%; reducerea DMS cu o zi: 0,5–1,5% economii din total cheltuieli) și aplicate la structura de cheltuieli identificată empiric la SCJU din eșantion. Scenariile nu au valoare predictivă, ci ilustrativă — scopul lor este să cuantifice ordinul de mărime al efectelor potențiale pentru a prioritiza intervențiile.

Analiza de sensibilitate este aplicată estimărilor proprii (valorile marcate cu „est."), pentru a verifica dacă concluziile se mențin la modificarea ipotezelor de estimare în interval rezonabil (± 10–20%). Acolo unde concluziile se modifică semnificativ la variații mici ale ipotezelor de estimare, aceasta este semnalată explicit ca limitare.

Sinteza tematică este utilizată pentru integrarea rezultatelor scoping review-ului privind modelele de finanțare și mecanismele de eficientizare: studiile incluse sunt grupate tematic pe categorii de intervenție, iar rezultatele lor sunt comparate din perspectiva direcției efectului, magnitudinii și condițiilor de aplicabilitate.

4.5 Asigurarea calității (trasabilitate, reproducibilitate, managementul surselor)

Asigurarea calității demersului analitic a urmărit trei principii fundamentale, operaționalizate prin proceduri concrete:

Principiul trasabilității — fiecare valoare numerică din tabelele analitice ale lucrării este identificabilă prin: (a) codul sursei ([S01]–[S23] din Bibliografie), plasat în nota de subsol a tabelului; (b) indicarea tipului sursei (primară validată / secundară / estimare proprie); și (c) indicarea, acolo unde este posibil, a paginii sau secțiunii din documentul

sursă. Nicio valoare nu apare în tabele fără atribuire explicită. Fișele de extracție (Anexa 2) constituie documentul de audit intern care permite verificarea oricărei valori.

Principiul reproducibilității — demersul analitic este descris cu suficient detaliu pentru ca un cercetător independent, utilizând aceleași surse de date și aceeași perioadă de accesare, să poată reproduce calculele și să obțină rezultate identice sau echivalente. Formulele de calcul ale indicatorilor sunt prezentate explicit în Tabelele 3.1 și 3.2. Ipotezele estimărilor proprii sunt documentate în notele tabelelor. Criteriile de selecție a surselor și de includere/excludere a studiilor în scoping review sunt precizate în secțiunile 4.1 și 4.2.

Principiul managementului transparent al surselor — sursele sunt clasificate explicit în: surse primare validate (rapoarte oficiale, acte normative publicate în Monitorul Oficial, baze de date ale instituțiilor publice), surse secundare (presă locală, comunicate de presă — utilizate exclusiv pentru date fără altă sursă primară disponibilă și marcate ca atare), și referințe internaționale (rapoarte OCDE, ECDC, OMS). Această clasificare este menținută consistent în toate tabelele, prin utilizarea codurilor de culoare și a marcajelor distinctive din Legenda documentului analitic (Analiza_Integrata_5SCJU_2022_2024).

Managementul bibliografic al lucrării utilizează formatul APA ediția a 7-a, ales pentru consistența cu standardele dominante în cercetarea socio-economică și de management al sănătății. Citările în text utilizează sistemul autor-an, cu trimiterile complete în Bibliografie. Referințele la acte normative includ numărul actului, data, titlul complet și sursa (Monitorul Oficial, cu numărul și data publicării).

4.6 Considerații etice și deontologice

Lucrarea nu implică colectarea de date primare de la subiecți umani (pacienți, personal medical sau manageri) și nu necesită, în consecință, aviz etic de la un comitet de etică a cercetării. Cu toate acestea, o serie de considerații etice și deontologice sunt relevante și sunt tratate explicit:

Confidențialitatea și protecția datelor. Lucrarea utilizează exclusiv date agregate, anonimizate sau de domeniu public. Nu sunt utilizate, procesate sau prelucrate date cu caracter personal în sensul Regulamentului (UE) 2016/679 (GDPR). Indicatorii de performanță sunt raportați la nivel de instituție, nu la nivel de individ (pacient sau angajat). Datele despre satisfacția pacienților sunt utilizate exclusiv ca indicatori agregați procentuali, fără niciun element care să permită identificarea unui pacient individual.

Corectitudinea atribuirii și citării. Toate ideile, datele și formulările preluate din surse externe sunt atribuite explicit autorilor sau instituțiilor de origine, conform standardelor APA 7. Nu au fost utilizate formulări preluate verbatim din surse externe fără ghilimele și citare. Contribuțiile originale ale prezentei lucrări (baza de date panel, matricea de evaluare, instrumentul de prioritizare) sunt identificate explicit ca atare în secțiunea 1.5.

Obiectivitatea și lipsa conflictelor de interese. Niciun autor al lucrării nu are relații financiare, de angajare sau de afiliere cu vreunul dintre spitalele analizate sau cu instituțiile a căror politici sunt evaluate. Interpretările și recomandările sunt formulate exclusiv pe baza evidențelor disponibile, fără a favoriza sau a dezavantaja sistematic vreo instituție sau vreo politică publică. Acolo unde datele sunt insuficiente pentru concluzii ferme, se recurge la formulări explicite de incertitudine.

Utilizarea responsabilă a datelor publice. Datele utilizate sunt publice — rapoarte, execuții bugetare, statistici INS, date CNAS — și nu fac obiectul restricțiilor de utilizare în scopuri de cercetare. Acolo unde datele provin din surse secundare (presă, conferințe de presă), este menționat explicit statutul lor și limitele de validitate. Nu au fost accesate sau utilizate date obținute prin mijloace care nu respectă normele legale sau etice aplicabile.

4.7 Limitări

Onestitatea științifică impune recunoașterea explicită a limitărilor lucrării — atât cele metodologice, cât și cele de date. Identificarea limitărilor nu diminuează valoarea contribuției, ci permite cititorului și utilizatorului să interpreteze corect rezultatele și să evite generalizările nejustificate.

L1 — Asimetria critică a transparenței publice a datelor. Aceasta este, de departe, limitarea cea mai importantă a lucrării. Din cele cinci SCJU incluse în eșantion, doar SCJU Cluj-Napoca publică rapoarte anuale complete și verificabile pentru doi ani consecutivi (2022–2023). SCJU Bihor oferă date complete pentru 2024. SCJU Constanța oferă date parțiale pentru 2023 prin raportul prezentat Consiliului Județean. SCJU Târgu Mureș și SCJU Iași nu au publicat rapoarte anuale accesibile public pe internet. Această asimetrie nu este o limitare metodologică a lucrării, ci o problemă structurală a sistemului de transparență publică din sănătate — ea este, de altfel, analizată ca variabilă independentă în Capitolele 5 și 9. Consecința pentru validitatea analizei: ipotezele nu pot fi testate complet și echitabil pe tot eșantionul; concluziile empirice sunt mai robuste pentru SCJU Cluj și SCJU Bihor și mai speculative pentru celelalte trei.

L2 — Absența datelor bilanțiere dezagregate. Indicatorii de solvabilitate (datorii restante, lichiditate curentă, grad de îndatorare) nu pot fi calculați direct din sursele publice accesate — bilanțurile contabile ale spitalelor publice nu sunt publicate în format dezagregat și descărcabil. Aceasta limitează analiza sustenabilității financiare la dimensiunile flux (venituri și cheltuieli), excluzând dimensiunea stoc (active și pasive). Completarea acestei lacune ar necesita solicitări individuale în baza Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informații de interes public — o opțiune fezabilă pentru cercetarea viitoare.

L3 — Eterogenitatea perioadelor de raportare disponibile. Nu există o perioadă completă de trei ani (2022–2024) pentru care datele să fie disponibile simultan pentru toate cele cinci SCJU. Comparațiile panel stricte (aceeași perioadă, aceleași spitale, aceiași indicatori) sunt posibile doar pentru subseturi reduse ale eșantionului. Această limitare este gestionată prin utilizarea celui mai recent an disponibil per spital în tabelele de sinteză și prin semnalarea explicită a anului de referință pentru fiecare valoare.

L4 — Neajustarea pentru severitatea cazuisticii în comparațiile de calitate. Indicatorii de calitate (mortalitate intraspitalicească, rata IAS) ar trebui, ideal, ajustați pentru riscul clinic al populației deservite (risk-adjusted mortality, risk-adjusted complication rates). În absența bazelor de date individuale pe pacienți necesare pentru această ajustare, comparațiile brute de mortalitate între spitale cu profile de cazuistică diferite sunt realizate cu precauție și cu semnalarea explicită a acestei limitări în interpretări.

L5 — Caracterul preponderent descriptiv al analizei cantitative. Dimensiunile reduse ale eșantionului (n=5 spitale) și incompletitudinea datelor panel nu permit aplicarea unor metode econometrice avansate (regresie panel cu efecte fixe, analiză DEA, diferențe-în-diferențe) care să testeze relații cauzale între variabilele de finanțare și indicatorii de performanță. Prezenta lucrare stabilește corelații și tendințe, nu cauzalitate — o distincție recunoscută explicit în Capitolul 9.

În pofida acestor limitări, lucrarea reprezintă cea mai amplă și mai sistematică analiză panel comparativă disponibilă public pentru SCJU-urile din România pe perioada 2022–2024, construind o bază de date și un cadru analitic valorificabile atât în cercetarea academică viitoare, cât și în practica de management sanitar.

5. CONTEXTUL ROMÂNIEI: FINANȚAREA SPITALELOR PUBLICE ȘI PRESIUNILE BUGETARE

Capitolul de față ancorează analiza în realitatea specifică a sistemului de sănătate românesc, descriind cadrul instituțional și fluxurile de finanțare ale spitalelor publice, structura observată a veniturilor și cheltuielilor la nivelul eșantionului de cinci SCJU, problemele recurente de sustenabilitate și eficiență documentate empiric, și sintetizând diagnosticul prin intermediul unor tabele comparative. Datele empirice utilizate provin din sursele primare și secundare descrise în Capitolul 4, cu referință predominantă la perioada 2022–2024.

5.1 Cadru instituțional și fluxuri de finanțare

Sistemul de sănătate românesc este organizat pe principiul asigurărilor sociale obligatorii de sănătate, reglementat prin Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. Finanțarea spitalelor publice implică trei surse principale distincte, cu fluxuri, condiții de accesare și mecanisme de control diferite:

Sursa 1 — Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS), administrat de CNAS. Aceasta este sursa dominantă de finanțare a activității spitalicești. CNAS contractează servicii spitalicești cu spitalele publice prin contractul-cadru anual, utilizând ca mecanism principal plata per caz ponderat (DRG) pentru spitalizarea continuă. Tariful pe caz ponderat (TCP) se negociază anual și se aplică tuturor cazurilor, înmulțit cu indicele de complexitate individual. Suplimentar DRG-ului, CNAS finanțează direct programele naționale de sănătate curative (oncologie, diabet, boli rare, HIV/SIDA, hepatite, hemofilie), care constituie o sursă separată, de regulă mai generoasă per serviciu decât tarifele DRG standard. La SCJU Bihor, finanțarea din PNS a reprezentat 74.102 mii lei (sursă CNAS) + 19.813 mii lei (sursă MS) în 2024, adică aproximativ 10,1% din cheltuielile totale — o sursă distinctă și semnificativă (Ministerul Sănătății & CNAS, 2025).

Sursa 2 — Bugetul de stat, prin Ministerul Sănătății (MS). MS finanțează direct o serie de servicii spitalicești care nu intră în schema DRG sau pentru care tarifele CNAS sunt insuficiente: serviciile de urgență prespitalicească și din UPU, secțiile de terapie intensivă (parțial), tratamentul arșilor, acțiunile prioritare de sănătate (programe de sănătate preventivă), și — prin transferuri suplimentare — influențele salariale generate de creșterile legislative ale salariilor personalului medical. Această a doua sursă are un caracter mai discreționar și mai puțin predictibil decât contractele CNAS, fiindcă depinde de prioritățile bugetare anuale ale guvernului.

Sursa 3 — Autoritățile publice locale (consilii județene, primării). Potrivit Legii 95/2006 și legislației privind descentralizarea, autoritățile publice locale pot contribui la cheltuielile de funcționare și de investiții ale spitalelor aflate în subordinea lor. Natura

și volumul acestei contribuții variază semnificativ: unele consilii județene alocă sume importante pentru investiții în infrastructură, altele limitează contribuțiile la nivel simbolic sau nu le fac deloc. Această variabilitate este un factor major de disparitate regională în finanțarea spitalicească.

Veniturile proprii ale spitalelor publice — generate din servicii medicale cu plată (pentru persoane neasigurate sau servicii neacoperite de asigurarea de bază), din donații, din parteneriate contractuale și din alte surse legale — completează tabloul financiar. Ponderea veniturilor proprii variază considerabil în eșantionul analizat: 26,68% la SCJU Bihor (2024), 20,00% la SCJU Cluj (2023, după reclasificarea subvențiilor FNUASS), 35,89% la SCJU Constanța (2023). Aceste variații sunt parțial explicabile prin diferențe metodologice de clasificare contabilă (subvențiile FNUASS pot fi incluse sau excluse din categoria venituri proprii, în funcție de interpretarea normei contabile), dar reflectă și diferențe reale în capacitatea de generare de venituri din surse alternative.

Un element structural cu impact major asupra sustenabilității financiare, insuficient tratat în literatura autohtonă, este decalajul temporal dintre momentul furnizării serviciilor și momentul decontării lor de către CNAS. Sistemul de decontare lunară, cu regularizări trimestriale, creează tensiuni de lichiditate recurente la nivelul spitalelor, care trebuie să-și plătească salariile și furnizorii înainte de a primi decontarea pentru serviciile prestate. La SCJU Bihor, veniturile din decembrie 2024 — facturate prin sistemul e-Factura — au fost decontate în ianuarie 2025, ceea ce a generat un deficit aparent de 25.625 mii lei, corectat la un excedent real de +23.303 mii lei după ajustare metodologică (Spitalul Clinic Județean de Urgență Bihor, 2025). Această distorsiune contabilă ilustrează una dintre vulnerabilitățile sistemice ale mecanismului actual de finanțare.

5.2 Structura veniturilor și cheltuielilor (sinteză)

Tabelele 5.1 și 5.2 sintetizează structura veniturilor și a cheltuielilor pentru spitalele din eșantion, pe baza datelor disponibile din sursele primare validate. Datele marcate „(est.)" reprezintă estimări proprii cu metodologie documentată în Capitolul 4 și în Anexa 2.

Tabelul 5.1. Structura veniturilor la SCJU din eșantion (cel mai recent an disponibil per spital)

Sursă de venit	SCJU Bihor 2024 (mii lei / %)	SCJU Cluj 2023 (mii lei / %)	SCJU Constanța 2023 (mii lei / %)	Ref. națională (interval)
Venituri totale	937.468 / 100%	875.969 / 100%	640.967 / 100%	—
din care: CNAS (servicii DRG + PNS)	~540.000 / ~57,6% (est.)	~527.000 / ~60,2% (est.)	~420.000 / ~65,5% (est.)	55–70%

din care: MS (acțiuni de sănătate, programe)	~100.000 / ~10,7% (est.)	~104.316 / ~11,9%	N/D	8–15%
din care: Autoritate tutelară (CJ / Primărie)	N/D	N/D	N/D	2–10%
din care: Venituri proprii (servicii cu plată, donații, alte contracte)	~250.000 / 26,68%	~175.194 / 20,00% (reclasificat)	~230.000 / 35,89%	>15%

Nota metodologică: Variația ponderii veniturilor proprii între SCJU Cluj 2022 (54,36%) și 2023 (20,00%) nu reflectă o schimbare reală în structura finanțării, ci o reclasificare contabilă a subvențiilor FNUASS (incluse în „venituri proprii" în 2022, excluse în 2023). Această distincție este esențială pentru interpretarea corectă a indicatorului de diversificare a veniturilor (INS, 2024; SCJU Cluj-Napoca, 2023, 2024).

Tabelul 5.2. Structura cheltuielilor la SCJU din eșantion (cel mai recent an disponibil per spital)

Categorie de cheltuieli	SCJU Bihor 2024 (mii lei / %)	SCJU Cluj 2022–23 (% mediu)	SCJU Constanța 2023 (mii lei / %)	Prag critic / Referință
Cheltuieli totale efective	909.669 / 100%	—	613.798 / 100%	—
Personal (salarii, contribuții, sporuri, gărzi)	~604.400 / 66,47%	58,34%→65,21%	~363.900 / 59,28%	CRITIC: >70%
Medicamente (titlul 20.04.01)	~132.842 / 14,61% (est.)	~16,40%→~16%	N/D	Interval: 12–18%
Materiale sanitare (titlul 20.04.02–04)	~39.191 / ~4,3% (est.)	~12–15% (est.)	N/D	Interval: 10–15%
Servicii externalizate + energie + utilități	~95.000–100.000 / ~10,5% (est.)	N/D	N/D	8–14%
Cheltuieli de capital (investiții)	~25.000–30.000 / ~2,8% (est.)	N/D	N/D	Optim: 5–10% Reț. RO: sub 3%
Execuție bugetară (% față de buget aprobat)	88,69%	83,21%→76,00%	82,75%	Optim: >90%

Tabelul 5.2 relevă două tendințe structurale convergente care constituie nucleul problemei de sustenabilitate: (1) ponderea cheltuielilor de personal depășește sau se apropie de 65% la toate spitalele pentru care există date — un nivel care lasă spațiu tot mai restrâns pentru cheltuielile operaționale non-salariale (medicamente, materiale, mentenanță); și (2) ponderea cheltuielilor de capital (investiții) este structural sub 3–4% din total, față de un optim recomandat de 5–10% pentru menținerea capacității tehnice a infrastructurii spitalicești (OCDE, 2024).

Un aspect structural important evidențiat de datele SCJU Bihor 2024 este că cheltuielile cu programele naționale de sănătate (medicamente oncologice, HIV, hepatite etc.) sunt finanțate separat și nu sunt incluse în tariful DRG. La SCJU Bihor,

cheltuielile agregate medicamente + materiale sanitare din finanțarea DRG reprezintă ~172 mii lei din cele ~39.000 mii lei estimate pentru materiale sanitare, restul provenind din alte surse (PNS, MS, venituri proprii). Această structurare multiplă a surselor face dificilă evaluarea costului real per caz DRG și compararea directă a eficienței între spitale cu profiluri diferite de cazuistică PNS.

5.3 Probleme recurente de sustenabilitate și eficiență

Analiza datelor empirice și a literaturii naționale permite identificarea a șase probleme recurente, cu caracter structural, care afectează sustenabilitatea financiară a spitalelor publice din România:

P1 — Decalajul structural TCP — cost real. Tariful pe caz ponderat negociat anual cu CNAS nu acoperă costul real de furnizare a serviciilor, generând un deficit structural de finanțare per caz. La SCJU Bihor (2024), TCP de 1.854 lei este cu aproximativ 13,5% sub media eșantionului de SCJU de categorie I (~2.100 lei estimat). Analiza ASE + Regina Maria (2025) confirmă că, la nivel național, tarifele pe servicii medicale sunt subdimensionate față de costurile efective, fenomen care a determinat o creștere a presiunii salariale relativ la plata actului medical: în 2024, valoarea transferurilor pentru influențe salariale (15,5 miliarde lei) a ajuns aproape de valoarea plăților pentru tarife pe servicii (16 miliarde lei) — o evoluție fără precedent în istoria FNUASS.

P2 — Creșterea necontrolată a ponderii cheltuielilor de personal. Creșterile salariale legislative succesive (2017–2018 prin Legea salarizării, cu suplimentări ulterioare) au dus ponderea cheltuielilor de personal la niveluri critice: 66,47% la SCJU Bihor (2024, față de 64,18% în 2023), 65,21% la SCJU Cluj (2023, față de 58,34% în 2022 — salt de 7 puncte procentuale în un singur an). La nivel național, estimările ASE (2025) arată că ponderea cheltuielilor salariale din FNUASS urmează să depășească pe cea a tarifelor pe servicii în 2025, dacă tendința nu este corectată structural. Pragul critic de 70% din total cheltuieli reprezentat de cheltuielile de personal lasă sub 30% din resursele spitalului pentru medicamente, materiale sanitare, mentenanță și investiții — insuficient pentru standardele minime de calitate.

P3 — Subinvestiția cronică în infrastructură. Cheltuielile de capital reprezintă sub 3% din totalul cheltuielilor spitalicești în eșantionul analizat — față de 5–10% recomandat pentru menținerea capacității tehnice. Consecința este o îmbătrânire progresivă a infrastructurii fizice și a echipamentelor medicale, cu costuri de mentenanță crescânde și cu risc crescut de avarie sau de incapacitate operațională. Deși PNRR și PNIIUS (cu alocări totale de peste 20 miliarde lei pentru sănătate) reprezintă o oportunitate istorică de modernizare a infrastructurii, absorbția fondurilor a înregistrat întârzieri semnificative, iar capacitatea instituțională de pregătire și implementare a proiectelor rămâne o constrângere majoră.

P4 — Asimetria transparenței publice și incapacitatea de monitorizare. Din cinci SCJU analizate, doar unul (Cluj-Napoca) publică rapoarte anuale complete și verificabile pentru toți indicatorii de performanță managerială. Această asimetrie nu este accidentală — ea reflectă diferențe reale în calitatea managementului informației și în cultura organizațională de transparență. Absența datelor publice fiabile împiedică nu doar cercetarea academică, ci și monitorizarea eficientă de către autoritățile tutelare, de către CNAS (care contractează servicii fără a cunoaște costul real al acestora) și de către cetățeni (pacienți și plătitori de contribuții). Asimetria transparenței este, în sine, o problemă de guvernanță care perpetuează ineficiențele și blochează responsabilizarea managementului.

P5 — Disparitățile regionale de finanțare nejustificate prin complexitatea cazuisticii. ICC-urile din eșantion variază de la 1,57 (SCJU Constanța) la 2,25 (SCJU Târgu Mureș) — o diferență de 43% care reflectă în parte profilul real al cazuisticii, dar și efecte ale unor practici de codificare diferite și ale unor asimetrii de acces la investigații diagnostice sofisticate. TCP-urile negociate per spital nu compensează suficient aceste diferențe de complexitate, generând o inechitate structurală în finanțarea spitalelor cu profil de cazuistică mai puțin complex dar cu costuri fixe similare.

P6 — Exodul personalului medical și deficitul de competențe. România are unul dintre cele mai scăzute raporturi medici/locuitor din UE (2,8/1.000 față de media UE de 3,7/1.000, conform OCDE, 2024), ca urmare a unui exod masiv al personalului medical spre sectorul privat și spre alte state membre. Spitalele publice, cu condiții de muncă mai dificile și salarii reale (inclusiv gărzi) adesea inferioare celor din sectorul privat sau din sisteme occidentale, pierd constant personal calificat. Deficitul de personal determină suprasolicitarea celor rămași, creșterea cheltuielilor cu personalul suplimentar (gărzi, ore suplimentare) și, în final, presiune suplimentară asupra bugetelor operaționale.

5.4 Diagnostic sintetic (tabele și figuri)

Tabelul 5.3 sintetizează, pentru fiecare SCJU din eșantion, valorile cheie ale indicatorilor de performanță financiară și operațională, permitând o comparație directă și o evaluare relativă rapidă. Culorile reflectă performanța față de referințele și pragurile critice definite în Capitolul 3: verde — performanță bună; galben — zonă de atenție; roșu — sub referință sau critic; gri — date nedisponibile.

Tabelul 5.3. Diagnostic sintetic comparativ — indicatori cheie per SCJU (cel mai recent an disponibil)

Indicator cheie (cel mai recent an disponibil)	SCJU Bihor 2024	SCJU Cluj 2023	SCJU Târgu Mureș DRG 2024	SCJU Constanța 2023	SCJU Iași DRG 2024
Externați spitalizare continuă (nr.)	74.122	53.025	~42.000 (est.)	~55.000 (est.)	~68.000 (est.)
ICC — Indicele de Complexitate a Cazurilor	2,20	2,22	2,25	1,57	2,07
DMS — Durata Medie de Spitalizare (zile)	5,67	N/D (2023) <6,0 est.	N/D	N/D	N/D
TCP — Tarif pe Caz Ponderat (lei, 2024)	1.854 ⚠	~2.100 (est.)	~2.200 (est.)	~1.980 (est.)	~2.050 (est.)
% cheltuieli personal / total cheltuieli	66,47% ⚠	65,21% ⚠ (2023)	N/D	59,28% (2023)	N/D
Rata mortalitate intraspitalicești (%)	3,29%	1,78% ✓	N/D	N/D	N/D
Satisfacție pacienti (% mulțumiți)	88,79%	97,96% ✓	N/D	N/D	~88% (Q2 est.)
Transparență publică (rapoarte anuale)	Parțial (2024 disponibil)	Complet ✓ (2022–2023)	Minimal (PDF inaccesibil)	Parțial (via CJC 2023)	Absent ✗

Notă la Tabelul 5.3: ⚠ = zonă de atenție sau sub referință; ✓ = performanță bună; (est.) = estimare proprie cu metodologie documentată; N/D = date nedisponibile public. Surse: Spitalul Clinic Județean de Urgență Bihor (2025); Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca (2023, 2024); Ministerul Sănătății & CNAS (2025); Casa Națională de Asigurări de Sănătate (2024, 2025); Institutul Național de Statistică (2024).

Câteva concluzii de sinteză se impun din lectura Tabelului 5.3:

Concluzia 1 — Variabilitatea ICC este structurală, nu managerială. Diferența de 43% dintre ICC-ul SCJU Constanța (1,57) și cel al SCJU Târgu Mureș (2,25) nu poate fi atribuită calității managementului, ci profilului clinic al populației deservite și specializărilor spitalicești. Această variabilitate justifică nevoia de ajustare a finanțării per caz pentru case-mix, nu uniformizarea tarifelor.

Concluzia 2 — TCP-ul cel mai mic aparține spitalului cu volumul cel mai mare. SCJU Bihor, cu cele mai multe spitalizări continue din eșantion (74.122 în 2024), are și cel mai mic TCP (1.854 lei). Aceasta confirmă H4a: volumul mare de activitate nu

garantează o finanțare adecvată per caz, deoarece TCP-ul este negociat independent de volumul efectiv de activitate.

Concluzia 3 — SCJU Cluj este singurul spital care demonstrează că eficiența operațională și calitatea pot coexista sustenabil. Cu o mortalitate de 1,78% (cea mai scăzută din eșantion), o satisfacție a pacienților de 97,96% și un ICC în creștere (2,22 în 2024), SCJU Cluj-Napoca reprezintă benchmarkul intern al eșantionului. Totuși, și acest spital resimte presiunea cheltuielilor de personal (65,21% în 2023, cu un salt de 7 pp față de 2022) și o execuție bugetară în scădere (76% în 2023), semnalând că nicio organizație nu este izolată de constrângerile structurale ale sistemului.

Concluzia 4 — Transparența publică este cel mai clar indicator de calitate managerială disponibil comparativ. SCJU Cluj: model de transparență. SCJU Bihor: transparență parțială dar în îmbunătățire. SCJU Constanța: date parțiale via tutela județeană. SCJU Târgu Mureș și SCJU Iași: transparență insuficientă — rapoarte anuale inaccesibile public, ceea ce face imposibilă evaluarea performanței manageriale de către orice actor extern (autoritate tutelară, CNAS, cetățeni, cercetători). Transparența nu este un accesoriu administrativ — ea este variabila de management care condiționează toate celelalte.

Diagnosticul sintetic al contextului românesc poate fi formulat concis: sistemul de finanțare a spitalelor publice din România generează un decalaj structural între resursele disponibile și costurile reale ale serviciilor, decalaj care este amplificat de o creștere salarială legislativă neasociată cu o reformă corespunzătoare a tarifelor de decontare, de o subinvestiție cronică în infrastructură și de o transparență publică insuficientă pentru a permite monitorizarea și responsabilizarea eficientă. Aceste constatări validează premisa de cercetare a lucrării și motivează căutarea sistematică a modelelor alternative de finanțare și a mecanismelor de eficientizare operațională, tratate în Capitolele 6 și 7.

6. MODELE ALTERNATIVE DE FINANȚARE: OPȚIUNI ȘI CRITERII DE SELECȚIE

Capitolul de față cartografiază opțiunile de finanțare alternativă relevante pentru spitalele publice, evaluează compatibilitatea acestora cu contextul instituțional și normativ al României și propune o matrice comparativă care să sprijine selectarea și secvențierea intervențiilor. Premisa de pornire este că niciun model alternativ nu este universal superior și că alegerea optimă depinde de contextul specific — capacitatea instituțională disponibilă, orizontul de timp acceptabil, apetitul pentru risc fiscal și obiectivele de politică publică prioritare.

6.1 Tipologii și exemple internaționale relevante

Literatura internațională și practica sistemelor de sănătate europene identifică nouă tipologii distincte de modele alternative de finanțare spitalicească, grupate în patru categorii mari: reforma mecanismelor de plată, modele organizaționale hibride, surse suplimentare de capital și instrumente inovatoare bazate pe rezultate.

Reforma tarifelor DRG și introducerea contabilității analitice de costuri. Este cel mai urgent și mai fezabil model, deoarece nu schimbă arhitectura sistemului, ci îi corectează calibrarea. Germania (sistemul G-DRG, revizuit anual de InEK pe baza datelor de costuri furnizate voluntar de circa 280 de spitale), Franța (sistemul GHM, cu actualizări bazate pe ENC — Étude Nationale de Coûts) și Polonia (JGP — Jednorodne Grupy Pacjentów, cu actualizări prin baza de date AOTMiT) demonstrează că un sistem DRG revizuit periodic și transparent în metodologie generează tarife mai apropiate de costurile reale, reducând decalajul structural documentat în Capitolul 5.

Finanțarea bazată pe performanță (Pay-for-Performance — P4P). Sistemul CQUIN (Commissioning for Quality and Innovation) din Anglia, activ din 2009, a condiționat 1–2,5% din finanțarea spitalelor de atingerea unor indicatori de calitate specifici (reducerea infecțiilor nosocomiale, satisfacția pacienților, managementul sepsis-ului). Olanda a mers mai departe, integrând principii VBHC în contractele cu spitalele pentru patologii selectate (artroplastie de genunchi, cancer de sân). Evaluările au documentat reduceri semnificative ale ratelor de readmisie și îmbunătățiri ale satisfacției pacienților, deși efectele asupra costurilor totale sunt mixte și depind de designul indicatorilor (Propper et al., 2010; OCDE, 2024).

Plata pe episod de îngrijire (Bundled Payments). Modelul BPCI Advanced (Bundled Payments for Care Improvement Advanced) din SUA a generat reduceri de costuri de 5–15% per episod pentru artroplastia de șold și genunchi, fără deteriorarea

indicatorilor de calitate (CMS, 2022). Olanda utilizează DOT-urile (Diagnose-behandelcombinaties) — episoade integrate pentru peste 2.000 de combinații diagnostice, negociate individual între spitale și asigurători. Barierele de implementare în sisteme cu date clinice fragmentate (ca România) sunt semnificative: urmărirea pacientului pe tot episodul de îngrijire necesită sisteme IT integrate și o capacitate analitică avansată.

Parteneriatul Public-Privat (PPP) — modelul de concesiune a serviciilor non-clinice. Portugalia a implementat din anii 2000 un model de PPP pentru servicii de imagistică și laborator în spitalele publice, în care partenerul privat investește în echipamente și personal, iar spitalul public plătește un tarif pe serviciu utilizat. Lombardia (Italia) a externalizat serviciile de sterilizare și distribuție a materialelor sanitare prin PPP cu rezultate pozitive în reducerea costurilor de 15–20% față de operarea directă. Modelul este atractiv pentru România deoarece nu implică transferul funcțiilor clinice (core mission) și prezintă riscuri fiscale mai mici decât PPP-ul de infrastructură.

PPP pentru infrastructură nouă (modelul DBFO — Design-Build-Finance-Operate). Marea Britanie a construit peste 100 de spitale prin PFI (Private Finance Initiative), cu evaluări mixte: reducerea timpilor de construcție și predictibilitatea costurilor sunt avantaje clare, dar costurile totale pe durata contractului (30–35 ani) s-au dovedit adesea mai ridicate decât construcția publică directă, din cauza marjelor de profit ale constructorilor și a rigidității contractuale (NAO, 2018). Portugalia a construit 10 spitale prin PPP (2006–2010), cu rezultate operaționale mai bune decât proiectate inițial în ceea ce privește costurile de exploatare, dar cu tensiuni în negocierile de renegociere pe fondul crizei fiscale (Barros et al., 2019).

Fondurile europene (PNRR, Programul Sănătate 2021–2027, PNIIUS). Pentru România, aceasta este cea mai accesibilă și mai avantajoasă sursă alternativă de capital — granturi nerambursabile cu condiții de absorbție clare. PNRR alocă României circa 8,5 miliarde lei pentru sănătate (inclusiv construcția de spitale noi și digitalizarea); Programul Sănătate 2021–2027 adaugă 5,88 miliarde euro (FEDR + FSE); PNIIUS completează tabloul cu 13,25 miliarde lei pentru investiții în infrastructura spitalicească (2024–2031). Principala constrângere nu este disponibilitatea fondurilor, ci capacitatea instituțională de pregătire, lansare și implementare a proiectelor (Ministerul Fondurilor Europene, 2024).

Contractele de performanță energetică (EPC / ESCO). Austria, Cehia și Slovacia au implementat EPC în spitale publice cu reduceri documentate ale cheltuielilor energetice de 30–50%, fără investiție de capital propriu din partea spitalului. Modelul este reglementat legal în România prin Legea nr. 121/2014 privind eficiența energetică, cu modificările ulterioare, dar utilizarea în sectorul sanitar public rămâne

marginală. Potențialul este ridicat, dat fiind că spitalele publice din România operează, în majoritate, în clădiri cu consumuri energetice de 2–3 ori mai mari decât standardele europene actuale.

Asigurările complementare de sănătate. Franța (mututalités), Germania (Zusatzversicherung) și Olanda (aanvullende verzekering) demonstrează că asigurările complementare private, bine reglementate, pot genera o sursă suplimentară de venituri pentru spitalele publice prin acoperirea serviciilor suplimentare (cameră individuală, consultații extrasăptămânale, tratamente neacoperite integral de asigurarea de bază), fără a compromite accesul universal la serviciile de bază. Condiția esențială este un cadru de reglementare care previne selecția adversă și asigură că asigurările complementare nu accentuează inegalitățile de acces.

Obligațiunile de impact social (SIB). Pilotul HMP Peterborough (Marea Britanie, 2010) a demonstrat reduceri ale recidivismului, iar modelele SIB din SUA (Massachusetts, New York) au generat economii în programele Medicaid. Aplicabilitatea directă în contextul spitalelor publice din România este limitată pe termen scurt, dar SIB-urile ar putea fi un instrument util pentru programe preventive — în special prevenția bolilor cardiovasculare (prima cauză de mortalitate evitabilă în România) și gestionarea integrată a diabetului, unde există o bază de evidențe internaționale suficientă pentru definirea indicatorilor de rezultat (RAND, 2025).

6.2 Opțiuni de finanțare alternativă (descriere și condiții de aplicare)

Pe baza tipologiilor prezentate în secțiunea anterioară, sunt identificate opt opțiuni concrete de finanțare alternativă aplicabile, în grade diferite, spitalelor publice din România. Pentru fiecare opțiune sunt prezentate: mecanismul de funcționare, condițiile minime de aplicare și riscurile principale.

Opțiunea A — Actualizarea sistematică a tarifelor DRG prin contabilitate analitică de costuri. Mecanism: CNAS contractează cu un grup de spitale-pilot (10–15 unități) implementarea unui sistem standardizat de contabilitate analitică pe centre de cost, bazat pe sistemul de raportare definit de MS. Pe baza datelor colectate, se construiește o bază națională de costuri per DRG, utilizată anual pentru actualizarea TCP. Condiții: voință instituțională CNAS + MS, sistem IT compatibil cu raportarea pe centre de cost, personal contabil instruit. Riscuri: rezistență instituțională la transparentizarea costurilor, riscul de heterogenitate a metodologiei de raportare între spitale.

Opțiunea B — Component P4P în contractul-cadru CNAS pentru indicatori prioritari. Mecanism: 2–3% din valoarea contractului CNAS condiționată de atingerea

unui set restrâns de indicatori verificabili (rata IAS, satisfacția pacienților, completitudinea raportării indicatorilor de management). Condiții: definire consensuală a indicatorilor, sistem de raportare și verificare independent, cadru de sancțiuni/recompense predictibil și transparent. Riscuri: focalizarea excesivă a managementului pe indicatorii bonusați în detrimentul calității generale; gaming (manipularea datelor raportate).

Opțiunea C — PPP pentru servicii de suport non-clinice. Mecanism: Concesionarea serviciului de imagistică (CT, RMN), laborator integrat sau sterilizare unui operator privat, pe baza unui contract de servicii cu plată per act sau per disponibilitate. Spitalul public rămâne proprietarul activelor și titularul contractului CNAS. Condiții: claritate juridică privind permisivitatea concesionării serviciilor medicale auxiliare (Legea 95/2006, art. 181–185), capacitate de contractare și monitorizare a partenerului privat, definirea clară a standardelor de servicii. Riscuri: creșterea dependenței față de un singur furnizor privat; dificultatea renegocierii contractului pe termen mediu.

Opțiunea D — Finanțare europeană prioritizată pentru investiții în digitalizare și infrastructură. Mecanism: Utilizarea alocărilor din PNRR (100 milioane euro pentru digitalizare), Programul Sănătate 2021–2027 și PNIIUS pentru proiecte de HIS integrat, echipamente medicale, reabilitare energetică și construcție/modernizare de clădiri. Condiții: unitate de implementare funcțională la nivelul MS, capacitate de pregătire a documentației tehnico-economice, managementul riscurilor de eligibilitate. Riscuri: întârzieri în absorbție (documentate deja pentru PNRR Sănătate), modificări legislative care afectează condiționalitățile proiectelor.

Opțiunea E — Contracte EPC/ESCO pentru reabilitare energetică. Mecanism: Compania ESCO investește în izolarea termică, schimbarea sistemelor de încălzire/răcire și instalarea de panouri fotovoltaice pe clădirile spitalicești; costul investiției se recuperează din economiile la facturile de energie, pe o perioadă de 7–15 ani. Spitalul nu suportă nicio plată în avans. Condiții: audit energetic prealabil, capacitate juridică a spitalului de a semna un contract pe termen lung, garanție a autorității tutelare. Riscuri: riscul de performanță energetică (transferat la ESCO prin contract), riscul de solvabilitate al ESCO pe termen lung.

6.3 Criterii de evaluare și compatibilitate cu România

Evaluarea compatibilității modelelor alternative cu contextul românesc utilizează șase criterii, derivate din analiza constrângerilor instituționale, normative și de capacitate identificate în Capitolele 4 și 5:

Criteriul 1 — Compatibilitatea normativă. Modelul poate fi implementat în cadrul legislativ existent (Legea 95/2006, OUG privind achizițiile publice, Legea 121/2014, Legea PPP nr. 233/2016) sau necesită modificări legislative majore? Cu cât modificările legislative necesare sunt mai extinse, cu atât orizontul de timp de implementare este mai lung și incertitudinea mai mare.

Criteriul 2 — Capacitatea instituțională minimă necesară. Modelul poate fi implementat cu resursele umane și sistemele informatice existente sau necesită investiții semnificative prealabile în capacitate? Modelele cu cerințe de capacitate ridicate (bundled payments, VBHC integral) sunt inaccesibile pe termen scurt în România, date fiind deficitele documentate de infrastructură IT clinică și de personal analitic specializat.

Criteriul 3 — Impactul estimat asupra sustenabilității financiare. Modelul reduce direct decalajul dintre venituri și cheltuieli (impact ridicat) sau generează beneficii indirecte sau pe termen lung (impact moderat sau redus pe termen scurt)? Reforma tarifelor DRG are cel mai ridicat impact direct și cel mai rapid, deoarece adresează cauza principală a deficitului de finanțare.

Criteriul 4 — Riscul fiscal. Modelul implică angajamente financiare ale statului pe termen lung (PPP DBFO, SIB cu risc guvernamental) sau nu creează angajamente contingente semnificative (EPC, fonduri europene, P4P)? Apetitul pentru angajamente fiscale pe termen lung este limitat în contextul deficitului bugetar structural al României.

Criteriul 5 — Acceptabilitatea politică și socială. Modelul poate fi introdus fără opoziție majoră din partea sindicatelor, asociațiilor profesionale medicale sau publicului larg? Modelele care implică privatizarea unor funcții percepute ca parte din „misiunea publică" a spitalului (PPP clinic) sau care presupun coplăți suplimentare (asigurări complementare) au un prag de acceptabilitate socială mai ridicat de gestionat.

Criteriul 6 — Scalabilitatea și transferabilitatea. Modelul poate fi extins de la câteva spitale-pilot la nivelul întregii rețele fără costuri de tranzacție prohibitive? Modelele care necesită contractare individualizată (bundled payments, PPP clinic) au scalabilitate limitată față de modelele sistemice (reforma DRG, fonduri europene).

6.4 Analiză comparativă (matrice) și scenarii de implementare

Tabelul 6.1 prezintă matricea comparativă a modelelor alternative de finanțare, evaluând fiecare model pe cinci dimensiuni relevante: impactul estimat asupra sustenabilității (1–5), fezabilitatea de implementare în România pe termen scurt și mediu (1–5), cerințele de capacitate administrativă (1=mică, 5=mare), orizontul de timp

necesar și riscul fiscal asociat. Evaluările sunt calitative, bazate pe sinteza literaturii internaționale și a analizei contextului românesc.

Tabelul 6.1. Matricea comparativă a modelelor alternative de finanțare spitalicească — evaluare multidimensională pentru contextul românesc

Model de finanțare	Impact sustenab. (1–5)	Fezabilitate RO (1–5)	Capacitate admin. necesară (1=mică; 5=mare)	Orizont de timp implementare	Risc fiscal (1=mic; 5=mare)	Exemplu european de referință
Reforma tarifelor DRG (actualizare pe baza contabilității analitice)	★★★★★ 5	★★★★☆ 4	★★★☆☆ 3	Scurt–mediu (1–3 ani)	★★☆☆☆ 2	Germania, Franța (GHM), Polonia (JGP)
Finanțarea bazată pe performanță (P4P / bonus-malus calitate)	★★★★☆ 4	★★★☆☆ 3	★★★★☆ 4	Mediu (3–5 ani)	★★☆☆☆ 2	Anglia (CQUIN), Olanda (Value-Based), Suedia
Plata pe episod de îngrijire (Bundled Payments)	★★★★☆ 4	★★☆☆☆ 2	★★★★★ 5	Lung (5–8 ani)	★★★☆☆ 3	SUA (BPCI Advanced), Olanda (DOT), Germania (pilot)
PPP pentru servicii non-clinice (imagistică, laborator, sterilizare)	★★★☆☆ 3	★★★☆☆ 3	★★★☆☆ 3	Mediu (2–5 ani)	★★☆☆☆ 2	Portugalia (Loures), Spania (Madrid), Italia (Lombardia)
PPP pentru infrastructură spitalicească nouă (DBFO)	★★★☆☆ 3	★★☆☆☆ 2	★★★★☆ 4	Lung (6–10 ani)	★★★★☆ 4	Marea Britanie (PFI), Portugalia (spitale noi)
Fonduri europene (PNRR, Programul Sănătate 2021–2027, PNIIUS)	★★★★★ 5	★★★★☆ 4	★★★★☆ 4	Scurt–mediu (1–5 ani)	★☆☆☆☆ 1	Toate statele membre UE; PNRR național 2021–2026
Contracte de performanță energetică / ESCO (pentru infrastructură existentă)	★★★☆☆ 3	★★★☆☆ 3	★★☆☆☆ 2	Scurt (1–3 ani)	★☆☆☆☆ 1	Austria, Cehia, Slovacia (economii 30–50% energie)
Asigurări complementare de sănătate (extindere rol finanțator)	★★★☆☆ 3	★★★☆☆ 3	★★★☆☆ 3	Mediu–lung (4–7 ani)	★★☆☆☆ 2	Franța, Olanda, Germania (Zusatzversicherung)

Obligațiuni de impact social (SIB) pentru programe preventive	★★☆☆☆ 2	★★☆☆☆ 2	★★★★★ 5	Lung (5–10 ani)	★★☆☆☆ 2	Marea Britanie (HMP Peterborough), SUA (Medicaid)

Notă la Tabelul 6.1: Scorurile reflectă evaluarea autorilor bazată pe sinteza literaturii internaționale și pe analiza constrângerilor specifice României (cadru normativ, capacitate instituțională, experiență precedentă). ★ = scor 1 (cel mai scăzut); ★★★★★ = scor 5 (cel mai ridicat). Modelele cu fond verde sunt recomandate pentru implementare prioritară; cele cu fond galben necesită investiții prealabile de capacitate; cele cu fond roșu au fezabilitate scăzută pe termen scurt.

Lectura matricei permite identificarea a trei grupuri de modele pentru contextul românesc:

Grupul prioritar (impact ridicat + fezabilitate ridicată): Reforma tarifelor DRG și fondurile europene. Ambele prezintă cel mai ridicat impact estimat (5/5) combinat cu fezabilitate bună (4/5) și riscuri fiscale scăzute. Acestea trebuie să constituie nucleul strategiei pe termen scurt.

Grupul de mediu termen (impact moderat + fezabilitate condiționată): P4P, PPP pentru servicii de suport, contractele EPC și asigurările complementare. Necesită investiții prealabile de capacitate sau ajustări normative moderate, dar sunt realizabile în orizontul de 3–7 ani.

Grupul de lung termen (impact potențial ridicat + fezabilitate scăzută pe termen scurt): Bundled payments, PPP DBFO și SIB. Necesită prerequisite instituționale substanțiale (IT clinic integrat, cadru legal adaptat, maturitate contractuală) și nu pot fi prioritizate înainte de consolidarea bazei din grupurile anterioare.

Tabelul 6.2. Scenarii de implementare a modelelor alternative de finanțare — orizonturi și impact estimat

Orizont	Modele prioritare recomandate	Condiții prealabile (pre-requisites)	Impact estimat pe RACV (la nivel de sistem)
SCURT (1–3 ani)	1. Reforma TCP / actualizare tarife DRG pe baza contabilității analitice de costuri 2. Fonduri europene (PNRR, Program Sănătate 2021–2027, PNIIUS) 3. Contracte EPC/ESCO pentru reabilitare energetică 4. Piloți	• Sistem standardizat de contabilitate analitică în spitale-pilot • Baza de date de costuri CNSISP funcțională • Cadrul legal EPC clarificat (Legea 121/2014 amendată) • Apeluri PNRR deschise și	Creștere estimată RACV cu +0,05–0,10 la nivel de sistem (pe baza reducerii decalajului TCP–cost cu 10–15%)

	P4P pentru 2–3 indicatori de calitate selectați	capacitate instituțională de absorbție	
MEDIU (3–7 ani)	5. Extindere P4P la nivel de sistem (integrare în contractul-cadru CNAS) 6. PPP pentru servicii de suport non-clinice (imagistică, laborator, sterilizare) în spitale mari 7. Extinderea asigurărilor complementare de sănătate 8. Reorganizare rețea spitalicească (reconversie spitale mici)	• Sistem IT clinic integrat (HIS) funcțional • Baze de date clinice pentru măsurarea calității • Cadrul legal PPP în sănătate adaptat specificului clinic • Reformă legislativă pentru asigurări complementare • Strategie națională de rețea spitalicească aprobată	Creștere estimată RACV cu +0,08–0,15 suplimentar față de scenariul scurt; reducere ponderea cheltuielilor de personal cu 2–4 pp prin PPP servicii suport
LUNG (7+ ani)	9. Bundled Payments pentru episoade de îngrijire definite (artroplastie, cardiologie intervențională) 10. Value-Based Healthcare matur (VBHC integral) 11. PPP DBFO pentru spitale noi în zone cu deficit de infrastructură 12. Pilot SIB pentru programe preventive cardiovasculare și diabet	• Capacitate analitică avansată (date individuale pe pacient, urmărire episod) • Maturitate instituțională CNAS și MS pentru contractare complexă • Piață de asigurări complementare matură • Sistem de sănătate ambulatoriu puternic (reducerea supraîncărcării spitalelor terțiare)	Potențial de reducere a costului per caz ponderat cu 10–20% (bundled); îmbunătățire mortalitate evitabilă; reducere DMS la media europeană (5,5 zile)

6.5 Estimări de impact și implicații de guvernanță

Estimările de impact ale modelelor prioritare, prezentate în Tabelul 6.2, sunt construite pe baza efectelor documentate în sisteme comparabile și adaptate la structura de cheltuieli și venituri identificată empiric în eșantionul de SCJU. Acestea au caracter ilustrativ, nu predictiv — scopul lor este de a orienta prioritizarea, nu de a substitui evaluarea riguroasă a impactului specifică fiecărui proiect.

Impactul reformei tarifelor DRG (Opțiunea A). O creștere a TCP cu 10% (de la 1.854 lei la ~2.040 lei, în cazul SCJU Bihor) ar genera, la un volum de 74.122 cazuri ponderate, venituri suplimentare de ~13,9 milioane lei/an pentru acest spital. La nivelul sistemului național (circa 3,5 milioane de cazuri DRG per an), o creștere de 10% a TCP echivalează cu un efort bugetar suplimentar de aproximativ 7–8 miliarde lei/an — un ordin de mărime care confirmă că reforma tarifară necesită o abordare progresivă, bazată pe date verificate de cost.

Impactul contractelor EPC (Opțiunea E). La cheltuieli cu energia și utilitățile estimate la 5–8% din total cheltuieli (40–70 milioane lei/an la un SCJU de dimensiunile celor din eșantion), o reducere de 40% prin EPC generează economii de 16–28 milioane lei/an per spital — suficiente pentru a cofinanța un program de modernizare a echipamentelor medicale sau pentru a reduce presiunea pe alte categorii de cheltuieli operaționale.

Impactul fondurilor europene (Opțiunea D). Digitalizarea unui spital mare (implementarea unui HIS integrat) costă, în funcție de complexitate, 5–20 milioane euro; economiile administrative estimate sunt de 8–12% din cheltuielile administrative anuale. La o valoare anuală a cheltuielilor administrative de ~50 milioane lei per SCJU mare, economiile post-digitalizare ar fi de 4–6 milioane lei/an — cu o perioadă de recuperare de 10–15 ani, acceptabilă în condițiile finanțării nerambursabile prin PNRR.

Implicațiile de guvernanță ale tranziției spre modele alternative de finanțare sunt substanțiale și trebuie gestionate explicit:

Implicația G1 — Necesitatea unui cadru de monitorizare și evaluare robust. Niciun model alternativ de finanțare nu poate funcționa fără un sistem de colectare, validare și raportare a datelor de performanță. Actuala asimetrie de transparență documentată între SCJU (un singur spital cu date complete din cinci analizate) trebuie corectată ca prerequisit, nu ca efect al reformei. Obligativitatea publicării anuale a rapoartelor de activitate dezagregate pe indicatorii Ord. 3626/2022 trebuie transformată dintr-o normă ignorată într-o condiție de contractare cu CNAS.

Implicația G2 — Capacitarea managementului spitalicesc. Trecerea de la managementul bugetar tradițional (execuția unui buget aprobat) la managementul bazat pe performanță (optimizarea raportului venituri–costuri–calitate) necesită competențe manageriale semnificativ mai ridicate. Programele de formare în management sanitar, cu accent pe contabilitate analitică, analiză financiară și managementul contractelor, trebuie să devină o componentă permanentă a strategiei de resurse umane din sistemul de sănătate.

Implicația G3 — Necesitatea secvențierii corecte a reformelor. Introducerea modelelor complexe (P4P, PPP, bundled payments) înaintea consolidării bazei (actualizarea tarifelor DRG, implementarea HIS, îmbunătățirea transparenței) este contraindicată: modelele avansate presupun că baza de date și capacitatea de contractare sunt deja funcționale. Secvențierea greșită a reformelor — un pattern frecvent în sistemele de sănătate în tranziție — explică parțial eșecurile reformelor anterioare din România (Vlădescu et al., 2016; OCDE, 2025).

Implicația G4 — Gestionarea riscului de capturare a reformei. Modelele de finanțare alternative, în special PPP și asigurările complementare, pot fi capturate de interese private în detrimentul misiunii publice a spitalelor, dacă nu există cadre riguroase de reglementare, conflicte de interese bine gestionate și capacitate de audit independent. Experiența negativă a unor PPP din Marea Britanie și Portugalia trebuie internalizată ca lecție de politică publică, nu ignorată în entuziasmul adoptării unor modele percepute ca moderne (NAO, 2018; Barros et al., 2019).

7. EFICIENTIZAREA CHELTUIELILOR OPERAȚIONALE ÎN SPITALELE PUBLICE

Capitolul de față tratează dimensiunea operațională a sustenabilității financiare — adică setul de intervenții la nivelul managementului intern al spitalului care pot reduce cheltuielile sau pot îmbunătăți raportul cost–calitate, independent de modificările modelului de finanțare. Deși eficientizarea operațională nu poate substitui, pe termen lung, o reformă structurală a finanțării (așa cum argumentează H2b), ea reprezintă marja de manevră imediată a managementului și condiția sine qua non pentru maximizarea efectului oricăror resurse suplimentare. Capitolul parcurge șapte domenii de eficientizare și se încheie cu sistemul de KPI și mecanismele de monitorizare recomandate.

7.1 Structura cheltuielilor operaționale (categorii principale)

Înțelegerea structurii cheltuielilor operaționale este punctul de plecare al oricărui program de eficientizare: nu se poate optimiza ceea ce nu este măsurat și clasificat corect. Tabelul 7.1 prezintă structura tipică a cheltuielilor operaționale pentru SCJU din România, pe baza datelor disponibile din eșantionul analizat, cu comparație față de intervalele de referință europene și cu tendința observată în perioada 2022–2024.

Tabelul 7.1. Structura cheltuielilor operaționale — SCJU România vs. referință europeană și tendințe 2022–2024

Categorie de cheltuieli	Pondere tipică SCJU RO (%)	Interval de referință EU/OCDE (%)	Tendință 2022→2024 (eșantion)	Principali factori de presiune
Personal (salarii, contribuții CAS, sporuri, gărzi)	64–67%	55–65%	↑ Crescătoare (+6–8 pp în 2 ani)	Legea salarizării 2017–2018; deficitul de personal → ore suplimentare; gărzi neacoperite → suprasolicitare
Medicamente (art. 20.04.01)	14–17%	12–18%	↑ Ușor crescătoare (+12–20% prețuri)	Inflație prețuri medicamente; creștere cazuistică oncologică și boli cronice; tarife DRG neindexate
Materiale sanitare (art. 20.04.02–04)	4–15%	10–15%	↑ Crescătoare (+8–12% prețuri)	Inflație; creștere volum chirurgical; achiziții fragmentate la prețuri mai mari; lipsă standarde consum
Servicii externalizate (curățenie, pază, catering, mentenanță)	4–8%	5–10%	↔ Stabilă sau ușor crescătoare	Contracte pe termen scurt → putere de negociere redusă; standarde de calitate insuficient definite în contracte
Energie și utilități (electricitate, gaze, apă, termoficare)	3–7%	3–6%	↑ Crescătoare (criza energetică 2021–23)	Infrastructură veche cu consum energetic de 2–3× standardul european; criza

				energetică 2021–2023; lipsa investițiilor în eficiență
Cheltuieli administrative și alte bunuri și servicii	2–5%	3–6%	↔ Stabilă	Documentație pe hârtie; procese administrative manuale; absența digitalizării administrative
Cheltuieli de capital (investiții)	< 3%	5–10%	↔ Insuficientă structural	Prioritizarea cheltuielilor curente față de investiții; absența mecanismelor de auto-finanțare a investițiilor

Lectura Tabelului 7.1 evidențiază trei dezechilibre structurale critice: (1) ponderea cheltuielilor de personal este la limita superioară a intervalului european și în creștere accelerată; (2) cheltuielile de capital sunt structural insuficiente (sub 3% față de optimul de 5–10%), alimentând o spirală de degradare a infrastructurii și creștere a costurilor de mentenanță; și (3) cheltuielile cu energia sunt disproporționat de ridicate față de benchmarkul european, reflectând vechimea și ineficiența clădirilor spitalicești. Aceste trei dezechilibre definesc prioritățile de eficientizare tratate în subcapitolele următoare.

7.2 Resurse umane: productivitate, programare, mix de competențe

Cheltuielile de personal reprezintă, în mod invariabil, cea mai mare categorie a cheltuielilor operaționale spitalicești — și, prin urmare, domeniul cu cel mai mare potențial absolut de economii, dar și cu cele mai ridicate riscuri dacă intervențiile sunt greșit calibrate. Eficientizarea cheltuielilor de personal nu înseamnă reducerea salariilor sau a numărului de angajați — aceasta ar agrava criza de personal deja documentată —, ci optimizarea structurii, programării și mixului de competențe.

Optimizarea mixului de competențe (skill mix). Standardele internaționale (OMS, 2022; Dubois et al., 2006) recomandă că multe sarcini actualmente efectuate de medici pot fi delegate în siguranță unor asistenți cu competențe extinse (nurse practitioners, physician assistants) sau personalului auxiliar specializat. La SCJU Bihor (2024), ponderea personalului medical cu studii superioare este de 49,72% din total personal medical — sub nivelul de 57,68% al SCJU Cluj (2022). O redistribuire mai eficientă a sarcinilor clinice ar reduce suprasolicitarea medicilor, costurile cu orele suplimentare și ar elibera timp pentru activități cu valoare clinică adăugată mai mare.

Optimizarea programării ture și gărzi. Sistemele de programare bazate pe analiza volumului de activitate pe ore și zile ale săptămânii (demand-based staffing) pot reduce costurile cu orele suplimentare și gărzile duble cu 5–10%, comparativ cu programarea tradițională fixă. Blocul operator este domeniul cu cel mai mare potențial: optimizarea programării intervențiilor chirurgicale (reducerea timpilor morți de sală, gruparea intervențiilor similare) poate crește utilizarea blocului operator de la 60–65% (nivelul tipic actual) la 80–85%, fără angajare de personal suplimentar.

Managementul absenteismului. Rata absenteismului în spitalele publice românești este semnificativ mai ridicată decât în sectorul privat, din cauza condițiilor de muncă mai dificile și a unui management al sănătății ocupaționale insuficient dezvoltat. Programe de prevenție a burnout-ului, de sprijin psihologic pentru personalul medical și de ergonomie organizațională pot reduce absenteismul cu 10–20%, cu impact direct asupra cheltuielilor cu suplinitorii și cu agențiile de personal temporar (Shanafelt et al., 2017).

7.3 Medicamente și dispozitive: politici, control, utilizare rațională

Medicamentele reprezintă a doua categorie ca pondere în cheltuielile totale (14–17% în eșantionul analizat) și prima categorie în care managementul intern poate genera economii rapid cuantificabile, fără impact negativ asupra calității clinice, prin intermediul politicilor de prescripție bazate pe dovezi și al sistemelor de control al consumului.

Formulare terapeutice și protocoale de prescripție. Adoptarea și monitorizarea respectării formularului terapeutic al spitalului — lista de medicamente aprobate pentru utilizare internă, cu genericele și biosimilarele echivalente — este cel mai eficient instrument de control al cheltuielilor farmaceutice. Studii din sisteme comparabile demonstrează că creșterea ratei de utilizare a genericelor (acolo unde nu există contraindicații clinice) de la 60% la 80% reduce cheltuielile cu medicamentele cu 8–15%, fără impact demonstrat asupra rezultatelor clinice (Farrar et al., 2010). În eșantionul analizat, SCJU Cluj (2022–2023) menține o pondere stabilă de ~16% cheltuieli medicamente, sugestiv pentru un management farmaceutic mai consistent.

Managementul stocurilor Just-In-Time (JIT) și sisteme WMS. Stocurile excesive de medicamente reprezintă capital imobilizat cu risc de expirare, în timp ce rupturile de stoc generează achiziții de urgență la prețuri majorate cu 20–40% față de prețul contractual. Implementarea unui sistem Warehouse Management System (WMS) integrat cu consumul secțional în timp real permite reducerea stocurilor medii cu 20–30% și a pierderilor prin expirare cu 40–60% (Kelle et al., 2012). La SCJU Bihor, cheltuielile agregate medicamente + materiale sanitare din finanțare proprie reprezintă ~172 milioane lei (2024) — un volum suficient de mare pentru a justifica investiția într-un sistem WMS profesional.

Raționalizarea utilizării dispozitivelor medicale de înaltă valoare. Dispozitivele implantabile (endoproteze, implanturi cardiace, stent-uri) reprezintă, la spitalele cu profil chirurgical complex, 30–40% din cheltuielile cu materialele sanitare. Standardizarea gamei de implanturi utilizate (reducerea numărului de referințe achiziționate), negocierea contractelor-cadru multianuale cu furnizorii și introducerea

tehnicilor de evaluare a raportului cost-eficacitate pentru dispozitive noi pot genera economii de 10–20% pe această categorie, fără compromiterea rezultatelor clinice.

7.4 Achiziții și lanț de aprovizionare: standardizare și optimizare

Achizițiile publice reprezintă una dintre cele mai frecvente surse de ineficiență și vulnerabilitate la corupție în spitalele publice românești. Reformarea proceselor de achiziție poate genera economii semnificative fără nicio modificare a modelului de finanțare.

Achizițiile centralizate la nivel județean sau regional. Gruparea achizițiilor mai multor spitale din același județ sau regiune permite negocierea unor prețuri mai bune prin volum consolidat. Experiența pilotului ONAC (Oficiul Național pentru Achiziții Centralizate) din România a demonstrat economii de 20–35% față de achizițiile individuale ale spitalelor pentru categorii de medicamente selectate (MS, 2023). Extinderea sistematică a achizițiilor centralizate la materiale sanitare, reactivi și servicii de laborator reprezintă un câștig rapid și scalabil.

Standardizarea specificațiilor tehnice. Specificațiile tehnice excesiv de restrictive în caietele de sarcini (care favorizează un singur furnizor) sunt o practică documentată în spitalele românești, cu efecte negative atât asupra prețului, cât și asupra concurenței. Introducerea de specificații funcționale (bazate pe performanța produsului, nu pe caracteristici specifice unui brand) și a sistemelor de evaluare multi-criteriu (nu doar cel mai mic preț) crește calitatea achizițiilor și reduce riscul de întrerupere a aprovizionării.

Contracte multianuale cu furnizori selectați. Acordurile-cadru multianuale (2–4 ani), permise de legislația achizițiilor publice, oferă furnizorilor predictibilitate (ceea ce reduce prima de risc inclusă în prețuri) și permit spitalelor să negocieze reduceri de volum. Comparativ cu licitațiile anuale, acordurile-cadru generează economii de 8–15% pe categoriile principale (Ministerul Finanțelor Publice, 2022).

7.5 Energie, utilități, mentenanță: eficiență și control

Cheltuielile cu energia și utilitățile au crescut dramatic în contextul crizei energetice din 2021–2023 și rămân o povară structurală pentru spitalele din clădiri vechi, ineficiente termic. Spre deosebire de cheltuielile de personal sau de medicamente — unde marja de reducere este limitată fără impact negativ —, cheltuielile energetice pot fi reduse cu 30–50% prin intervenții tehnice bine documentate, fără nicio deteriorare a calității serviciilor clinice.

Reabilitarea energetică a clădirilor (izolație termică, ferestre, acoperișuri). Intervenția cu cel mai mare impact și cea mai lungă durată de viață. La spitalele

construite înainte de 1990 — majoritare în rețeaua românească —, consumul specific de energie termică depășește frecvent 200 kWh/m²/an, față de un standard european modern de 60–80 kWh/m²/an. Reducerea la jumătate a consumului termic (prin izolare, înlocuirea ferestrelor și modernizarea sistemului de încălzire) generează economii de 15–25% din factura totală de energie, cu o perioadă de amortizare de 7–12 ani. Finanțarea prin contracte EPC/ESCO elimină nevoia de capital propriu.

Sisteme de monitorizare și management al consumului energetic (BEMS). Building Energy Management Systems (BEMS) — sisteme de control inteligent al iluminatului, temperaturii și echipamentelor tehnice — pot reduce consumul energetic cu 10–20% față de funcționarea fără automatizare, prin optimizarea utilizării în funcție de ocupare și orar. Investiția în BEMS este relativ redusă (50.000–200.000 euro pentru un spital mare) cu amortizare în 2–4 ani.

Panouri fotovoltaice și producție proprie de energie. Spitalele cu suprafețe mari de acoperiș disponibile pot genera 10–30% din necesarul electric anual prin panouri fotovoltaice, cu investiții finanțabile prin PNIIUS sau prin contracte EPC. Exemplele din Polonia și Cehia arată perioade de recuperare a investiției de 5–8 ani în condițiile prețurilor energetice actuale.

Mentenanța preventivă vs. corectivă. Trecerea de la mentenanța corectivă (intervenție după avarie) la mentenanța preventivă planificată reduce costurile totale de mentenanță cu 15–25% și elimină costurile indirect ale avariilor — întreruperea activității, urgențe, achiziții de înlocuire la prețuri ridicate. Implementarea unui sistem computerizat de management al mentenanței (CMMS) este prerequisit-ul tehnic al acestei tranziții.

7.6 Managementul capacității și al fluxurilor clinice

Managementul capacității spitalicești — utilizarea optimă a paturilor, blocurilor operatorii, laboratoarelor și cabinetelor — este domeniul cu cel mai direct impact asupra costului per caz și, prin urmare, asupra sustenabilității financiare în sistemul DRG.

Reducerea Duratei Medii de Spitalizare (DMS). DMS medie națională de 6,9 zile (INS, 2024) față de media europeană de 5,5 zile (OCDE, 2024) indică un potențial de reducere de 1–1,4 zile per caz la nivel național. La SCJU Bihor, DMS a scăzut de la 5,83 zile (2023) la 5,67 zile (2024) — deja sub media națională, dar cu potențial de reducere suplimentară la 5,2–5,5 zile (media DRG națională pe cazuri ponderate este de 5,28 zile conform Anexei 23A, Ord. MS/CNAS 1018/528/2025). Fiecare zi redusă din DMS la SCJU Bihor, cu 74.122 cazuri/an, echivalează cu ~74.000 zile de spitalizare economisite — la un cost de ~400–600 lei/zi, aceasta înseamnă 30–45

milioane lei potențial redirectionabili spre investiții sau spre reducerea presiunii bugetare.

Creșterea ponderii spitalizării de zi. SCJU Cluj-Napoca demonstrează că o pondere de 54% spitalizări de zi din totalul episoadelor este realizabilă la un spital terțiar de complexitate ridicată (ICC 2,22). La nivel național, media este de 30–40%. Conversia unor cazuri din spitalizare continuă în spitalizare de zi (chirurgie laparoscopică, anumite proceduri oncologice, endoscopii) reduce DMS medie, eliberează paturi pentru cazuri acute și reduce costul per episod cu 30–50% față de internarea continuă echivalentă.

Managementul listelor de așteptare și al programărilor. Listele de așteptare lungi pentru intervenții planificate sunt, paradoxal, un semnal de ineficiență operațională: ele reflectă o utilizare suboptimală a capacității disponibile (blocuri operatorii subutilizate în anumite perioade, suprasolicitate în altele) mai degrabă decât o capacitate fizică insuficientă. Sisteme informatice de programare inteligentă, cu alocare dinamică a sloturilor de bloc operator, pot crește utilizarea de la 60–65% la 80–85% fără investiții în infrastructură.

7.7 Digitalizare și automatizare: efecte asupra costurilor și controlului

Digitalizarea spitalelor publice are un dublu rol în eficientizarea cheltuielilor operaționale: (1) reduce direct costurile administrative și operaționale și (2) creează infrastructura de date necesară pentru monitorizarea și optimizarea tuturor celorlalte categorii de cheltuieli. Fără digitalizare, niciun alt program de eficientizare nu poate fi implementat și evaluat riguros.

Sistemul Informatic Spitalicesc integrat (HIS). Un HIS complet integrat — care conectează admiterea, prescripția, farmacia, laboratorul, imagistica, facturarea DRG și raportarea — reduce costurile administrative prin eliminarea documentației pe hârtie, automatizarea codificării DRG (reducând erorile și riscul de subdecontare), integrarea gestiunii stocurilor în timp real și accelerarea circuitului documentelor financiare. România alocă prin PNRR 100 milioane euro pentru digitalizarea a 60 de instituții publice de sănătate — o oportunitate unică pentru implementarea accelerată (MS, 2024).

Sisteme de distribuție automatizată a medicamentelor (ADS — Automated Dispensing Systems). Sistemele ADS (roboți de distribuție a medicamentelor la nivel de doze unitare) elimină erorile de medicație (estimate la 2–5% din prescripțiile manuale), reduc furturile și pierderile și eliberează 20–30% din timpul asistenților medicali dedicat preparării și distribuirii medicamentelor. Investiția tipică (200.000–

500.000 euro per sistem) se recuperează în 3–5 ani prin economiile la medicamente și prin reducerea evenimentelor adverse evitabile.

Inteligența artificială (AI) și analiza predictivă. Aplicații AI relevante pentru eficiența operațională a spitalelor: predicția cazurilor cu risc de readmisie la 30 de zile (permițând intervenții preventive mai ieftine decât reinternarea), optimizarea programării blocului operator prin algoritmi de alocare dinamică, detectarea timpurie a infecțiilor nosocomiale și alertarea automată a echipei de control al infecțiilor, și identificarea prescripțiilor inadecvate sau costisitoare față de alternativele echivalente. Bariera principală este disponibilitatea datelor clinice structurate — argument suplimentar pentru prioritizarea implementării HIS.

Telemedicina ca instrument de descongestionare. Consultațiile de control post-externare efectuate prin telemedicină (video) reduc prezentările fizice la ambulatoriu cu 20–40% pentru patologiile cronice stabile, eliberând capacitate pentru cazuri noi și reducând costurile de transport al pacienților din zone rurale. România alocă 400 milioane euro prin PNRR pentru eHealth și telemedicină (MS, 2024) — finanțare suficientă pentru a crea infrastructura națională necesară.

7.8 KPI, guvernanță și mecanisme de monitorizare

Eficientizarea cheltuielilor operaționale nu este un proiect cu termen fix, ci un proces continuu de management bazat pe măsurare, analiză și corecție. Fără un sistem funcțional de indicatori cheie de performanță (KPI), monitorizare periodică și mecanisme de responsabilizare a managementului, orice intervenție de eficientizare riscă să producă îmbunătățiri temporare urmate de o revenire la status quo.

Tabelul 7.2. Sistemul de KPI pentru monitorizarea eficienței operaționale — domenii, indicatori, frecvență și responsabilitate

Domeniu / Categorie	KPI recomandat	Formulă / Sursă	Frecvență monitorizare	Responsabil & instrument de raportare
PERSONAL	% cheltuieli personal / total cheltuieli (%CP) Productivitate medic (externați/medic/an) Rata absenteismului (%)	Ch.personal / Ch.totale × 100 Externați / Nr.medici Zile absențe / Zile lucrătoare × 100	Lunar (alert >68%) Trimestrial Lunar	Director economic + Director medical Sistem HIS / raport de activitate Serviciu Resurse Umane
MEDICAMENTE	% cheltuieli medicamente / total (%CM) Cost medicament per caz externat Rata de conformitate cu protocoalele terapeutice (%)	Ch.medicamente / Ch.totale × 100 Ch.medicamente / Nr.externați Retete conforme / Total rețete × 100	Lunar Trimestrial Semestrial	Director medical + Farmacist șef Sistem de gestiune farmacie (WMS) Comisia de farmacovigilență

MATERIALE SANITARE	Cost materiale sanitare per caz DRG Rata de conformitate cu standardele de consum Valoare stoc expirat / Total stoc (%)	Ch.mat.san. / Nr.cazuri DRG Consum real / Standard aprobat × 100 Valoare expirate / Valoare totală stoc × 100	Trimestrial Lunar (pe secție) Semestrial	Director îngrijiri + Asistente șefe Sistem WMS / fișă consum secție Comisia de inventar
ENERGIE ȘI UTILITĂȚI	Consum specific energie (kWh/m²/an) Cheltuieli energie / total cheltuieli (%) Economii față de baseline (%)	Contor inteligent / suprafață utilă Ch.energie / Ch.totale × 100 (Consum baseline – Consum actual) / Baseline × 100	Lunar Lunar Anual (raport EPC)	Responsabil tehnic / Administrator Contor inteligent + factoring Raport ESCO (dacă contract EPC)
CAPACITATE & FLUXURI CLINICE	DMS (zile) Rata de utilizare a paturilor (%RUP) Rata de conversie spitalizare zi (%)	Zile spitalizare / Externați Zile efective / (Paturi × 365) × 100 Spitalizări zi / (Continuă + Zi) × 100	Lunar Lunar Trimestrial	Director medical + Medici șefi secție Biroul de Statistică Medicală Consiliul Medical
CALITATE & SIGURANȚĂ	Rata mortalitate intraspitalicești (%) Rata IAS (%) Satisfacție pacienți (% mulțumiți) Nr. reclamații / 1.000 pacienți	Decese / Externați × 100 Cazuri IAS / Internați × 100 Chestionare externare (min. 100/trim.) Reclamații / Externați × 1.000	Lunar Trimestrial (PPS semestrial) Trimestrial Lunar	Comisia de calitate / Manager Raport INSP / CNSISP Chestionar standardizat MS Registru reclamații
FINANCIAR SINTETIC	RACV (Rata de Acoperire a Cheltuielilor din Venituri) Execuție bugetară (%EB) Datorii restante > 90 zile (mii lei)	Venituri totale / Cheltuieli totale Ch.efective / Ch.aprobate × 100 Suma datorii restante > 90 zile	Lunar Lunar Lunar (alert legal)	Director economic + Manager Contabilitate + MFP Contabilitate (raport trimestrial MFP)

Dincolo de KPI individuali, eficientizarea operațională durabilă necesită trei condiții de guvernanță:

Condiția G1 — Tablou de bord managerial integrat. Toți KPI din Tabelul 7.2 trebuie disponibili în format consolidat pentru managementul de vârf al spitalului (manager, director medical, director economic) în timp real sau cu latență de maximum o lună. Accesul selectiv la informație — în care departamentele au date despre propria activitate, dar managementul nu are o vedere de ansamblu — este una dintre cauzele principale ale întârzierii deciziilor corective în spitalele românești.

Condiția G2 — Ședințe lunare de analiză a performanței financiare și operaționale. O ședință lunară de analiză (manager + directorii funcționali + medici

șefi de secție) în care se revizuiesc sistematic indicatorii, se identifică abaterile semnificative și se decid acțiunile corective este mecanismul organizațional fundamental al managementului bazat pe performanță. Această practică, standard în sectorul privat și în spitalele bine conduse din Europa, este sporadic implementată în spitalele publice românești.

Condiția G3 — Raportare publică anuală dezagregată. Publicarea anuală a indicatorilor de performanță financiară și operațională — inclusiv a deviațiilor față de țintele asumate și a explicațiilor pentru acestea — nu este doar o obligație de transparență față de autoritatea tutelară și față de cetățeni, ci și un mecanism puternic de responsabilizare internă. Experiența SCJU Cluj-Napoca demonstrează că transparența publică voluntar extinsă față de minimul normativ corelează cu performanța superioară pe toate dimensiunile analizate.

Sinteza Capitolului 7 poate fi formulată concis: eficientizarea operațională a spitalelor publice din România nu necesită resurse suplimentare semnificative — necesită în principal schimbări de procese, instrumente de măsurare și voință managerială. Intervențiile cu cel mai bun raport impact/efort pe termen scurt sunt: optimizarea mixului de competențe, protocoalele de prescripție bazate pe dovezi, achizițiile centralizate și contractele EPC pentru eficiență energetică. Intervențiile cu impact strategic pe termen mediu-lung sunt: implementarea HIS, managementul capacității clinice și reducerea DMS prin protocoale. Toate aceste intervenții sunt cuantificabile prin sistemul de KPI propus în Tabelul 7.2 și integrabile în cadrul unitar prezentat în Capitolul 8.

8. ANALIZĂ INTEGRATĂ ȘI PROPUNERE DE CADRU DE LUCRU

Capitolele anterioare au tratat separat cele două dimensiuni ale problemei de cercetare: modelele alternative de finanțare (Cap. 6) și mecanismele de eficientizare operațională (Cap. 7). Capitolul de față le integrează într-un cadru unitar de analiză și acțiune, articulând explicit relația dintre stimulentele de finanțare și comportamentul operațional, propunând un model conceptual original, un instrument practic de prioritizare, un ghid de implementare etapizat și o analiză a riscurilor. Această sinteză constituie contribuția propozitivă centrală a lucrării.

8.1 Alinierea stimulentelor: finanțare vs. eficiență operațională

Una dintre concluziile fundamentale ale analizei empirice și ale revizuirii literaturii este că modelul de finanțare și eficiența operațională nu sunt dimensiuni independente — ele sunt conectate printr-un sistem de stimulente care determină ce comportamente sunt recompensate și ce comportamente sunt penalizate la nivel organizațional. Înțelegerea acestor conexiuni este condiția sine qua non a oricărei strategii de reformă eficiente.

Stimulentul central al sistemului DRG: DRG plătește per caz rezolvat, indiferent de costul real al acelui caz (atât timp cât costul depășește tariful, spitalul suportă diferența). Aceasta creează un stimulent puternic pentru creșterea volumului de cazuri și pentru reducerea duratei de spitalizare (reducerea DMS). Este un stimulent pozitiv pentru eficiența operațională — dar numai dacă tarifele sunt calibrate corect. Când tariful este sistematic sub cost (cum demonstrează cazul TCP SCJU Bihor), stimulentul se inversează: creșterea volumului agravează deficitul, iar managementul este obligat să se concentreze pe supraviețuire bugetară, nu pe optimizare.

Dezalinierea stimulentelor în sistemul românesc: Analiza empirică identifică trei dezalinieri majore de stimulente: (1) TCP subdimensionat penalizează spitalele care tratează cazuri cu adevărat complexe și cu costuri ridicate față de medie; (2) finanțarea separată a PNS creează asimetrii între spitale cu profil oncologic / boli rare față de cele cu profil generalist, independent de eficiența managementului; și (3) absența oricărei componente de performanță în contractul CNAS înseamnă că un spital cu mortalitate scăzută și satisfacție ridicată a pacienților primește exact același tarif ca un spital cu performanță clinică slabă — eliminând stimulentul pentru investiția în calitate.

Principiul de aliniere propus: Un cadru de finanțare aliniat cu eficiența operațională trebuie să îndeplinească simultan trei condiții: (a) tarifele de bază să acopere costul mediu real verificat al serviciilor (reforma DRG prin contabilitate analitică); (b) o componentă variabilă să recompenseze performanța superioară față de medie pe indicatori de calitate și eficiență verificabili (P4P); și (c) o componentă de investiție să

susțină modernizarea capacității pentru generarea de beneficii pe termen lung (accesul la fonduri europene și EPC). Acest principiu trifocal stă la baza modelului propus în secțiunea 8.2.

8.2 Modelul propus: componente, variabile, relații

Modelul integrat propus — denumit Modelul de Sustenabilitate Financiară Trifocal (MSFT) — articulează relațiile cauzale dintre nivelurile macro, mezo și micro ale sistemului spitalicesc, pornind de la cadrul trifocal introdus în Capitolul 3 și îmbogățit cu rezultatele analizei empirice și ale scoping review-ului.

MSFT este structurat pe trei componente:

Componenta 1 — Finanțarea adecvată (FA). Variabila independentă principală: raportul dintre TCP real și costul mediu verificat per caz ponderat (Δ TCP). FA ≥ 1 (TCP acoperă costul real) este condiția necesară pentru ca celelalte componente să funcționeze. FA < 1 creează un deficit structural care neutralizează orice câștig de eficiență operațională pe termen mediu. Vectorii de acțiune: reforma tarifelor DRG, fonduri europene, PPP servicii suport.

Componenta 2 — Eficiența operațională (EO). Variabila mediator: setul de practici manageriale care optimizează utilizarea resurselor disponibile. EO se măsoară prin: DMS (față de referință DRG națională), %CP (față de pragul critic 70%), rata achizițiilor centralizate, rata utilizării genericelor, consumul energetic specific. Vectorii de acțiune: toate intervențiile din Capitolul 7, cu prioritizarea conform Grupului A din matricea de decizie (8.3).

Componenta 3 — Calitatea și accesibilitatea (CA). Variabila de rezultat și de feedback: calitatea îngrijirilor și accesibilitatea serviciilor. CA se măsoară prin: rata mortalității ajustate, rata IAS, satisfacția pacienților, DMS ajustată ICC. CA retroacționează asupra FA (prin mecanismul ROQ: calitate mai bună → mai puține complicații și readmisii → costuri mai mici → sustenabilitate îmbunătățită) și asupra EO (calitate mai bună → atragerea mai multor cazuri complexe și a finanțărilor de performanță → resurse mai mari pentru investiții în eficiență).

Relațiile dintre componente sunt non-liniare și condiționare reciproc: FA insuficientă blochează îmbunătățirile EO pe termen lung; EO slabă risipește resursele generate de FA adecvată; CA slabă erodează atât FA (pierderea de pacienți și finanțare) cât și EO (complicații evitabile generează costuri suplimentare). Intervenția optimă trebuie să acționeze simultan pe cel puțin două componente — de unde necesitatea abordării integrate, nu a reformelor izolate pe o singură dimensiune.

Ipotezele lucrării pot fi reformulate în termenii MSFT: H1 — FA actuală este inadecvată (TCP sub cost real); H2a — EO mai ridicată ameliorează CA; H2b — EO nu poate compensa FA inadecvată pe termen mediu; H3a — diversificarea surselor de FA (venituri proprii, fonduri europene) crește reziliența; H4a — FA este distribuită inechitabil între spitale cu profiluri similare de cazuistică.

8.3 Instrument practic: matricea de decizie / prioritizare intervenții

Matricea de decizie din Tabelul 8.1 ierarhizează intervențiile de eficientizare operațională (din Capitolul 7) și de reformă a finanțării (din Capitolul 6) pe baza a trei criterii: impactul financiar estimat (1–5), viteza de generare a efectelor (1–5) și fezabilitatea organizațională în contextul spitalelor publice românești (1–5). Scorul de prioritate se calculează ca medie geometrică ponderată: (Impact × Viteză × Fezabilitate) / 5. Intervențiile sunt grupate în trei clase de prioritate.

Tabelul 8.1. Matricea de decizie pentru prioritizarea intervențiilor — scor compozit și grupare strategică

Intervenție de eficientizare	Impact financiar estimat (1=mic; 5=mare)	Viteză de generare efecte (1=lent; 5=rapid)	Fezabilitate organizațională (1=dificilă; 5=ușoară)	Scor Prioritate (I×V×F)/5	Categorie cheltuieli impactată
GRUP A — PRIORITATE RIDICATĂ (Scor ≥ 10)					
Actualizarea TCP prin contabilitate analitică de costuri (pilot 10 spitale)	★★★★★ 5	★★★☆☆ 3	★★★★☆ 4	12,0	Toate categoriile (efect sistemic)
Achizițiile centralizate medicamente și materiale sanitare (ONAC / CJ)	★★★★☆ 4	★★★★☆ 4	★★★★☆ 4	12,8	Medicamente (20–35% economii) Materiale sanitare
Contracte EPC/ESCO pentru reabilitare energetică	★★★☆☆ 3	★★★★☆ 4	★★★★☆ 4	9,6	Energie și utilități (30–50% economii)
Formulare terapeutice și protocoale de prescripție (generice / biosimilare)	★★★★☆ 4	★★★★☆ 4	★★★☆☆ 3	9,6	Medicamente (8–15% economii)
Reducerea DMS prin protocoale clinice și planificare externare	★★★★☆ 4	★★★☆☆ 3	★★★☆☆ 3	7,2	Cost per caz (0,5–1,5% economii/zi redusă)
GRUP B — PRIORITATE MEDIE (Scor 5–9,9)					

Implementare HIS integrat (finanțat PNRR)	★★★★☆ 4	★★☆☆☆ 2	★★★☆☆ 3	4,8	Administrative (8–12%) Medicamente (erori evitate) DRG (codificare corectă)
Optimizarea mixului de competențe (skill mix) și programarea inteligentă a turelor	★★★☆☆ 3	★★★☆☆ 3	★★★☆☆ 3	5,4	Personal (5–10% economii ore suplimentare)
Creșterea ponderii spitalizării de zi (conversie cazuri eligibile)	★★★★☆ 4	★★☆☆☆ 2	★★☆☆☆ 2	3,2	Cost per caz (30–50% față de spitalizare continuă)
Mentenanță preventivă planificată (CMMS)	★★☆☆☆ 2	★★★☆☆ 3	★★★☆☆ 3	3,6	Mentenanță (15–25% economii)
GRUP C — PRIORITATE LUNGĂ DURATĂ (Scor < 5 sau fezabilitate condiționată)					
Sisteme ADS (distribuție automată medicamente)	★★★☆☆ 3	★★☆☆☆ 2	★★☆☆☆ 2	2,4	Medicamente (erori evitate, furt)
PPP pentru servicii de suport non-clinice (imagistică, laborator)	★★★☆☆ 3	★★☆☆☆ 2	★★☆☆☆ 2	2,4	Servicii suport (15–20% economii operaționale)
Introducerea P4P / bonus-malus calitate în contractul CNAS	★★★★☆ 4	★★☆☆☆ 2	★★☆☆☆ 2	3,2	Efect sistemic indirect (stimulente)

Notă metodologică: Scorurile sunt evaluări calitative ale autorilor, bazate pe sinteza literaturii internaționale și pe analiza contextuală a eșantionului de SCJU. Valorile numerice nu au precizie statistică, ci valoare de orientare pentru prioritizare. Managerii de spital care utilizează matricea pot recalibra scorurile de fezabilitate în funcție de situația organizațională specifică.

Interpretarea matricei conduce la trei concluzii operaționale: (1) Achizițiile centralizate sunt intervenția cu cel mai ridicat scor compozit — impact ridicat, rapidă și fezabilă fără modificări majore de sistem; (2) Reforma tarifelor DRG are cel mai ridicat impact individual, dar necesită voință instituțională la nivel de sistem (CNAS + MS), nu doar la nivel de spital; (3) Intervențiile din Grupul C nu trebuie abandonate, ci planificate după consolidarea bazei din Grupurile A și B.

8.4 Ghid de implementare etapizat (roadmap) pentru spitale publice

Roadmap-ul din Tabelul 8.2 traduce matricea de decizie într-un plan de implementare structurat pe patru etape, acoperind un orizont de 7+ ani. Etapele sunt definite astfel

încât fiecare să creeze prerequisites pentru etapa următoare — respectând principiul secvențierii corecte a reformelor identificat ca risc de guvernanță în Capitolul 6.

Tabelul 8.2. Roadmap de implementare — patru etape, acțiuni prioritare, livrabile și resurse

Etapă / An	Acțiuni prioritare	Livrabile / Rezultate măsurabile	Resurse și responsabilitate
ETAPA 1 Anul 1	1. Audit financiar și operațional complet (structura cheltuielilor pe articole bugetare, KPI de bază) 2. Lansarea procedurii de achiziție centralizată pentru medicamente și materiale sanitare (CJ sau ONAC) 3. Audit energetic și identificarea proiectelor EPC eligibile 4. Publicarea primului raport anual de activitate dezagregat (toți indicatorii Ord. 3626/2022)	• Baza de date KPI funcțională • Contract cadru achiziții centralizate semnat • Raport audit energetic finalizat • Raport anual public publicat	Responsabil: Manager + Director economic Surse: Buget propriu (audit) + PNRR (digitalizare) Partener: CNSISP pentru validarea KPI
ETAPA 2 Anii 2–3	5. Implementarea HIS integrat (cu modulele: admitere, farmacie, laborator, facturare DRG) 6. Semnarea contractelor EPC/ESCO și demararea lucrărilor de reabilitare energetică 7. Adoptarea formularului terapeutic și a protocoalelor de prescripție bazate pe dovezi 8. Lansarea pilotului de reducere DMS: implementarea protocoalelor de externare accelerată pe 3–5 specialități	• HIS în producție pentru min. 80% din secții • Consum energetic redus cu 15–25% • Rata generice crescută cu min. 15 pp • DMS redus cu 0,3–0,5 zile față de baseline	Responsabil: Director medical + IT Surse: PNRR (100 mil. euro digitalizare) + EPC (fără capital propriu) Partener: ESCO contractat, furnizor HIS
ETAPA 3 Anii 4–6	9. Extinderea spitalizării de zi la min. 45% din total episoade (față de ~30% actual) 10. Introducerea componentei P4P în contractul CNAS (negociere cu MS și CNAS) 11. Pilotul PPP pentru un serviciu de suport (imagistică sau laborator) 12. Implementarea telemedicinei pentru controlul pacienților cronici (cardiovascular, diabet)	• Pondere spitalizare zi ≥ 45% • Contractul P4P semnat și operațional • PPP pilot funcțional, economii documentate • Min. 20% din controalele cronice prin telemedicină	Responsabil: Manager + Consiliu de Administrație Surse: P4P (bonusuri din CNAS) + PPP (investiție privată) Partener: CNAS, autoritate tutelară, operator privat
ETAPA 4 Anii 7+	13. Bundled payments pilot pentru 2–3 condiții (artroplastie, cardiologie intervențională) 14. VBHC matur: indicatori de rezultat clinic integrați în contractul	• RACV ≥ 1,05 (față de <1,00 la start) • %CP ≤ 62% (față de ~66% la start) • DMS ≤ 5,3 zile (media DRG națională) •	Responsabil: Manager + MS + CNAS Surse: Fonduri proprii consolidate + fonduri europene 2028–2034 Evaluare: Audit extern independent anual

	CNAS 15. Evaluarea sustenabilității financiare și decizia privind extinderea modelelor PPP 16. Publicarea raportului de impact al programului de eficientizare (comparație față de baseline)	Satisfacție pacienți ≥ 90%	

Câteva principii transversale ghidează implementarea la toate etapele:

Principiul „câștigurilor rapide" (quick wins). Fiecare etapă trebuie să includă cel puțin o intervenție cu efecte vizibile în 6–12 luni (achizițiile centralizate, formularul terapeutic, raportul public anual) — pentru a menține angajamentul instituțional și credibilitatea programului față de personalul și față de autoritățile tutelare.

Principiul complementarității surselor de finanțare. Intervențiile din roadmap sunt structurate astfel încât să utilizeze surse diferite și complementare: fonduri europene nerambursabile pentru investiții de capital, contracte EPC fără capital propriu pentru eficiența energetică, economii generate de achizițiile centralizate pentru cofinanțarea digitalizării, și eventuale bonusuri P4P pentru fondul de rezervă.

Principiul monitorizării continue și al corecției rapide. Indicatorii din Tabelul 7.2 (KPI) trebuie monitorizați lunar și raportați trimestrial Consiliului de Administrație și autorității tutelare. Orice deviere semnificativă față de țintele asumate declanșează automat o procedură de analiză și corecție — nu așteptarea evaluării anuale a managerului.

8.5 Analiza riscurilor și măsuri de mitigare

Orice program complex de reformă implică riscuri — de implementare, de context extern și de guvernanță. Tabelul 8.3 identifică șapte riscuri principale, le evaluează pe o scală simplă de probabilitate și impact (Scăzut/Mediu/Ridicat), calculează un scor compozit (1–9) și propune măsuri concrete de mitigare. Scopul nu este eliminarea riscurilor — imposibilă în orice reformă instituțională —, ci gestionarea lor proactivă.

Tabelul 8.3. Analiza riscurilor programului de eficientizare și reformă a finanțării spitalicești

Risc identificat	Probabilitate (M/R/S)	Impact (M/R/S)	Scor risc	Măsuri de mitigare
Rezistența la schimbare a personalului medical și administrativ	Ridicată	Medie	6	Plan de comunicare internă; implicarea medicilor șefi de secție în designul protocoalelor; formare managerială; alocare clară a responsabilităților și a recompenselor pentru atingerea țintelor

Capacitate instituțională insuficientă pentru implementarea proiectelor PNRR (risc de neabsorbție)	Ridicată	Ridicată	9	Unitate de implementare proiecte dedicată (UIP), cu personal cu experiență în proiecte europene; externalizarea managementului de proiect dacă resurse interne insuficiente; calendar realist cu marje de risc explicite
Eșecul pilotului de achiziții centralizate (rezistența autorităților locale sau a furnizorilor)	Medie	Medie	4	Pilotare pe categorii cu volum ridicat și furnizori multipli; implicarea ONAC ca entitate coordonatoare; clauze contractuale clare pentru neperformanță; plan B (achiziții grupate la nivel de CJ dacă centralul eșuează)
Riscul de capturare a reformei de interese private (în PPP și achiziții)	Medie	Ridicată	6	Audit extern independent anual; publicarea contractelor PPP în format deschis; conflicte de interese gestionate prin declarații și monitorizare ANAP; implicarea societății civile în monitorizare
Revenirea la status quo după schimbarea managementului spitalicesc	Medie	Medie	4	Instituționalizarea KPI în contractul de management al directorului (Ord. 3626/2022); publicarea rapoartelor anuale ca obligație contractuală; construirea capacității interne (nu dependente de persoane), prin proceduri documentate și sisteme IT
Deteriorarea calității clinice în urma reducerii DMS (externări premature)	Scăzută	Ridicată	3	Monitorizarea lunară a ratei de readmisie la 30 de zile și a mortalității post-externare; protocol clar de externare condiționat de criterii clinice, nu de criterii administrative de ocupare a paturilor; audit clinic trimestrial al externărilor anticipate
Creșterea cheltuielilor de personal prin majorări legislative ulterioare neprevăzute	Ridicată	Ridicată	9	Negocierea ajustării simultane a TCP la orice majorare salarială legislativă (condiționare bugetară explicită); constituirea unui fond de rezervă din economiile generate de intervențiile de eficientizare; planificarea financiară multianuală (3 ani), nu exclusiv anuală

Notă la Tabelul 8.3: M = Medie; R = Ridicată; S = Scăzută. Scorul compozit: Probabilitate × Impact pe scala 1–3, unde 1=Scăzut, 2=Mediu, 3=Ridicat. Scor 1–3 = risc redus; 4–6 = risc moderat (monitorizare activă); 7–9 = risc ridicat (plan de contingență obligatoriu).

Cel mai important risc sistemic — majorările salariale legislative neprevăzute (scor 9) — este, paradoxal, cel mai puțin controlabil de managementul spitalicesc. Acesta subliniază că sustenabilitatea financiară a spitalelor publice este în ultimă instanță o problemă de politică publică națională, nu exclusiv de management instituțional. Reforma tarifelor DRG concomitent cu orice nouă majorare salarială legislativă trebuie să devină un principiu de politică fiscală, nu o excepție negociată de la caz la caz.

Sinteza Capitolului 8 poate fi formulată în trei propoziții: (1) Sustenabilitatea financiară a spitalelor publice necesită intervenții simultane pe trei componente — finanțare adecvată, eficiență operațională și calitate a îngrijirilor —, nu reforme izolate pe o singură dimensiune. (2) Matricea de decizie și roadmap-ul propus furnizează instrumentele practice pentru prioritizarea și secvențierea intervențiilor, calibrate pe contextul specific al spitalelor publice românești mari. (3) Gestionarea riscurilor, cu prioritate absolută pentru riscul de majorări salariale necorelate cu reformele de finanțare și pentru riscul de neabsorbție a fondurilor europene, este condiția de succes a oricărui program de reformă.

9. DISCUȚII

Capitolul de față interpretează critic rezultatele lucrării în raport cu obiectivele și ipotezele de cercetare, le compară cu literatura internațională și cu experiența altor sisteme de sănătate, derivă implicațiile pentru politicile publice și managementul spitalicesc și identifică direcțiile prioritare pentru cercetarea viitoare. Discuțiile nu repetă concluziile descriptive din capitolele anterioare, ci le evaluează din perspectiva semnificației, a limitelor și a potențialului de generalizare.

9.1 Interpretarea rezultatelor în raport cu obiectivele și ipotezele

Raportând rezultatele la cele patru ipoteze de lucru formulate în Capitolul 1, tabloul empiric este în mare măsură consistent cu așteptările teoretice, cu nuanțe importante impuse de limitările de date.

H1 — Decalajul structural TCP–cost real: confirmată empiric. TCP-ul SCJU Bihor (1.854 lei în 2024) este cu 13,5% sub media eșantionului și insuficient față de un cost real estimat superior. Faptul că cheltuielile de personal ale aceluiași spital ating 66,47% din total — apropiindu-se de pragul critic de 70% —, în condițiile unui volum de activitate în creștere și a unui ICC de 2,20, confirmă că nu ineficiența managementului, ci subfinanțarea structurală este cauza principală a presiunii bugetare. Rezultatele sunt consistente cu concluziile analizei ASE + Regina Maria (2025), care documentează la nivel național că tarifele pe servicii sunt subdimensionate față de costurile efective. Confirmarea H1 subliniază că niciun program de eficientizare operațională nu poate, singur, să rezolve o problemă de finanțare structurală — ceea ce validează premisa integratoare a MSFT.

H2a — Eficiența operațională și performanța financiară: confirmată parțial. SCJU Cluj-Napoca, cu ICC 2,22 (cel mai ridicat din eșantion), mortalitate 1,78% (cea mai scăzută), satisfacție pacienți 97,96% și DMS în scădere, demonstrează că eficiența operațională și calitatea clinică sunt corelate pozitiv și pot coexista cu o situație financiară mai bună decât media eșantionului. Totuși, confirmarea deplină a H2a este limitată de faptul că și SCJU Cluj resimte presiunea salarială crescândă (65,21% în 2023 față de 58,34% în 2022) și o execuție bugetară în scădere (76% în 2023) — semn că eficiența operațională, oricât de ridicată, nu poate compensa pe termen lung o creștere salarială legislativă necorelată cu reforma tarifară.

H2b — Limitele eficientizării interne în absența reformei de finanțare: confirmată. Cazul SCJU Bihor este ilustrativ: spitalul a redus DMS (5,83 → 5,67 zile), a crescut volumul de activitate și rata de utilizare a paturilor, dar TCP-ul rămâne cel mai mic din eșantion și ponderea cheltuielilor de personal continuă să crească. Eficientizarea operațională generează câștiguri reale, dar insuficiente pentru a compensa decalajul

structural de finanțare — ceea ce validează H2b și justifică prioritizarea reformei tarifelor DRG în Grupul A al matricei de decizie.

H3a — Reziliența financiară și diversificarea veniturilor: confirmată la SCJU Constanța. SCJU Constanța (2023), cu o pondere a veniturilor proprii de 35,89% — cea mai ridicată din eșantion pentru care există date —, prezintă o situație financiară relativ mai echilibrată decât sugerează nivelul TCP, ilustrând că diversificarea surselor de venit contribuie la reziliență. Limitele interpretării: clasificările contabile diferite între spitale (incluzând sau excluzând subvențiile FNUASS din categoria „venituri proprii") fac comparațiile directe dificile fără standardizare prealabilă.

H4a — Disparitățile regionale de finanțare: puternic confirmată. Variația ICC de la 1,57 (SCJU Constanța) la 2,25 (SCJU Târgu Mureș) — o diferență de 43% — nu poate fi explicată exclusiv prin diferențe de calitate a managementului sau de eficiență operațională. Ea reflectă structuri diferite ale populației deservite, profiluri de specializare distincte și, posibil, practici diferite de codificare DRG. Faptul că această variabilitate nu este reflectată corespunzător în TCP-urile negociate este o formă de inechitate structurală de finanțare, documentată empiric pentru prima dată la nivelul unui eșantion de SCJU reprezentative.

9.2 Compararea cu literatura și explicații alternative

Rezultatele lucrării sunt în mare măsură consistente cu literatura internațională, cu câteva nuanțe și divergențe relevante.

Consistența cu literatura privind decalajul TCP–cost real. Problema tarifelor DRG subdimensionate nu este specifică României. Studii din Polonia (Kozierkiewicz și Klich, 2020), Ungaria (Szócska et al., 2018) și Bulgaria (Koulaksazov et al., 2018) documentează fenomene similare în sisteme de asigurări sociale de sănătate din Europa Centrală și de Est, caracterizate prin aceleași presiuni: creșteri salariale legislative rapide necorelate cu actualizarea tarifelor, infrastructură veche și capacitate administrativă limitată pentru implementarea reformelor sistemice. Această convergență regională sugerează că problema nu este specifică deficiențelor de management românesc, ci structurii sistemice a tranziției post-comuniste a sistemelor de sănătate.

Nuanțe față de literatura privind eficiența operațională și calitatea. Literatura internațională (Harber et al., 2024; MDPI, 2023) documentează o relație pozitivă robustă între performanța financiară a spitalului și calitatea clinică (mecanismul ROQ). Rezultatele prezentei lucrări confirmă parțial această relație — SCJU Cluj demonstrează că eficiența și calitatea pot coexista —, dar adaugă o nuanță importantă: relația poate fi moderată de nivelul de subfinanțare. Când tariful nu

acoperă costul real, investițiile în calitate sunt primele sacrificate în logica supraviețuirii bugetare, inversând mecanismul ROQ. Aceasta este o contribuție teoretică originală față de literatura dominantă, care este construită preponderent pe sisteme cu tarife mai bine calibrate.

Explicații alternative pentru variabilitatea ICC. O explicație alternativă pentru variabilitatea ICC în eșantionul analizat — diferită de cea preferată în lucrare (profil structural al populației) — este că ea reflectă practici diferite de codificare DRG (upcoding mai agresiv la spitalele cu TCP mai scăzut, pentru a compensa parțial subfinanțarea per caz). Această explicație alternativă nu poate fi testată cu datele disponibile public, dar este susținută circumstanțial de literatura privind răspunsurile strategice ale spitalelor la stimulentele DRG (Dafny, 2005; Silverman și Skinner, 2004). O cercetare viitoare cu acces la datele individuale de codificare per pacient ar putea distinge între cele două explicații.

Divergența față de literatura optimistă despre PPP în sănătate. Spre deosebire de literatura care tinde să prezinte PPP ca soluție de referință pentru modernizarea infrastructurii spitalicești (Preker și Harding, 2003; OCDE, 2015), lucrarea de față adoptă o poziție mai prudentă, fundamentată pe experiența negativă a unor PPP din Marea Britanie (NAO, 2018) și Portugalia (Barros et al., 2019). Această prudență este justificată de contextul românesc: capacitatea instituțională de contractare și monitorizare a PPP complexe este insuficient dezvoltată, iar riscul de capturare a reformei este documentat în achizițiile publice din sectorul sanitar. PPP nu este exclus ca instrument, dar poziționarea sa în Grupul C (lung termen, condiționat de prerequisite de capacitate) reflectă un realism pragmatic față de condițiile actuale.

9.3 Implicații pentru politici publice și management spitalicesc

Rezultatele lucrării generează implicații distincte pentru trei categorii de actori: decidenții de politici publice (MS, CNAS, Guvern), autoritățile tutelare (consilii județene, primării) și managementul spitalicesc.

Pentru decidenții de politici publice: Prima și cea mai urgentă recomandare de politică publică derivată din lucrare este indexarea automată a TCP la costul real verificat prin contabilitate analitică, cu actualizare anuală independentă de negocierile politice. Niciun alt mecanism de eficientizare nu poate substitui corecția structurală a tarifelor. A doua recomandare este condiționarea oricărei viitoare creșteri salariale legislative în sectorul sanitar de o ajustare simultană și corespunzătoare a TCP — principiu care trebuie inclus explicit în legislația salarizării. A treia recomandare este instituirea obligativității publicării anuale a rapoartelor dezagregate de activitate ca condiție de contractare cu CNAS, cu penalizare financiară directă pentru neraportare sau raportare incompletă.

Pentru autoritățile tutelare: Consiliile județene și primăriile cu spitale în subordine ar trebui să condiționeze cofinanțarea investițiilor de atingerea unor indicatori de performanță verificabili (nu doar de executarea bugetului aprobat), să solicite anual rapoarte de activitate dezagregate și să dezvolte capacitatea proprie de monitorizare a performanței spitalicești. Descentralizarea fără monitorizare este un risc, nu o oportunitate. Modelul autorității tutelare active — exemplificat de relația SCJU Cluj cu Consiliul Județean Cluj — ar trebui formalizat ca standard național, nu rămâne excepție de bune practici.

Pentru managementul spitalicesc: Matricea de decizie din Capitolul 8 furnizează o ordine de prioritate acționabilă, calibrată pe contextul românesc. Intervențiile din Grupul A (achizițiile centralizate, formularul terapeutic, EPC, reducerea DMS, actualizarea TCP) pot fi inițiate în primul an de mandat, fără modificări legislative și cu eforturi de capital minime. Tabloul de bord de KPI (Tabelul 7.2) furnizează instrumentul de monitorizare. Raportarea publică anuală dezagregată este simultan un instrument de responsabilizare internă și un semnal de credibilitate față de finanțatori și parteneri.

O implicație transversală, relevantă pentru toate categoriile de actori, este nevoia urgentă de investiție în capacitatea analitică a sistemului de sănătate: mai mulți economiști și analiști financiari în spitale, o bază de date națională de costuri per DRG, acces standardizat la datele individuale de pacient pentru cercetare și audit. Fără această infrastructură analitică, reformele riscă să fie implementate pe baza intuiției și a precedentului, nu a dovezilor — ceea ce perpetuează exact tipul de deficiențe documentate în prezenta lucrare.

9.4 Direcții viitoare de cercetare

Limitările metodologice recunoscute în Capitolul 4, coroborate cu lacunele identificate în secțiunile anterioare ale Capitolului 9, definesc o agendă clară de cercetare viitoare:

Direcția 1 — Extinderea eșantionului și completarea datelor panel. Prezenta lucrare este limitată la cinci SCJU și la datele disponibile public. O cercetare viitoare bazată pe accesul la datele CNSISP (posibil prin acorduri instituționale cu MS) și pe solicitări sistematice Legea 544/2001 ar putea construi un panel complet pe 3–5 ani pentru toate spitalele DRG din România — un set de date care ar permite testarea relațiilor cauzale prin modele econometrice cu efecte fixe și ar elimina limitarea L5 recunoscută în Capitolul 4.

Direcția 2 — Analiza practicilor de codificare DRG și a upcoding-ului. Testarea explicației alternative pentru variabilitatea ICC (upcoding strategic vs. profil structural al populației) necesită accesul la datele individuale de codificare per pacient, compararea cu datele clinice de la INSP și cu protocoalele de audit ale CNAS. Această

direcție are implicații directe pentru politica de tarifare și pentru sistemul de control al decontărilor.

Direcția 3 — Evaluarea impactului programelor de eficientizare implementate. Niciuna dintre intervențiile recomandate în lucrare nu a fost evaluată riguros în contextul românesc printr-un design quasi-experimental (înainte-după cu grup de control). Evaluarea impactului achizițiilor centralizate ONAC, a proiectelor de reabilitare energetică finanțate prin PNIIUS sau a digitalizării prin PNRR ar genera dovezi contextuale valoroase pentru fundamentarea politicilor viitoare.

Direcția 4 — Analiza dezalinierilor de stimulente în sistemul de finanțare PNS. Finanțarea separată a programelor naționale de sănătate (oncologie, diabet, hepatite, boli rare) față de DRG creează asimetrii documentate în prezenta lucrare, dar insuficient analizate în literatura autohtonă. O cercetare dedicată structurii finanțării PNS, relației sale cu costurile reale ale tratamentelor și efectelor asupra echității în accesul la tratamente de înaltă tehnologie ar adresa o lacună importantă.

Direcția 5 — Studii calitative privind barierele de implementare a reformelor. Prezenta lucrare este predominant cantitativă și propozitivă. Cercetarea calitativă — interviuri cu manageri de spital, cu reprezentanți CNAS și MS, cu medici șefi de secție — ar putea elucida mecanismele precise prin care rezistența instituțională, conflictele de interese și deficitele de capacitate blochează implementarea reformelor deja propuse în documente strategice. Această dimensiune este esențială pentru trecerea de la „ce trebuie făcut" (concluziile prezentei lucrări) la „cum poate fi făcut" în realitatea instituțională concretă.

Direcția 6 — Analiza comparativă extinsă la nivel regional european. O analiză sistematică a reformelor de sustenabilitate financiară spitalicească în sisteme similare din Europa Centrală și de Est (Polonia, Cehia, Ungaria, Bulgaria) — care se confruntă cu probleme structurale comparabile —, utilizând date OCDE, Eurostat și WHO European Health Information Gateway, ar permite identificarea factorilor de succes transferabili și a capcanelor comune. Această perspectivă regională este esențială pentru contextualizarea corectă a reformelor românești și pentru evitarea reinventării roții în politica de sănătate.

10. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Capitolul de față sintetizează, în forma cea mai condensată și mai direct acționabilă, concluziile principale ale lucrării, recomandările adresate fiecărei categorii de actori, orientările metodologice pentru cercetarea și monitorizarea viitoare și contribuțiile originale față de literatura existentă. Dacă un singur capitol din această lucrare ar trebui citit de un decidant de politici sau de un manager de spital, acesta ar trebui să fie Capitolul 10.

10.1 Concluzii principale

Lucrarea avansează zece concluzii principale, ordonate de la general la particular:

C1 — Subfinanțarea structurală este cauza principală a crizei de sustenabilitate. Modelul actual de finanțare a spitalelor publice din România generează un decalaj persistent și demonstrabil empiric între tarifele decontate (TCP) și costul real de furnizare a serviciilor. La SCJU Bihor — cel mai voluminos spital din eșantion —, TCP-ul de 1.854 lei (2024) este cu 13,5% sub media eșantionului, iar cheltuielile de personal ating 66,47% din total, apropiindu-se de pragul critic de 70%. Aceasta nu este o problemă de management deficitar, ci o problemă structurală de calibrare a mecanismului de finanțare.

C2 — Presiunea cheltuielilor de personal este universală și accelerată. La toate cele cinci SCJU analizate, ponderea cheltuielilor de personal a crescut în perioada 2022–2024, cu un salt de 7 puncte procentuale la SCJU Cluj în un singur an (58,34% → 65,21%). La nivel național, cheltuielile salariale din FNUASS urmează să depășească valoarea tarifelor pe servicii în 2025 — o evoluție fără precedent care marchează un punct de inflexiune în criza de sustenabilitate a sistemului.

C3 — Eficientizarea operațională este necesară, dar nu suficientă. SCJU Bihor demonstrează că îmbunătățirile operaționale reale (reducerea DMS, creșterea volumului de activitate, îmbunătățirea satisfacției pacienților) nu pot compensa, pe termen mediu, un tarif structural subdimensionat. Eficientizarea este condiție necesară a sustenabilității, nu condiție suficientă. Reformele de eficientizare și reformele de finanțare trebuie implementate simultan, nu secvențial.

C4 — Transparența publică este variabila managerială cu cel mai mare efect de levier. Din cinci SCJU analizate, doar SCJU Cluj-Napoca publică rapoarte complete și verificabile. Aceasta este simultan cel mai clar indicator de calitate managerială disponibil comparativ și principala barieră în calea monitorizării și responsabilizării eficiente a spitalelor publice. SCJU Cluj-Napoca demonstrează că transparența superioară corelează cu performanța superioară pe toate dimensiunile analizate: eficiență, calitate și reziliență financiară.

C5 — Disparitățile regionale de finanțare nu sunt justificate de complexitatea cazuisticii. Variația ICC de 43% între SCJU Constanța (1,57) și SCJU Târgu Mureș (2,25) reflectă în parte profilul structural al populației, dar și posibile asimetrii de codificare. TCP-urile negociate nu compensează suficient această variabilitate, generând o inechitate structurală de finanțare care trebuie adresată prin reforma metodologiei de calcul a TCP.

C6 — Modelele alternative de finanțare sunt complementare, nu substituente. Niciun model alternativ (PPP, P4P, bundled payments, fonduri europene, EPC) nu poate substitui reforma de bază a tarifelor DRG. Modelele alternative sunt instrumente de îmbunătățire incrementală sau de accelerare a transformării, eficiente numai dacă baza de finanțare este corect calibrată. Fondurile europene (PNRR, Programul Sănătate, PNIIUS) reprezintă cea mai accesibilă și mai avantajoasă sursă alternativă de capital pe termen scurt–mediu.

C7 — Achizițiile centralizate sunt intervenția de eficientizare cu cel mai ridicat scor compozit. Cu un scor de prioritate de 12,8/15 în matricea de decizie, centralizarea achizițiilor de medicamente și materiale sanitare prin ONAC sau centrale județene este intervenția care combină cel mai bine impact ridicat (economii documentate de 20–35%), rapiditate (efecte în 6–12 luni) și fezabilitate organizațională (nu necesită modificări legislative majore). Aceasta trebuie să fie prima intervenție implementată în orice program de eficientizare.

C8 — Reabilitarea energetică prin contracte EPC este o oportunitate cu risc financiar zero. Modelul EPC/ESCO permite reduceri de 30–50% ale cheltuielilor energetice fără nicio investiție de capital propriu din partea spitalului, cu riscul de performanță transferat integral la ESCO. La o valoare anuală a cheltuielilor energetice de 30–60 milioane lei per SCJU mare, economiile generate pot atinge 10–30 milioane lei/an — resurse redirecționabile spre medicamente, materiale sau investiții.

C9 — Secvențierea corectă a reformelor este critică pentru succes. Implementarea reformelor complexe (P4P, PPP, bundled payments) înainte de consolidarea bazei (actualizarea TCP, implementarea HIS, îmbunătățirea transparenței) este contraindicată și conduce la eșecuri instituționale documentate. Roadmap-ul propus în Capitolul 8 furnizează o secvențiere bazată pe prerequisite, nu pe preferințe politice sau pe cronologie electorală.

C10 — Sustenabilitatea financiară a spitalelor publice este o problemă de politică publică națională, nu exclusiv de management instituțional. Cel mai grav risc identificat — majorările salariale legislative necorelate cu reforma tarifară — se

află în afara controlului managementului spitalicesc. Reformele interne pot reduce vulnerabilitatea instituțională, dar nu pot elimina sursa structurală a problemei. Responsabilitatea politică pentru sustenabilitatea sistemului de sănătate revine în ultimă instanță factorilor de decizie la nivel național.

10.2 Recomandări pentru decidenți, finanțatori și management spitalicesc

Tabelul 10.1 sintetizează cele 13 recomandări ale lucrării, structurate pe actori, cu indicarea priorității, orizontului de implementare și indicatorului de monitorizare asociat.

Tabelul 10.1. Sinteza recomandărilor — actori, priorități, orizonturi și indicatori de monitorizare

Actor / Nivel	Recomandare	Prioritate / Orizont	Indicator de monitorizare
MS, CNAS, Guvern (nivel național)	R1: Actualizarea anuală a TCP prin contabilitate analitică de costuri (pilot 10–15 spitale, extindere în 3 ani)	CRITICĂ Scurt (1–3 ani)	Δ TCP (decalaj tarif-cost) ≤ 5% la spitalele-pilot
	R2: Condiționarea oricărei majorări salariale legislative de ajustarea simultană a TCP (principiu înscris în legislația salarizării)	CRITICĂ Imediată (legislativ)	%CP național ≤ 65% (față de tendința actuală de depășire a 70%)
	R3: Obligativitatea publicării anuale a rapoartelor de activitate dezagregate (indicatori Ord. 3626/2022) ca condiție de contractare cu CNAS	URGENTĂ Imediată (normativ)	% spitale cu raport complet publicat ≥ 90%
	R4: Extinderea achizițiilor centralizate ONAC la medicamente și materiale sanitare pentru toate spitalele publice mari (> 500 paturi)	URGENTĂ Scurt (1–2 ani)	Economii achiziționate (target: ≥ 15% față de prețurile individuale anterioare)
	R5: Lansarea unui program național de contabilitate analitică și HIS integrat, valorificând finanțarea PNRR (100 milioane euro)	IMPORTANTĂ Scurt–mediu (1–4 ani)	% spitale DRG cu HIS funcțional ≥ 80% până în 2028
Autorități tutelare (CJ, Primării)	R6: Condiționarea cofinanțărilor de investiții de atingerea a minimum 3 KPI din sistemul propus în Tabelul 7.2	IMPORTANTĂ Scurt (1–2 ani)	% spitale cu contract de performanță cu autoritate tutelară
	R7: Solicitarea anuală a rapoartelor dezagregate de activitate și publicarea lor pe site-urile consiliilor județene	URGENTĂ Imediată	% spitale cu raport public pe site-ul CJ
Management spitalicesc (Manager, Directorii)	R8: Implementarea achizițiilor centralizate județean/regional pentru medicamente și materiale sanitare (dacă ONAC național nu acoperă)	URGENTĂ An 1	Economii achiziționate ≥ 15–20%

	R9: Adoptarea și monitorizarea unui formular terapeutic bazat pe dovezi, cu protocoale de prescripție pentru cele mai frecvente 20 de DRG	URGENTĂ An 1	Rata de conformitate cu protocoalele ≥ 80%
	R10: Inițierea unui audit energetic și semnarea unui contract EPC/ESCO pentru reabilitarea energetică (fără capital propriu)	IMPORTANTĂ An 1–2	Reducere consum energetic ≥ 25% față de baseline în 3 ani
	R11: Implementarea tabloul de bord KPI (Tabelul 7.2) și instituirea ședințelor lunare de analiză a performanței	IMPORTANTĂ An 1	Tablou de bord actualizat lunar; ≥ 10 ședințe de analiză pe an
	R12: Reducerea DMS cu min. 0,5 zile față de baseline prin protocoale de externare accelerată pe 3–5 specialități prioritare	IMPORTANTĂ An 2–3	DMS ≤ media DRG națională (5,28 zile, Ord. 1018/528/2025)
	R13: Publicarea anuală a raportului de activitate dezagregat, inclusiv indicatorii financiari și de calitate, pe site-ul oficial al spitalului	CRITICĂ An 1 (imediat)	Raport public complet disponibil anual, în format descărcabil

Recomandările din Tabelul 10.1 nu sunt liste de dorințe — fiecare este fundamentată pe evidențe empirice din lucrare sau din literatura internațională citată. Prioritizarea lor (Critică / Urgentă / Importantă) reflectă evaluarea matricei de decizie din Capitolul 8, nu judecăți de valoare subiective.

10.3 Recomandări metodologice pentru replicare și monitorizare

Pe lângă recomandările de politică publică și management, lucrarea formulează patru recomandări metodologice destinate cercetătorilor, instituțiilor de statistică și actorilor de monitorizare care doresc să extindă sau să actualizeze analiza:

RM1 — Standardizarea și centralizarea datelor de performanță. Instituirea unei baze de date naționale centralizate, actualizate anual, cu toți indicatorii din Ord. 3626/2022 pentru toate spitalele publice, în format deschis și descărcabil — gestionată de CNSISP și publicată pe un portal dedicat — este prerequisit-ul oricărei cercetări riguroase și al oricărei monitorizări eficiente. Această bază nu există în prezent și absența ei este cauza limitării L1 (asimetria transparenței) recunoscute în Capitolul 4.

RM2 — Adoptarea unui sistem standardizat de contabilitate analitică. Implementarea unui sistem unic, standardizat național, de contabilitate analitică pe centre de cost în spitalele publice este prerequisit-ul reformei tarifelor DRG și al oricărei analize de cost-eficacitate la nivel de serviciu sau DRG. Metodologia trebuie stabilită de MS în colaborare cu MFP, cu un ghid de implementare clar și cu un calendar de extindere progresivă (pilot → generalizare în 3 ani).

RM3 — Utilizarea codurilor de sursă și a fișelor de extracție în cercetările viitoare. Sistemul de codificare a surselor ([S01]–[S23]) și fișele standardizate de extracție utilizate în prezenta lucrare (Anexa 2) pot fi utilizate direct sau adaptate în cercetările care continuă analiza panel. Această practică de trasabilitate documentată este esențial pentru cumulativitatea cunoașterii în domeniu și pentru evitarea duplicării efortului de colectare a datelor.

RM4 — Monitorizarea anuală a indicatorilor KPI propuși față de baseline-ul din 2024. Valorile din Tabelul 5.3 (diagnosticul sintetic 2022–2024) constituie baseline-ul de referință față de care se poate evalua evoluția sustenabilității financiare a celor cinci SCJU în anii următori. O actualizare anuală a acestui tabel, pe baza rapoartelor de activitate publicate, ar furniza un instrument de monitorizare longitudinală cu efort analitic redus și valoare diagnostică ridicată.

10.4 Sinteza contribuției de noutate

Prezenta lucrare aduce cinci contribuții originale față de literatura existentă, identificate în Capitolul 1 și validate pe parcursul demersului:

CN1 — Baza de date panel comparativă unică pentru SCJU din România (2022–2024). Prima analiză comparativă panel sistematică, în format armonizat și cu sursele documentate APA 7, a indicatorilor de management, financiari și de calitate pentru cinci SCJU reprezentative din România pe trei ani consecutivi. Această bază de date nu exista anterior în nicio publicație identificată și furnizează evidențe empirice directe pentru problemele documentate la nivel anecdotic sau agregat în rapoartele instituționale.

CN2 — Demonstrarea empirică a asimetriei critice de transparență publică. Lucrarea operaționalizează și documentează pentru prima dată asimetria de transparență publică între SCJU ca variabilă de management în sine — nu ca simplă limitare metodologică. Concluzia că transparența corelează cu performanța pe toate dimensiunile analizate are valoare teoretică (o nouă variabilă în modelele de management spitalicesc) și practică (justificarea obligativității publicării ca condiție de contractare).

CN3 — Matricea de evaluare a modelelor alternative de finanțare adaptată contextului românesc. O primă matrice multidimensională de evaluare comparativă a nouă modele alternative de finanțare spitalicească — scored pe impactul estimat, fezabilitate, cerințe de capacitate, orizont de timp și risc fiscal —, calibrată pe condițiile instituționale, normative și de capacitate specifice României. Aceasta adresează lacuna identificată în literatura autohtonă: absența unui instrument practic de selectare și secvențiere a modelelor alternative.

CN4 — Instrumentul de prioritizare a intervențiilor de eficientizare (Matricea de decizie). Prima matrice de decizie pentru prioritizarea intervențiilor de eficientizare operațională calibrată pe structura cheltuielilor și specificul organizațional al spitalelor publice românești de mari dimensiuni. Instrumentul este utilizabil de managementul spitalicesc fără resurse analitice extinse și furnizează o ordine de prioritate bazată pe dovezi, nu pe preferințe subiective.

CN5 — Modelul de Sustenabilitate Financiară Trifocal (MSFT). Un cadru conceptual original care articulează relațiile dintre finanțarea adecvată (FA), eficiența operațională (EO) și calitatea îngrijirilor (CA) la trei niveluri de analiză (macro, mezo, micro), depășind perspectivele monodimensionale dominante în literatura autohtonă. MSFT permite diagnosticarea simultană a tuturor componentelor problemei de sustenabilitate și ghidează intervenția strategică la nivelul cel mai adecvat fiecărei componente.

Lucrarea de față nu epuizează problematica sustenabilității financiare a spitalelor publice din România — un domeniu vast, cu multiple dimensiuni insuficient explorate. Ea furnizează însă, pentru prima dată, o analiză empirică riguroasă, un cadru conceptual coerent, instrumente practice de decizie și o agendă clară de cercetare și politici — toate ancorate în date reale și adaptate specificului instituțional românesc. Sperăm că aceste contribuții vor fi utile atât comunității academice, cât și practicienilor din sistemul de sănătate care, zi de zi, încearcă să facă mai mult cu mai puțin, în condiții structurale care nu le sunt favorabile.

BIBLIOGRAFIE

Toate referințele sunt prezentate în format APA ediția a 7-a. Codurile [S01]–[S23] corespund trimiterilor din textul lucrării și din notele tabelelor din Anexa 3. Distincția sursă primară / secundară / estimare este marcată explicit.

A. Acte normative (surse primare)

[S01] Ministerul Sănătății. (2022, noiembrie 29). Ordin nr. 3626/2022 privind criteriile de performanță în baza cărora contractul de management poate continua sau poate înceta înainte de termen. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 1177. https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/262289

[S02] Ministerul Sănătății. (2023, martie 7). Ordin nr. 667/2023 pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 3626/2022 și pentru aprobarea Metodologiei privind organizarea și desfășurarea evaluării activității managerului spitalului public pentru anul 2022. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 200. https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/265585

[S03] Ministerul Sănătății Publice. (2008, august 27). Ordin nr. 1490/2008 privind aprobarea Metodologiei de calcul al indicatorilor de performanță ai managementului spitalului. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 628. https://www.scumc.ro/wp-content/uploads/2021/02/Ordinul-nr.-1490-din-2008.pdf

[S04] Ministerul Sănătății & Casa Națională de Asigurări de Sănătate. (2025, aprilie). Ordin nr. 1018/528/2025 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2025 a Hotărârii Guvernului nr. 521/2023 [Anexa 23A: TCP, ICM și DMS realizate în 2024 per spital DRG]. Casa Națională de Asigurări de Sănătate. https://cnas.ro/wp-content/uploads/2025/04/Ordin-1018_528_2025_all.pdf

[S05] Ministerul Sănătății. (2024, aprilie 4). Ordin nr. 1711/2024 pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății nr. 3626/2022. Monitorul Oficial al României, Partea I. https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/281087

[S06] Ministerul Sănătății. (2025, martie 18). Ordin nr. 887/2025 pentru modificarea Ordinului ministrului sănătății nr. 3626/2022. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 248. https://legislatie.just.ro/

B. Rapoarte instituționale — surse primare

[S07] Spitalul Clinic Județean de Urgență Bihor. (2025, februarie). Raport de activitate al Spitalului Clinic Județean de Urgență Bihor pentru anul 2024 [Prezentare PowerPoint]. Primăria Municipiului Oradea. https://oradea.ro/wp-content/uploads/2025/02/PREZENTARE-PPT-RAPORT-ACTIVITATE-SCJUBH-2024.pdf [Accesat: martie 2026] — SURSĂ PRIMARĂ VALIDATĂ.

[S08] Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca. (2023). Raport anual de activitate 2022. https://www.scjucluj.ro/pdf/intpublic/Raport%20anual%20de%20activitate%20-%202022.pdf [Accesat: martie 2026] — SURSĂ PRIMARĂ VALIDATĂ.

[S09] Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca. (2024). Raport anual de activitate 2023. https://scjucluj.ro/pdf/intpublic/Raport%20anual%20de%20activitate%20-%202023.pdf [Accesat: martie 2026] — SURSĂ PRIMARĂ VALIDATĂ.

[S10] Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Apostol Andrei Constanța. (2024). Raport de activitate al managerului Spitalului Clinic Județean de Urgență Sf. Apostol Andrei Constanța pentru anul 2023. Consiliul Județean Constanța. https://www.cjc.ro/dyn_doc/cjc/rapoarte_activitate_CJC/2023-subordonate/13_SCJUC.pdf [Accesat: martie 2026] — SURSĂ PRIMARĂ VALIDATĂ.

[S11] Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Apostol Andrei Constanța. (2024, ianuarie). Bilanț SCJU Constanța 2023. https://www.spitalulconstanta.ro/bilant-scju-constanta-2023/ [Accesat: martie 2026].

[S12] Casa Națională de Asigurări de Sănătate. (2024, octombrie). Raport de activitate al CNAS pentru anul 2023. https://cnas.ro/wp-content/uploads/2024/10/Raport-de-activitate-al-CNAS-pentru-anul-2023.pdf

[S13] Casa Națională de Asigurări de Sănătate. (2025, mai). Raport de activitate al CNAS pentru anul 2024. https://cnas.ro/

[S14] Institutul Național de Statistică. (2024). Activitatea unităților sanitare în 2023. Institutul Național de Statistică.

[S15] Ministerul Sănătății. (2024). Raport de activitate al Ministerului Sănătății pentru anul 2023. https://ms.ro/ro/centrul-de-presa/rapoarte-de-activitate/

[S16] Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Spiridon Iași. (2024). Date privind satisfacția pacienților — Q2 2023. https://www.spitalspiridon.ro/ [Date parțiale accesate martie 2026].

C. Surse secundare (presă, comunicate de presă)

Notă: Sursele din această categorie nu au fost validate de CNSISP și sunt utilizate exclusiv pentru date fără altă sursă primară disponibilă. Marcate explicit în tabele cu indicatorul SURSĂ SECUNDARĂ.

[S17] eBihoreanul. (2025, februarie). [Date SCJU Bihor 2023 prezentate în conferința de presă a managerului]. eBihoreanul. https://www.ebihoreanul.ro/ — SURSĂ SECUNDARĂ: citată pentru date SCJU Bihor 2023, nevalidate de CNSISP.

[S18] Ziua de Constanța. (2024). Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța, la ora bilanțului! Peste 76.000 de pacienți tratați în 2023. https://www.ziuaconstanta.ro/stiri/actualitate/spitalul-clinic-judetean-de-urgenta-constanta-la-ora-bilantului-peste-76-000-de-pacienti-tratati-in-2023-842125.html — SURSĂ SECUNDARĂ: citată pentru date UPU SCJU Constanța 2023.

[S19] Spitalul Clinic Județean de Urgență Bihor. (2026, martie). Raportul de activitate al SCJU Bihor pentru anul 2025. https://spitaljudetean-oradea.ro/2026/03/ — NOTĂ: date 2025, în afara perioadei de analiză; utilizată exclusiv pentru confirmarea tendinței DMS.

D. Referințe internaționale (surse primare)

[S20] Organisation for Economic Co-operation and Development. (2024). Health at a Glance: Europe 2024 — State of health in the EU cycle. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/b3a9a9cb-en

[S21] Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). OECD Reviews of Health Systems: Romania 2025. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health-systems-review-romania

[S22] European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). Healthcare-associated infections: Point prevalence survey — ECDC PPS 2022–2023 preliminary results. ECDC. https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/healthcare-associated-infections-point-prevalence-survey

[S23] Institutul Național de Sănătate Publică. (2024). Raport național privind prevalența infecțiilor asociate asistenței medicale în România, 2022–2023. INSP, Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile. https://insp.gov.ro/

E. Bibliografie generală (lucrări academice, rapoarte, surse de politici)

Academia de Studii Economice din București & Rețeaua de sănătate Regina Maria. (2025, iulie). Analiza performanței economice și operaționale în sistemul de sănătate. ASE. [Citat în Curs de Guvernare, iulie 2025; Curierul Național, iulie 2025]

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review, 53(5), 941–973.

Barros, P. P., Machado, S. R., & Simões, J. A. (2019). Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 13(4), 1–184.

Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., & Wiley, M. (Eds.). (2011). Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open University Press/McGraw Hill.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate. (2024). Raport de activitate al CNAS pentru anul 2023 [S12]. Cf. supra.

Cylus, J., Papanicolas, I., & Smith, P. C. (Eds.). (2016). Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management. European Observatory on Health Systems and Policies.

Dafny, L. S. (2005). How do hospitals respond to price changes? American Economic Review, 95(5), 1525–1547.

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. American Sociological Review, 48(2), 147–160.

Dubois, C.-A., McKee, M., & Nolte, E. (Eds.). (2006). Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.

Ellis, R. P., & McGuire, T. G. (1986). Provider behavior under prospective reimbursement: Cost sharing and supply. Journal of Health Economics, 5(2), 129–151.

Farrar, S., Yi, D., Sutton, M., Chalkley, M., Sussex, J., & Scott, A. (2010). Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis. BMJ, 339, b3047. https://doi.org/10.1136/bmj.b3047

Harber, P., Corkery, P., Bloswick, D., & Beck, R. (2024). Return on quality investment in healthcare: A systematic review. Journal of Healthcare Management, 69(2), 112–128.

Jensen, M. C., & Meckling, W. H. (1976). Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure. Journal of Financial Economics, 3(4), 305–360.

Kelle, U., Woosley, J., & Schneider, H. (2012). Healthcare supply chain management: The influence of hospital size and ownership type. International Journal of Operations & Production Management, 32(8), 912–935.

Langenbrunner, J. C., Cashin, C., & O'Dougherty, S. (Eds.). (2009). Designing and implementing health care provider payment systems: How-to manuals. World Bank.

Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., & Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare: A realist review of the literature. Quality and Safety in Health Care, 19(5), 376–382. https://doi.org/10.1136/qshc.2009.037986

National Audit Office. (2018). PFI and PF2 (HC 718, Session 2017-19). House of Commons.

Papanicolas, I., Woskie, L. R., & Jha, A. K. (2023). Health care spending in the United States and other high-income countries. JAMA, 319(10), 1024–1039.

Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978). The external control of organizations: A resource dependence perspective. Harper & Row.

Preker, A. S., & Harding, A. (Eds.). (2003). Innovations in health service delivery: The corporatization of public hospitals. World Bank.

Propper, C., Sutton, M., Whitnall, C., & Windmeijer, F. (2010). Incentives and targets in hospital care: Evidence from a natural experiment. Journal of Public Economics, 94(3–4), 318–335.

Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B., & McKee, M. (Eds.). (2010). Investing in hospitals of the future. European Observatory on Health Systems and Policies.

Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2017). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. Mayo Clinic Proceedings, 90(12), 1600–1613.

Silverman, E. M., & Skinner, J. S. (2004). Medicare upcoding and hospital ownership. Journal of Health Economics, 23(2), 369–389.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. Annals of Internal Medicine, 169(7), 467–473.

Vlădescu, C., Scîntee, S. G., Olsavszky, V., Hernández-Quevedo, C., & Sagan, A. (2016). Romania: Health system review. Health Systems in Transition, 18(4), 1–170.

Zeng, J., Li, M., Zhang, H., & Wang, Y. (2025). Financial sustainability of public hospitals: A multidimensional framework. Frontiers in Public Health, 13, 1665487. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1665487

ANEXE

Anexa 1. Lista surselor de date și descriere (coduri [S01]–[S23])

Lista completă a surselor de date utilizate în lucrare, cu codul de referință, tipul sursei, titlul complet și URL-ul de acces. Codurile [S01]–[S23] sunt utilizate consistent în textul lucrării și în notele tabelelor pentru a asigura trasabilitatea completă a fiecărei valori.

[S01] | Primară normativă | Ord. MS nr. 3626/2022 — criterii performanță management | https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/262289

[S02] | Primară normativă | Ord. MS nr. 667/2023 — modificare Ord. 3626/2022, metodologie 2022 | https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/265585

[S03] | Primară normativă | Ord. MS nr. 1490/2008 — metodologie calcul indicatori performanță | https://www.scumc.ro/...

[S04] | Primară normativă | Ord. MS/CNAS nr. 1018/528/2025 — Anexa 23A: TCP, ICM, DMS 2024 | https://cnas.ro/...

[S05] | Primară normativă | Ord. MS nr. 1711/2024 — modificare Ord. 3626/2022 | https://legislatie.just.ro/...

[S06] | Primară normativă | Ord. MS nr. 887/2025 — modificare Ord. 3626/2022 | https://legislatie.just.ro/

[S07] | Primară validată | SCJU Bihor — Raport activitate 2024 (PPT, Primăria Oradea) | https://oradea.ro/...

[S08] | Primară validată | SCJU Cluj-Napoca — Raport anual activitate 2022 | https://www.scjucluj.ro/...

[S09] | Primară validată | SCJU Cluj-Napoca — Raport anual activitate 2023 | https://scjucluj.ro/...

[S10] | Primară validată | SCJU Constanța — Raport manager 2023 (CJC) | https://www.cjc.ro/...

[S11] | Primară | SCJU Constanța — Bilanț 2023 (site spital) | https://www.spitalulconstanta.ro/...

[S12] | Primară | CNAS — Raport activitate 2023 | https://cnas.ro/...

[S13] | Primară | CNAS — Raport activitate 2024 | https://cnas.ro/

[S14] | Primară statistică | INS — Activitatea unităților sanitare 2023 | INS

[S15] | Primară | Ministerul Sănătății — Raport activitate 2023 | https://ms.ro/...

[S16] | Primară parțială | SCJU Iași — Date satisfacție pacienți Q2/2023 | https://www.spitalspiridon.ro/

[S17] | SECUNDARĂ — presă | eBihoreanul — date SCJU Bihor 2023 (conferință presă manager) | https://www.ebihoreanul.ro/

[S18] | SECUNDARĂ — presă | Ziua de Constanța — date UPU SCJU Constanța 2023 | https://www.ziuaconstanta.ro/...

[S19] | Primară (2025) | SCJU Bihor — Raport activitate 2025 (tendință DMS) | https://spitaljudetean-oradea.ro/...

[S20] | Internațională | OCDE — Health at a Glance: Europe 2024 | https://doi.org/10.1787/b3a9a9cb-en

[S21] | Internațională | OCDE — OECD Reviews of Health Systems: Romania 2025 | https://doi.org/10.1787/health-systems-review-romania

[S22] | Internațională | ECDC — PPS 2022–2023 Healthcare-associated infections | https://www.ecdc.europa.eu/...

[S23] | Internațională | INSP — Raport IAS România 2022–2023 | https://insp.gov.ro/

Anexa 2. Model fișă de extracție și codificare a datelor

Fișa de extracție standardizată utilizată pentru colectarea sistematică a datelor din fiecare sursă. Fiecare valoare numerică introdusă în tabelele analitice are corespondent în câte o fișă completată.

Codul sursei: [S##]
Denumirea sursei: [titlul complet al documentului]
Tipul sursei: Primară validată / Primară parțială / Secundară / Estimare proprie
Instituția emitentă: [denumire]
Data publicării: [zz.ll.aaaa sau luna/anul]
URL / locație: [URL complet sau cale fișier]
Data accesării: [zz.ll.aaaa]
Spitalul de referință: SCJU [denumire] / N.A. (date agregate)
Anul de raportare: [2022 / 2023 / 2024]
Indicatorul extras: [denumirea indicatorului conform Tabelelor 3.1 sau 3.2]
Valoarea extrasă: [valoarea numerică cu unitatea de măsură]
Pagina / secțiunea sursă: [numărul paginii sau denumirea secțiunii]
Calitatea datei: Completă / Parțială / Estimată (formula: ...)
Observații: [note metodologice, discrepanțe, avertismente]

Anexa 3. Analiza comparativă integrată 5 SCJU — 2022–2024 (tabele complete)

Această anexă conține tabelele complete din documentul „Analiza comparativă integrată 5 Spitale Clinice Județene de Urgență — România — 2022–2023–2024", elaborat ca bază de date empirică a prezentei lucrări. Tabelele sunt structurate în trei secțiuni:

I. Indicatori de performanță ai managementului (categoriile A–E conform Ord. MS nr. 3626/2022)

A. Resurse umane (25 pct. max.)
B. Utilizarea serviciilor (25 pct. max.)
C. Indicatori economico-financiari (30 pct. max.)
D. Calitate (50 pct. max.)
E. Integritate (10 pct. max.)

II. Cheltuieli cu medicamente — 5 SCJU — 2022–2023–2024

III. Cheltuieli cu materiale sanitare — 5 SCJU — 2022–2023–2024

Notă: Tabelele complete (cu toate celulele N/D, (est.) și notele de subsol cu referințele APA 7) se găsesc în documentul separat „Analiza_Integrata_5SCJU_2022_2024.docx". Pentru evaluarea CNCS, datele tabelelor sunt integrate în Capitolele 5, 7 și 8 ale lucrării, cu trimiteri la sursele [S01]–[S23]. Evaluatorii care doresc datele panel complete sunt rugați să consulte documentul-sursă.

Tabelul de sinteză (Tabelul 5.3 din Capitolul 5 — „Diagnostic sintetic comparativ — indicatori cheie per SCJU") reprezintă cea mai condensată formă a rezultatelor empirice și poate fi consultat în corpus.

Anexa 4. Matricea de analiză comparativă a modelelor de finanțare

Matricea completă de evaluare a modelelor alternative de finanțare spitalicească, prezentată în detaliu în Capitolul 6, Tabelul 6.1, este reprodusă și în această anexă ca referință autonomă pentru utilizatorii care doresc să aplice sau să adapteze instrumentul la alte contexte spitalicești.

Modelele evaluate: (1) Reforma tarifelor DRG prin contabilitate analitică de costuri; (2) Finanțarea bazată pe performanță (P4P); (3) Plata pe episod de îngrijire (Bundled Payments); (4) PPP pentru servicii non-clinice; (5) PPP pentru infrastructură (DBFO); (6) Fonduri europene (PNRR, Programul Sănătate, PNIIUS); (7) Contracte EPC/ESCO; (8) Asigurări complementare de sănătate; (9) Obligațiuni de impact social (SIB).

Dimensiunile de evaluare: (a) Impactul estimat asupra sustenabilității (1–5); (b) Fezabilitatea de implementare în România pe termen scurt și mediu (1–5); (c) Cerințele de capacitate administrativă (1=mică, 5=mare); (d) Orizontul de timp necesar; (e) Riscul fiscal asociat (1–5). Scorurile și matricea completă sunt disponibile în Tabelul 6.1 din Capitolul 6.