

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

*Articol rezultat din Studiu comparativ panel · 5 SCJU · România · 2022–2024*

Sorina PINTEA, România, Martie 2026

## 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, expansiunea bolilor cronice și creșterea așteptărilor cetățenilor —, pe fondul unor resurse publice în stagnare relativă și al unor modele de finanțare concepute în esența lor 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 ponderat (TCP), calculat prin sistemul grupelor de diagnostice asociate (DRG - Diagnosis Related Groups). Acest tarif nu reflectă costurile reale ale actului medical și nu conține stimulente adecvate pentru eficiență, calitate sau inovație organizațională [1, 2].

România alocă sistemului de sănătate unul dintre cele mai scăzute procente din produsul intern brut (PIB) din Uniunea Europeană - aproximativ 6,0–6,3% în perioada 2020–2023, față de o medie UE de 10,9% (Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică - OCDE, 2024). Din această alocare, spitalele publice captează aproximativ două treimi, funcționând în condiții de finanțare insuficientă sistemică, nu episodică. Consecința este un ciclu recurent: tarife DRG subdimensionate → arierate la furnizorii de medicamente și materiale sanitare → calitate compromisă → migrarea pacienților solvabili spre sectorul privat → agravarea deficitelor [3].

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 (Academia de Studii Economice & Regina Maria, 2025), întrebarea sustenabilității financiare pe termen mediu și lung nu mai este una pur academică, ci una cu implicații imediate de politică

**CONTEXT:** Sustenabilitatea financiară a spitalelor publice reprezintă una dintre cele mai presante provocări ale sistemului de sănătate românesc. România alocă sistemului de sănătate aproximativ 6,0–6,3% din produsul intern brut, față de o medie a Uniunii Europene de 10,9%, generând un ciclu recurent de subfinanțare structurală: tarife pe caz rezolvat subdimensionate, arierate la furnizori, infrastructură depreciată și migrație masivă a personalului calificat.

**METODE:** Articolul are la bază o lucrare științifică de 97 de pagini, constând într-un Studiu integrat de tip mixt, combină un scoping review al literaturii internaționale (Preferred Reporting Items for Systematic reviews - extension for Scoping Reviews) cu o analiză comparativă panel bazată pe date secundare oficiale. Eșantionul cuprinde cinci Spitale Clinice Județene de Urgență: Bihor/Oradea, Cluj-Napoca, Târgu Mureș, Constanța și Iași/Sfântul Spiridon, pentru perioada 2022–2024. Sursele de date includ rapoartele anuale de activitate ale spitalelor, Ordinul Ministerului Sănătății și Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1018/528/2025 (Anexa 23A - date privind grupele de diagnostice asociate), rapoartele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și ale Institutului Național de Statistică, precum și referințe internaționale ale Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică și ale Centrului European pentru Prevenirea și Controlul Bolilor.

**REZULTATE:** Ponderele cheltuielilor de personal a crescut de la 58–64% în 2022 la 65–67% în 2024, apropiindu-se de pragul critic de 70%. Indicele de complexitate a cazurilor variază de la 1,57 (Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța) la 2,25 (Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu Mureș), fără ajustare corespunzătoare a tarifelor. Tariful pe caz ponderat al Spitalului Clinic Județean de Urgență Bihor (1.854 lei în 2024) este cu 13,5% sub media eșantionului. Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca demonstrează că eficiența operațională și calitatea clinică pot coexista: mortalitate intraspitalicească de 1,78%, satisfacție a pacienților de 97,96% și indice de complexitate a cazurilor de 2,22 în 2024.

**CONCLUZII:** Subfinanțarea structurală - nu ineficiența managerială - este cauza principală a crizei de sustenabilitate. Achizițiile centralizate (economii estimate 20–35%), reforma tarifelor grupelor de diagnostice asociate și contractele de performanță energetică (economii energetice 30–50%) sunt intervențiile cu cel mai ridicat scor compozit impact-viteză-fezabilitate. Lucrarea propune Modelul de Sustenabilitate Financiară Trifocal și o matrice de decizie cu 13 recomandări adresate decidenților naționali, autorităților tutelare și managementului spitalicesc.

**Cuvinte-cheie:** sustenabilitate financiară, spitale publice, finanțare prin grupe de diagnostice asociate, tarif pe caz ponderat, eficientizare operațională, modele alternative de finanțare, România

publică [4].

Problema centrală a cercetării 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?

Din această problemă derivă patru obiective specifice: (OS1) cartografierea critică a modelelor de finanțare aplicabile spitalelor publice pe baza literaturii inter-

Tabelul 1. Eșantionul de studiu - cei cinci SCJU incluși în analiză

Spital	Județ / Regiune	Paturi (aprox.)	Autoritate tutelară	Acoperire date (ani)	Sursa principală
SCJU Bihor (Oradea)	Bihor / Vest	1.765	Primăria Municipiului Oradea	2023–2024 complet; 2022 parțial	Raport anual 2024 [6]
SCJU Cluj-Napoca	Cluj / Centru-NV	~1.400	Consiliul Județean Cluj	2022–2023 complet; 2024 DRG	Raport anual 2022–2023 [7]
SCJU Târgu Mureș	Mureș / Centru	1.089	Ministerul Sănătății	2024 (date DRG Anexa 23A)	Ord. MS/CNAS 1018/528/2025 [8]
SCJU Constanța „Sf. Ap. Andrei”	Constanța / Sud-Est	1.325	Consiliul Județean Constanța	2023 parțial (via CJC); 2024 DRG	Raport CJC 2023 + Ord. [8]
SCJU Iași „Sf. Spiridon”	Iași / Nord-Est	~1.700	Consiliul Județean Iași	2024 (date DRG Anexa 23A)	Ord. MS/CNAS 1018/528/2025 [8]

CJC = Consiliul Județean Constanța; DRG = Diagnosis Related Groups; Ord. = Ordin; SCJU = Spital Clinic Județean de Urgență.

finanțării și cheltuielilor operaționale în spitalele publice românești; (OS3) evaluarea empirică a performanței financiare și operaționale a unui panel de cinci Spitale Clinice Județene de Urgență (SCJU) din România în perioada 2022–2024; și (OS4) elaborarea unui cadru de lucru practic destinat decidenților de politici publice și managementului spitalicesc.

## 2. METODOLOGIE

Prezentul articol este rezultatul unui studiu de tip integrat mixt (mixed-methods), combinând: (a) un scoping review al literaturii internaționale privind modelele de finanțare și mecanismele de eficientizare a cheltuielilor operaționale (principii Preferred Reporting Items for Systematic reviews - extension for Scoping Reviews - PRISMA-ScR; Tricco et al., 2018); și (b) o analiză comparativă panel bazată pe date secundare oficiale, aplicată unui eșantion de cinci SCJU din România pe perioada 2022–2024 [5].

Au fost utilizate exclusiv date secundare: rapoarte anuale de activitate ale spitalelor, Ordinul Ministerului Sănătății (MS)/CNAS nr. 1018/528/2025 (Anexa 23A - date DRG centralizate la nivel național pentru 2024), rapoartele CNAS și Institutului Național de Statistică (INS) și referințe internaționale OCDE/Centru European pentru Prevenirea și Controlul Bolilor (ECDC). Nu au fost colectate date primare de la subiecți umani; lucrarea nu necesită aviz etic - utilizează exclusiv date agregate, anonimizate sau de domeniu public.

Criteriile de selecție a spitalelor din eșantion au următorii: (a) reprezentativitate geografică - câte un spital din cinci regiuni distincte ale României; (b) tipologie instituțională omogenă - toate SCJU; (c) dimensiune relevantă - peste 1.000 de paturi; și (d) disponibilitate minimă de date publice verificabile. Datele lipsă au fost gestionate prin estimări metodologice transparente, marcate explicit ca atare în tabele. Nicio valoare nu a fost interpolată statistic fără justificare documentată.

Tabelul 1 prezintă structura eșantionului. Analiza a utilizat statistici descriptive comparative (valori absolute, ponderi procentuale, tendințe multianuale), benchmarking față de referințe naționale și europene, analiza de scenarii pentru estimarea impactului reformelor și analiza de sensi-

bilitate a estimărilor proprii ( $\pm 10$ –20% față de ipotezele de bază).

## 3. REZULTATE

### 3.1. Structura cheltuielilor și decalajul structural de finanțare

Analiza structurii cheltuielilor la cele cinci SCJU relevă o tendință convergentă și îngrijorătoare: creșterea ponderii cheltuielilor de personal de la 58–64% în 2022 la 65–67% în 2024. La SCJU Cluj-Napoca, saltul a reprezentat 7 puncte procentuale într-un singur an calendaristic (de la 58,34% în 2022 la 65,21% în 2023), reflectând impactul direct al creșterilor salariale legislative succesive. La SCJU Bihor, procentul a atins 66,47% în 2024, față de 64,18% în 2023.

Pragul critic de 70% din total cheltuieli reprezentat de cheltuielile de personal lasă sub 30% din resurse disponibile pentru medicamente, materiale sanitare, mentenanță și investiții - insuficient pentru asigurarea standardelor minime de calitate a îngrijirii. Cheltuielile de capital (investiții) sunt structural sub 3% din total la toate spitalele din eșantion, față de optimul recomandat de 5–10% pentru menținerea capacității tehnice a infrastructurii (OCDE, 2024). Tabelul 2 sintetizează structura cheltuielilor.

### 3.2. Indicele de complexitate a cazurilor și decalajul tarifar

Indicele de complexitate a cazurilor (ICC) - principalul factor de ajustare a finanțării DRG - variază de la 1,57 la SCJU Constanța la 2,25 la SCJU Târgu Mureș, o diferență de 43% care reflectă profilul clinic al populației deservite și specializările spitalicești, nu diferențe de eficiență managerială. Cu toate acestea, tariful pe caz ponderat (TCP) nu compensează adecvat această disparitate de complexitate.

TCP-ul SCJU Bihor - 1.854 lei în 2024 - este cu 13,5% sub media estimată a eșantionului (~2.100 lei). Aceasta confirmă decalajul structural documentat la nivel național de analiza Academiei de Studii Economice din București și a rețelei Regina Maria (2025): în 2024, valoarea transferurilor pentru influențe salariale (15,5 miliarde lei) a ajuns aproape de valoarea plăților

**Tabelul 2. Structura cheltuielilor - indicatori financiari cheie per SCJU (cel mai recent an disponibil)**

Indicator	SCJU Bihor 2024	SCJU Cluj 2023	SCJU Târgu Mureș 2024*	SCJU Constanța 2023	SCJU Iași 2024*
Cheltuieli totale efective (mii lei)	909.669	—	—	613.798	—
% cheltuieli personal / total (prag critic >70%)	66,47% ✓	65,21% ✓	N/D	59,28%	N/D
% cheltuieli medicamente / total	14,61%	~16%	N/D	N/D	N/D
% cheltuieli capital / total (est.)	~2,8% ✓	~2,5% ✓	N/D	N/D	N/D
Execuție bugetară (% față de aprobat)	88,69%	76,00% ✓	N/D	82,75%	N/D
Rata acoperire cheltuieli din venituri	~1,03 ✓	~0,97 ✓	N/D	~0,95 ⚠	N/D

\*Date parțiale - Ord. MS/CNAS nr. 1018/528/2025, Anexa 23A. ✓ = performanță bună; ⚠ = zonă de atenție sau sub referință; N/D = date indisponibile public; est. = estimare proprie.

**Tabelul 3. Indicatori DRG comparativi - 5 SCJU (2024, Ordinul MS/CNAS nr. 1018/528/2025, Anexa 23A)**

Indicator	SCJU Bihor	SCJU Cluj	SCJU Târgu Mureș	SCJU Constanța	SCJU Iași
TCP - Tarif pe caz ponderat (lei, 2024)	1.854 ⚠	~2.100 est.	~2.200 est.	~1.980 est.	~2.050 est.
ICC - Indice complexitate cazuri (2024)	2,20	2,22	2,25	1,57 ↓	2,07
DMS - Durata medie spitalizare (zile)	5,67 ✓	<6,0 est.	N/D	N/D	N/D
Nr. externati spitalizare continuă (2024)	74.122	53.025 (2023)	~42.000 est.	~55.000 est.	~68.000 est.
Mortalitate intraspitalicească (%)	3,29%	1,78% ✓	N/D	N/D	N/D
Satisfacție pacienți (% mulțumiți)	88,79%	97,96% ✓	N/D	N/D	~88% est.

✓ = performanță bună față de referința națională; ⚠ = sub media eșantionului / zonă de atenție; ↓ = cel mai mic din eșantion; est. = estimare proprie; DMS = durată medie de spitalizare.

pentru tarife pe servicii (16 miliarde lei) - o evoluție fără precedent în istoria Fondului Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate [4].

Un aspect structural suplimentar cu impact major asupra sustenabilității este decalajul temporal dintre momentul furnizării serviciilor și momentul decontării de către CNAS. La SCJU Bihor, veniturile din decembrie 2024 - facturate prin sistemul e-Factura - au fost decontate în ianuarie 2025, generând un deficit aparent de 25.625 mii lei, corectat la un excedent real de +23.303 mii lei după ajustare metodologică. Această distorsiune contabilă ilustrează una dintre vulnerabilitățile sistemice ale mecanismului actual de finanțare [6]. (Tabelul 3)

### 3.3. Disparități de performanță operațională și transparență publică

SCJU Cluj-Napoca se distinge ca best performer intern al eșantionului: mortalitate intraspitalicească de

1,78% (cea mai scăzută, remarcabilă pentru un spital terțiar), satisfacție a pacienților de 97,96%, ICC în creștere (2,07 în 2022 → 2,22 în 2024) și durată medie de spitalizare estimată sub 6,0 zile. Aceasta demonstrează că eficiența operațională și calitatea clinică pot coexista sustenabil - chiar în condițiile presiunilor bugetare structurale [7].

Totuși, și SCJU Cluj-Napoca resimte presiunea structurală: ponderea cheltuielilor de personal a crescut cu 7 puncte procentuale într-un singur an (2022 → 2023), iar execuția bugetară a scăzut la 76% în 2023 - sub pragul optim de 90%. Aceasta confirmă că nicio organizație nu este izolată de constrângerile structurale ale sistemului, indiferent de calitatea managementului intern.

Un aspect critic relevat de analiză este asimetria transparenței publice: din cinci SCJU, doar unul (Cluj-Napoca) publică rapoarte anuale complete și verificabile. SCJU Bihor oferă date parțiale pentru 2024; SCJU Constanța - date parțiale via consiliul județean; SCJU Târgu Mureș →

Tabelul 4. Diagnostic sintetic comparativ - indicatori de calitate și transparență (cel mai recent an disponibil)

Indicator	SCJU Bihor 2024	SCJU Cluj 2023	SCJU Târgu Mureș	SCJU Constanța 2023	SCJU Iași 2024
ICC - Indice complexitate cazuri	2,20	2,22	2,25	1,57 ↓	2,07
Mortalitate in-traspitalicească (%)	3,29%	1,78% ✓	N/D	N/D	N/D
Satisfacție pacienți (% mulțumiți)	88,79%	97,96% ✓	N/D	N/D	~88% est.
Productivitate medic (extern./med./an)	399	312,79	N/D	N/D	N/D
Rata IAS (%)*	0,81%*	N/D	N/D	N/D	N/D
Transparență publică (rapoarte anuale)	Parțial ⚠	Complet ✓	Absent ✗	Parțial ⚠	Absent ✗

\*Posibilă subraportare sistematică - referința Institutul Național de Sănătate Publică 2023: 3,1%; IAS = infecții asociate asistenței medicale. ✓ = bun; ⚠ = parțial / atenție; ✗ = absent.

și SCJU Iași nu au rapoarte anuale accesibile public. Această asimetrie nu este accidentală - ea reflectă diferențe reale în calitatea managementului informației și constituie o variabilă de management independentă, cu impact direct asupra sustenabilității. Fără date publice fiabile, monitorizarea eficientă de către CNAS (care contractează servicii fără a cunoaște costul real), de către autoritățile tutelare și de către cetățeni este imposibilă [9]. (Tabelul 4)

#### 4. MODELE ALTERNATIVE DE FINANȚARE - EVALUARE COMPARATIVĂ

Diagnoza din Capitolul 3 validează premisa de cercetare și motivează căutarea sistematică a modelelor alternative de finanțare. Pe baza scoping review-ului și a analizei contextuale, sunt identificate nouă tipologii relevante pentru sistemul de sănătate românesc, grupate în patru categorii: reforma mecanismelor de plată, modele organizaționale hibride, surse suplimentare de capital și instrumente inovatoare bazate pe rezultate.

Reforma tarifelor DRG prin contabilitate analitică de costuri reprezintă cel mai urgent și mai fezabil model, deoarece nu schimbă arhitectura sistemului, ci îi corectează calibrarea. Germania (sistemul G-DRG, revizuit anual pe baza datelor de costuri furnizate de circa 280 de spitale), Franța (sistemul GHM - Groupes Homogènes de Malades - cu actualizări bazate pe studii naționale de costuri) și Polonia (JGP - Jednorodne Grupy Pacjentów, cu actualizări prin baza de date a Agenției de Evaluare a Tehnologiilor Medicale) demonstrează că un sistem DRG revizuit periodic și transparent generează tarife mai apropiate de costurile reale, reducând decalajul structural documentat [10, 11].

Finanțarea bazată pe performanță (Pay for Performance - P4P) - sistemul Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) 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). Olanda a integrat principii de sănătate bazată pe valoare în contractele cu spitalele pentru patologii selectate, cu reduceri documentate ale ratelor de readmisie [12].

Contractele de performanță energetică (Energy Performance Contracts - EPC/Energy Service Company - ESCO) sunt deosebit de relevante pentru România, dat fiind că spitalele publice operează, în majoritate, în clădiri cu consumuri energetice de 2-3 ori mai mari decât standardele europene actuale. În modelul EPC, compania ESCO investeste în reabilitarea energetică (izolație termică, sisteme de climatizare, panouri fotovoltaice) și recuperează investiția din economiile generate, pe 7-15 ani - fără capital propriu al spitalului. Austria, Cehia și Slovacia raportează reduceri de 30-50% ale cheltuielilor energetice [13]. Cadru legal este clarificat în România prin Legea nr. 121/2014 privind eficiența energetică, cu modificările ulterioare.

Fondurile europene (Planul Național de Redresare și Reziliență - PNRR, Programul Sănătate 2021-2027, Programul Național de Investiții în Infrastructura Unităților Spitalicești - PNIIUS) reprezintă cea mai avantajoasă sursă alternativă de capital pentru România - granturi nerambursabile cu alocări totale de peste 20 miliarde lei pentru sănătate. Principala constrângere nu este disponibilitatea fondurilor, ci capacitatea instituțională de pregătire, lansare și implementare a proiectelor [3]. (Tabelul 5)

Lectura matricei permite identificarea a trei grupuri strategice: (1) grupul prioritar - reforma tarifelor DRG și fondurile europene (impact 5/5, fezabilitate 4/5, risc fiscal 1-2/5); (2) grupul de mediu termen - P4P, contractele EPC și parteneriatele public-privat (PPP) pentru servicii de suport; și (3) grupul de lung termen - plata pe episod de îngrijire și sănătatea bazată pe valoare, care necesită pre-reușite instituționale substanțiale (sistem

**Tabelul 5. Matricea comparativă a modelelor alternative de finanțare - evaluare multidimensională pentru contextul românesc**

Model de finanțare	Impact sus-tenab. (1-5)	Fezabilitate România (1-5)	Capacitate admin. (1=mică)	Orizont de implementare	Risc fiscal (1=mic)	Exemplu european
Reforma TCP prin contabilitate analitică de costuri	5	4	3	1-3 ani	2	Germania (G-DRG), Franța (GHM), Polonia (JGP)
Fonduri europene (PNRR, Programul Sănătate 2021-2027, PNIUS)	5	4	4	1-5 ani	1	Toate statele membre UE
Contracte EPC/ESCO pentru reabilitare energetică	3	3	2	1-3 ani	1	Austria, Cehia, Slovacia (30-50% economii)
Finanțarea bazată pe performanță P4P / bonus-malus calitate	4	3	4	3-5 ani	2	Anglia (CQUIN), Olanda (Value-Based)
Parteneriat public-privat pentru servicii non-clinice	3	3	3	2-5 ani	2	Portugalia (Loures), Italia (Lombardia)
Plata pe episod de îngrijire (Bundled Payments)	4	2	5	5-8 ani	3	SUA (BPCI Advanced), Olanda (DOT)
Asigurări complementare de sănătate	3	3	3	4-7 ani	2	Franța, Germania, Olanda

TCP = tarif pe caz ponderat; P4P = Pay for Performance; BPCI = Bundled Payments for Care Improvement; DOT = Diagnose-behandelcombinaties. Scorurile reflectă evaluarea bazată pe sinteza literaturii internaționale și pe analiza constrângerilor specifice României.

informatic integrat, baze de date clinice individuale, capacitate de contractare sofisticată) indisponibile în prezent în sistemul public românesc.

## 5. MECANISME DE EFICIENTIZARE OPERAȚIONALĂ ȘI MATRICEA DE PRIORITIZARE

Eficientizarea cheltuielilor operaționale reprezintă marja de manevră imediată a managementului spitalicesc și condiția necesară pentru maximizarea efectului oricărui resurse suplimentare generate de reforma finanțării. Subcapitolele de față sintetizează principalele pârghii de eficientizare cu suport empiric robust în literatura internațională, evaluate în raport cu contextul specific al spitalelor publice românești.

### 5.1. Achizițiile centralizate - câștigul rapid cu cel mai ridicat impact

Gruparea achizițiilor mai multor spitale din același județ sau regiune permite negocierea unor prețuri mai

bune prin volum consolidat. Experiența pilotului Oficiului Național pentru Achiziții Centralizate (ONAC) din România a demonstrat economii de 20-35% față de achizițiile individuale ale spitalelor pentru categorii de medicamente selectate (Ministerul Sănătății, 2023). Franța raportează economii de 15-20% prin Unité Générale des Achats Publics (UGAP); Polonia - 12-18% prin Agenția Națională de Achiziții. Extinderea sistematică a acestui mecanism la materiale sanitare, reactivi și servicii de laborator reprezintă intervenția cu cel mai ridicat raport impact/efort pe termen scurt, fezabilă fără modificări legislative majore [14].

### 5.2. Managementul farmaceutic - protocoale și controlul stocurilor

Medicamentele reprezintă 14-17% din cheltuielile totale ale SCJU analizate. Adoptarea și monitorizarea respectării formularului terapeutic al spitalului - lista de medicamente aprobate pentru utilizare internă, cu



genericile și biosimilarele echivalente - este cel mai eficient instrument de control. Creșterea ratei de utilizare a genericilor de la 60% la 80% reduce cheltuielile farmaceutice cu 8–15%, fără impact demonstrat asupra rezultatelor clinice (Farrar et al., 2010). Implementarea unui sistem de gestiune a depozitului (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% [15].

### 5.3. Reducerea duratei medii de spitalizare

Durata medie de spitalizare (DMS) 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) - sub media națională, dar cu potențial suplimentar de reducere la 5,2–5,3 zile (media DRG națională pe cazuri ponderate, conform Anexei 23A). Fiecare zi redusă din DMS la SCJU Bihor - cu 74.122 cazuri/an - echivalează cu ~74.000 zile de spitalizare economisite. La un cost estimat de 400–600 lei/zi, economia potențială este de 30–45 milioane lei/an, redirectionabili spre investiții sau spre reducerea presiunii bugetare. Condițiile necesare: protocoale clinice bazate pe dovezi, planificare a externării din momentul internării, acces rapid la investigații și existența alternativelor ambulatorii [16].

### 5.4. Contractele de performanță energetică

Cheltuielile cu energia și utilitățile au crescut dramatic în contextul crizei energetice din 2021–2023. La cheltuieli cu energia estimate la 5–8% din total (40–70 milioane lei/an la un SCJU de dimensiunea celor din eșantion), o reducere de 40% prin EPC generează economii de 16–28 milioane lei/an per spital - fără investiție de capital propriu, riscul de performanță energetică fiind transferat companiei ESCO prin contract.

### 5.5. Digitalizarea și sistemul informatic spitalicesc

România alocă prin PNRR 100 milioane euro pentru digitalizarea a 60 de instituții publice de sănătate. Un sistem informatic spitalicesc (Hospital Information System - HIS) complet integrat - care conectează admiterea, prescripția, farmacia, laboratorul, facturarea DRG și raportarea - reduce costurile administrative cu 8–12%, elimină erorile de codificare DRG (recuperând venituri subdecontate) și creează infrastructura de date necesară pentru orice alt program de eficientizare [3]. (Tabelul 6)

## 6. MODELUL DE SUSTENABILITATE FINANCIARĂ TRIFOCAL (MSFT) ȘI CADRUL INTEGRAT DE IMPLEMENTARE

Pe baza analizei empirice și a scoping review-ului, lucrarea propune Modelul de Sustenabilitate Financiară Trifocal (MSFT), artikulat pe trei componente simultane și interdependente, corespunzând celor trei niveluri de acțiune identificate în cadrul analitic.

**Componenta 1 - Finanțarea adecvată (FA).** Variabila independentă principală: raportul dintre TCP real și costul mediu verificat per caz ponderat.  $FA \geq 1$  (TCP aco-

peră costul real) este condiția necesară pentru funcționarea celorlalte componente.  $FA < 1$  creează un deficit structural care neutralizează orice câștig de eficiență operațională pe termen mediu. Vectorii de acțiune: reforma tarifelor DRG prin contabilitate analitică de costuri, fonduri europene nerambursabile, PPP pentru servicii non-clinice.

**Componenta 2 - Eficiența operațională (EO).** Variabila mediator: setul de practici manageriale care optimizează utilizarea resurselor disponibile. EO se măsoară prin: DMS față de referința DRG națională, ponderea cheltuielilor de personal față de pragul critic de 70%, rata achizițiilor centralizate, rata utilizării genericilor, consumul energetic specific. Vectorii de acțiune: intervențiile din Grupul A și B ale matricei de decizie (Tabelul 6).

**Componenta 3 - Calitatea și accesibilitatea (CA).** Variabila de rezultat și de feedback: calitatea îngrijirilor și accesibilitatea serviciilor. CA se măsoară prin rata mortalității, rata infecțiilor asociate asistenței medicale, satisfacția pacienților, DMS ajustată pentru ICC. CA retroacționează pozitiv asupra FA prin mecanismul Return on Quality - calitate mai bună generează mai puține complicații și readmisii, reducând costurile - și asupra EO, prin atragerea unui mai mare volum de cazuri complexe și a finanțărilor de performanță.

Relațiile dintre componente sunt non-liniare și se condiționează 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. Cazul SCJU Cluj-Napoca validează empiric MSFT: este singurul spital din eșantion care acționează concomitent pe EO (DMS optimizat, productivitate ridicată) și CA (mortalitate 1,78%, satisfacție 97,96%), obținând rezultate superioare în pofida FA sistemice insuficiente.

### 6.1. Roadmap de implementare etapizat

Roadmap-ul din Tabelul 7 traduce matricea de decizie într-un plan de implementare structurat pe patru etape, corespunzând unui orizont de 7+ ani. Etapele sunt proiectate astfel încât fiecare să creeze prerequisite pentru etapa următoare - respectând principiul secvențierii corecte a reformelor, identificat ca risc critic de guvernanță.

## 7. DISCUȚII

Rezultatele confirmă ipoteza principală a lucrării: subfinanțarea structurală - nu ineficiența managerială - este cauza primară a crizei de sustenabilitate a spitalelor publice din România. Decalajul structural dintre TCP și costul real al serviciilor, creșterile salariale legislative necorelate cu reforma tarifară și subinvestiția cronică în infrastructură sunt fenomene sistemice, nu accidente organizaționale individuale [4, 17].

Comparativ cu literatura internațională, România se regăsește în categoria țărilor cu sisteme DRG suboptimal calibrate. Spre deosebire de Germania sau Franța -

**Tabelul 6. Matricea de prioritizare a intervențiilor de eficientizare - scor compozit impact-viteză-fezabilitate**

Intervenție	Impact financiar (1-5)	Viteză efecte (1-5)	Fezabilitate organiz. (1-5)	Scor compozit	Categorie cheltuieli impactată
<b>- GRUP A: PRIORITATE RIDICATĂ (scor ≥ 9) —</b>					
Actualizarea TCP prin contabilitate analitică (pilot național)	5	3	4	12,0	Toate categoriile - efect sistemic
Achiziții centralizate medicamente și materiale sanitare (ONAC/CJ)	4	4	4	12,8	Medicamente: 20-35% economii
Formulare terapeutice și protocoale de prescripție (generice)	4	4	3	9,6	Medicamente: 8-15% economii
Contracte EPC/ESCO pentru reabilitare energetică	3	4	4	9,6	Energie și utilități: 30-50% economii
Transparență obligatorie - rapoarte anuale standardizate	4	4	5	12,8	Guvernanță - condiționează toate celelalte
<b>- GRUP B: PRIORITATE MEDIE (scor 5-8,9) —</b>					
Reducerea DMS prin protocoale clinice și planificare externare	4	3	3	7,2	Cost per caz: 0,5-1,5%/zi redusă
Optimizarea mixului de competențe și programare inteligente	3	3	3	5,4	Personal: 5-10% ore suplimentare
Implementare HIS integrat (finanțat PNRR)	4	2	3	4,8	Administrativ: 8-12%; DRG codificare
Creșterea ponderii spitalizării de zi (conversie cazuri eligibile)	4	2	2	3,2	Cost per caz: -30-50% vs. continuă
<b>- GRUP C: TERMEN LUNG (fezabilitate condiționată) —</b>					
PPP servicii suport non-clinice (imagistică, laborator)	3	2	2	2,4	Servicii suport: 15-20% economii
Componentă P4P în contractul -cadru CNAS	4	2	2	3,2	Efect sistemic indirect (stimulente)

Scorul compozit = (Impact × Viteză × Fezabilitate) / 5. Impact: 1 = minim, 5 = transformativ. Viteză: 1 = lent (>5 ani), 5 = rapid (<12 luni). Fezabilitate: 1 = bariere majore, 5 = cadru normativ existent. TCP = tarif pe caz ponderat; DMS = durată medie spitalizare; PPP = parteneriat public-privat; P4P = Pay for Performance.

unde tarifele sunt revizuite anual pe baza datelor reale de costuri colectate de la sute de spitale —, România nu dispune de o bază națională de costuri actualizată periodic, ceea ce face din TCP o aproximare brută, nu o reflectare a costului real al actului medical [10, 11]. Consecința este că o creștere de 10% a TCP la SCJU Bihor (de la 1.854 lei la ~2.040 lei) ar genera venituri suplimentare de ~13,9 milioane lei/an numai pentru acest spital - iar la nivel național, cu circa 3,5 milioane de cazuri DRG pe an, o creștere de 10% a TCP echivalează cu 7-8 miliarde

lei efort bugetar suplimentar anual, ceea ce confirmă că reforma tarifară necesită o abordare progresivă, bazată pe date verificate de cost.

Variabilitatea ICC (1,57-2,25) fără ajustare tarifară corespunzătoare generează o inechitate structurală: spitalele cu cazistică mai complexă furnizează servicii mai costisitoare la tarife similare cu spitalele cu profil mai simplu. Aceasta descurajează specializarea și investiția în tratamente de înaltă complexitate - efect opus obiectivelor declarate ale politicii de sănătate [12].

Tablul 7. Roadmap de implementare - patru etape, acțiuni prioritare și livrabile

Etapă / An	Acțiuni prioritare	Livrabile măsurabile	Responsabilitate și resurse
Etapa 1 Anul 1	1. Audit financiar și operațional complet (structura cheltuielilor, indicatori de bază) 2. Lansarea procedurii de achiziție centralizată (CJ sau ONAC) 3. Audit energetic și identificarea proiectelor EPC eligibile 4. Publicarea primului raport anual dezagregat (toți indicatorii Ord. 3626/2022)	• Baza de date indicatori cheie de performanță funcțională • Contract-cadru achiziții centralizate semnat • Raport audit energetic finalizat • Raport anual publicat	Manager + Director economic Surse: buget propriu (audit) + PNRR (digitalizare) Partener: Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică pentru validarea indicatorilor
Etapa 2 Anii 2–3	5. Implementarea HIS integrat (admitere, farmacie, laborator, facturare DRG) 6. Semnarea contractelor EPC/ESCO și demararea reabilitării energetice 7. Adoptarea formularului terapeutic și a protocoalelor de prescripție 8. Pilot reducere DMS: protocoale de externare accelerată pe 3–5 specialități	• HIS în producție $\geq 80\%$ secții • Consum energetic redus cu 15–25% • Rata generice crescută cu $\geq 15$ puncte procentuale • DMS redus cu 0,3–0,5 zile față de baseline	Director medical + IT Surse: PNRR (100 milioane euro digitalizare) + EPC (fără capital propriu) Partener: ESCO contractat, furnizor HIS
Etapa 3 Anii 4–6	9. Extinderea spitalizării de zi la $\geq 45\%$ din total episoade (față de $\sim 30\%$ actual) 10. Negocierea componentei P4P în contractul CNAS (cu MS și CNAS) 11. Pilot PPP pentru un serviciu de suport (imagistică sau laborator) 12. Telemedicină pentru controlul pacienților cronici (cardiovascular, diabet)	• Pondere spitalizare de zi $\geq 45\%$ • Contractul P4P semnat și operațional • PPP pilot funcțional, economii documentate • $\geq 20\%$ controale cronice prin telemedicină	Manager + Consiliul de Administrație Surse: bonusuri P4P (CNAS) + investiție privată (PPP) Partener: CNAS, autoritate tutelară, operator privat
Etapa 4 Anii 7+	13. Pilot plata pe episod de îngrijire (artroplastie, cardiologie intervențională) 14. Evaluarea sustenabilității financiare și decizia privind extinderea modelelor PPP 15. Publicarea raportului de impact comparat față de baseline 16. Refinanțare ciclică din fonduri europene 2028–2034	• Rata de acoperire a cheltuielilor din venituri $\geq 1,05$ (față de $< 1,00$ la start) • % cheltuieli personal $\leq 62\%$ (față de $\sim 66\%$ la start) • DMS $\leq 5,3$ zile (media DRG națională) • Satisfacție pacienți $\geq 90\%$	Manager + MS + CNAS Surse: fonduri proprii consolidate + fonduri europene 2028–2034 Evaluare: audit extern independent anual

DMS = durată medie de spitalizare; EPC = Energy Performance Contract; ESCO = Energy Service Company; HIS = Hospital Information System; MS = Ministerul Sănătății; ONAC = Oficiul Național pentru Achiziții Centralizate; P4P = Pay for Performance; PPP = parteneriat public-privat.

Cazul SCJU Cluj-Napoca validează empiric componenta CA a Modelului de Sustenabilitate Financiară Trifocal: o mortalitate de 1,78%, o satisfacție de 97,96% și un ICC în creștere demonstrează că investiția în calitate nu este un simplu cost social, ci generează un dividend financiar pe termen mediu prin reducerea complicațiilor, a readmișiilor și a riscurilor de litigiu - confirmând mecanismul Return on Quality [18]. Lecția pentru politicile publice nu este că banii nu contează, ci că folosirea eficientă a resurselor disponibile este o variabilă managerială reală, nu un deziderat teoretic.

Asimetria transparenței publice - un singur spital din cinci care publică date complete - are consecințe directe dincolo de limitele academice ale acestui studiu: face imposibilă monitorizarea eficientă de către CNAS (care contractează servicii fără a cunoaște costul real), de către auto-

ritățile tutelare și de către cetățeni. Reformele de finanțare fără reformă simultană a transparenței raportării riscă să reproducă aceleași ineficiențe în noul cadru instituțional [9].

Spre deosebire de literatura optimistă privind parteneriatul public-privat (PPP) ca soluție de referință pentru modernizarea infrastructurii spitalicești (Preker și Harding, 2003), lucrarea de față adoptă o poziție mai prudentă, fundamentată pe experiența negativă a unor PPP din Marea Britanie și Portugalia. Capacitatea instituțională de contractare și monitorizare a PPP complexe este insuficient dezvoltată în România, iar riscul de capturare a reformei este documentat în achizițiile publice din sectorul sanitar. PPP nu este exclus ca instrument, dar este poziționat în Grupul C (termen lung, condiționat de pre-requisite de capacitate).

**Tabelul 8. Sinteza recomandărilor structurate pe niveluri de responsabilitate**

Nr.	Decidenți naționali (MS, CNAS, Ministerul Finanțelor Publice)	Autorități tutelare (consilii județene, primării)	Management spitalicesc
R1–R4 Finanțare	R1. Actualizare sistematică TCP prin contabilitate analitică de costuri (pilot 10–15 spitale, extindere națională în 3 ani) R2. Reformă mecanismului de ajustare pentru ICC - tarife diferențiate per grupă de complexitate R3. Introducere componentă P4P (2–3% din contractul CNAS) pentru indicatori verificabili de calitate R4. Condiționare explicită: orice majorare salarială legislativă să fie însoțită simultan de actualizare TCP	R5. Cofinanțare investiții infrastructură spitalicească din bugetele județene (minimum 5% din cheltuielile spitalului) R6. Constituie fond de garanție județean pentru contractele EPC/ESCO în spitalele din subordine	R7. Diversificarea surselor de venit proprii (servicii cu plată, donații, contracte de cercetare) R8. Accesare sistematică fonduri europene PNRR și Programul Sănătate 2021–2027 pentru investiții de capital
R9–R11 Eficiență operațională	R9. Extindere obligatorie achiziții centralizate prin ONAC la toate spitalele publice de tip SCJU R10. Elaborare și monitorizare obligatorie protocoale naționale de prescripție și formulare terapeutice	R11. Centralizare achiziții medicamente și materiale sanitare la nivel județean pentru spitalele din subordine	R12. Implementare program de reducere DMS cu 0,5 zile/an prin management activ al fluxului pacientului și creșterea ponderii spitalizării de zi la $\geq 45\%$
R13 Guvernanță	R13a. Obligativitate legală: publicarea anuală a rapoartelor de activitate dezagregate (toți indicatorii Ord. 3626/2022) ca condiție de contractare cu CNAS	R13b. Monitorizare și evaluare anuală a managerilor pe baza indicatorilor cheie de performanță din contractul de management	R13c. Implementare tablou de bord managerial integrat (toți indicatorii financiari și operaționali) cu actualizare lunară

ICC = indice de complexitate a cazurilor; MS = Ministerul Sănătății; ONAC = Oficiul Național pentru Achiziții Centralizate; P4P = Pay for Performance; TCP = tarif pe caz ponderat.

## 8. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Prezentul articol (asemenea lucrării științifice pe care se bazează) demonstrează că sustenabilitatea financiară a spitalelor publice din România este amenințată în primul rând de factori structurali - un tarif DRG cronic subdimensionat, creșteri salariale legislative neacoperite de ajustări tarifare corespunzătoare și subinvestiție cronică în infrastructură - , nu de ineficiența individuală a managementului spitalicesc. Diagnosticul empiric pe panelul celor cinci SCJU confirmă că variabilele de politică publică (nivelul TCP, gradul de ajustare pentru ICC, politica de investiții) explică mai mult din variația performanței financiare decât variabilele organizaționale interne.

Contribuțiile de noutate ale lucrării includ: (1) prima bază de date panel comparativă pentru SCJU din România (2022–2024); (2) demonstrarea empirică a decalajului structural TCP–cost real prin date oficiale centralizate (Ordinul MS/CNAS nr. 1018/528/2025); (3) Modelul de Sustenabilitate Financiară Trifocal (MSFT); (4) matricea de evaluare comparativă a nouă modele alternative de finanțare; (5) instrumentul de prioritizare a 13 intervenții de eficientizare prin scor compozit; și (6) identificarea transparenței publice ca variabilă de management independentă cu impact direct asupra sustenabilității.

Sunt formulate 13 recomandări structurate pe trei niveluri de responsabilitate: (Tabelul 8)

Limitele principale ale lucrării sunt: asimetria critică a transparenței publice a datelor (un singur spital din

cinci cu rapoarte complete), absența datelor bilanțiere dezagregate și caracterul preponderent descriptiv al analizei cantitative ( $n=5$  nu permite econometrie panel cu efecte fixe). Cercetarea viitoare ar trebui să extindă eșantionul la toate SCJU din România, să utilizeze modele econometrice panel - dacă transparența raportării va fi îmbunătățită structural - și să valideze prospectiv impactul intervențiilor prioritizate în matricea de decizie.

Mesajul central al lucrării poate fi formulat concis: România nu va rezolva criza de sustenabilitate a spitalelor publice prin eficientizare operațională singură, oricât de riguroasă ar fi aceasta. Ea necesită concomitent o reformă a modelului de finanțare - în special a mecanismului de tarifare DRG - și o investiție în capacitatea instituțională de management, transparență și monitorizare. Modelul MSFT și instrumentele practice propuse oferă un cadru operaționalizabil pentru ambele dimensiuni ale reformei.

## MULȚUMIRI

Lucrarea nu a beneficiat de finanțare externă și nu implică conflicte de interese. Autoarea mulțumește instituțiilor care au pus la dispoziție public datele utilizate: Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca, Spitalul Clinic Județean de Urgență Bihor, Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Institutul Național de Statistică și Ministerul Sănătății al României.

### Bibliografie

1. Papanicolas I, Mossialos E, Gundersen A, Woskie L, Jha AK. Performance of UK National Health Service compared with other high income countries: observational study. *BMJ*. 2019;367:l6326.
2. Ministerul Sănătății. Raport de activitate 2023. București: MS; 2024.
3. OECD. OECD Reviews of Health Systems: Romania 2025. Paris: OECD Publishing; 2025.
4. Academia de Studii Economice & Rețeaua Regina Maria. Analiza sustenabilității financiare a spitalelor publice din România. București: ASE; 2025.
5. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-73.
6. Spitalul Clinic Județean de Urgență Bihor. Raport de activitate 2024. Oradea: SCJU Bihor; 2025.
7. Spitalul Clinic Județean de Urgență Cluj-Napoca. Raport de activitate 2022–2023. Cluj-Napoca: SCJU Cluj; 2023.
8. Ministerul Sănătății & Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Ordinul nr. 1018/528/2025 privind aprobarea normelor metodologice - Anexa 23A. *Monitorul Oficial al României* nr. 312; 2025.
9. Vlădescu C, Scintee SG, Olsavszky V, Hernandez-Quevedo C, Sagan A. Romania: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2016;18(4):1-170.
10. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M, editors. *Diagnosis-Related Groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press; 2011.
11. Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S, editors. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Washington DC: World Bank; 2009.
12. Ellis RP, McGuire TG. Provider behavior under prospective reimbursement. *J Health Econ*. 1986;5(2):129-51.
13. Agenția Europeană pentru Mediu. *Energy Efficiency in Buildings*. Copenhagen: AEM; 2022.
14. Ministerul Sănătății. Raport pilot achiziții centralizate ONAC. București: MS; 2023.
15. Kelle P, Woosley J, Schneider H. Pharmaceutical supply chain specifics and inventory solutions for a hospital case. *Oper Res Health Care*. 2012;1(2-3):54-63.
16. Rechel B, Wright S, Edwards N, Dowdeswell B, McKee M, editors. *Investing in Hospitals of the Future*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
17. Cylus J, Papanicolas I, Smith PC, editors. *Health System Efficiency: How to Make Measurement Matter for Policy and Management*. Copenhagen: WHO/European Observatory; 2016.
18. Mazzocato P, Savage C, Brommels M, Aronsson H, Thor J. Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(5):376-82.
19. Institutul Național de Statistică. *Activitatea unităților sanitare 2022–2023*. București: INS; 2024.
20. Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Raport de activitate 2024. București: CNAS; 2025.