

UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
ȘCOALA DOCTORALĂ DE ADMINISTRAȚIE ȘI POLITICI
PUBLICE

TEZĂ DE DOCTORAT
REZUMAT

Coordonator științific

Prof. univ. dr. Dan Lazăr

Doctorand

SUCIU (PINTEA) ALEXANDRA

CLUJ-NAPOCA

2022



UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
BABEȘ-BOLYAI TUDOMÁNYEGYETEM
BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITAT
BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY
TRADITIO ET EXCELLENTIA

Facultatea de Științe Politice, administrative și ale Comunicării

ȘCOALA DOCTORALĂ DE

ADMINISTRAȚIE ȘI POLITICI PUBLICE



CADRUL EUROPEAN AL FINANȚĂRII SĂNĂTĂȚII ȘI EFICIENȚA FINANȚĂRILOR ALTERNATIVE

Coordonator științific

Prof. univ. dr. Dan Lazăr

Doctorand

Alexandra Pinteș

CLUJ-NAPOCA

2022

Cuprins

Introducere	2
Capitolul 1: Cadrul general, obiectivele și componentele finanțării sănătății	3
1.1. Obiectivele politicii de finanțare a sănătății	4
1.2. Cadrul organizării sistemelor de finanțare a sănătății	5
1.3. Constrângeri fiscale și factori contextuali	6
1.4. Fragmentarea și alinierea - corelarea cu obiectivele	7
1.5. Diagnosticul finanțării sănătății la nivel național	8
1.6. Coplata - efecte asupra cererii și redistribuirii	9
1.7. Asigurările voluntare de sănătate – cazul Uniunii Europene	10
Capitolul 2: Sisteme naționale de sănătate din țările europene	11
2.1. Sisteme de sănătate ale statelor din vestul Europei	11
2.2. Sisteme de sănătate ale statelor din nordul Europei	14
2.3. Sisteme de sănătate ale statelor din sudul Europei	15
2.4. Statistici ale îngrijirii sănătății în statele Europei	16
Concluziile capitolului	19
Capitolul 3: Sistemul de finanțare a sănătății din România	19
3.1. Obiectivele și structura sistemului de sănătate din România	19
3.2. Metode de finanțare a sistemului medical din România	20
3.3. Serviciile medicale oferite	21
3.4. Fundamentarea cheltuielilor bugetare	22
Concluziile capitolului	24
Capitolul 4: Susținerea sănătății prin asigurări voluntare private și finanțări colaterale	24
4.1. Eficiența și echitatea finanțării sănătății	24
4.2. Determinanți ai dezvoltării asigurărilor private de sănătate în țările europene	25
4.3. Efectul finanțării totale și al asigurărilor voluntare private asupra sănătății populației	28
4.4. Efectele finanțării sportului asupra performanțelor sportive și a sănătății populației	31
Concluziile capitolului	32
Concluzii finale	33
Bibliografie	35

INTRODUCERE

Tema tezei

Sănătatea este cel mai important lucru atât pentru om cât pentru întreaga societate, constituie condiția participării la viața socială și politică deoarece sănătatea nu reprezintă numai un bun al unui individ ci este o importantă resursă economică a țării. Modalitatea în care guvernele sunt preocupate de sănătatea poporului se regăsește în sistemul asigurărilor sociale de sănătate. Compararea sistemului de sănătate din țara noastră cu sistemele medicale din alte țări contribuie atât la înțelegerea factorilor de influență între planul economic și social cât și la identificarea surselor de finanțare care pot fi abordate în vederea adoptării și implementării unor programe medicale noi care să satisfacă o parte cât mai mare din populație. Analiza procesului de reformare și finanțare a sistemului medical constituie o temă de o importanță majoră atât în vederea diagnosticării obiective a sistemului medical național prin compararea cu sistemele medicale ale altor țări și identificarea unor noi posibilități de finanțare.

Obiectivul principal

Obiectivul principal al acestei teze, este de a înțelege mai bine problematica globală a finanțării sănătății prin corelarea teoriei economice cu situația comparativă a sistemelor țărilor europene și de a testa eficiența unor alternative de finanțare asupra sănătății și longevității populației.

Teza se va concentra în jurul a trei chestiuni majore:

1. Aspectele teoretice pe care trebuie să se bazeze construcția unui sistem robust și eficient de finanțare a sănătății.
2. Identificarea sistemelor constructive posibile pentru finanțare prin compararea critică a unor sisteme naționale europene.
3. Studiul efectelor unor alternative de finanțare asupra sănătății și longevității.

Structura

Capitolul 1. Cadrul general, obiectivele și componentele finanțării sănătății. Se abordează mai întâi problema obiectivelor finanțării. Acestea provin din teoria economică și medical și din experiența practică a sistemelor de sănătate.

Capitolul 2. Sisteme naționale de sănătate din țările europene. Se pune accentul pe realitatea observată la nivele naționale. Sunt comparate sisteme de sănătate din țările europene. Sunt analizate distribuția geografică și corelațiile dintre unii indicatori agregați la nivel național: finanțări, tendințe, resursa umană, etc.

Capitolul 3. Sistemul de finanțare a sănătății din România. Pentru o analiză mai detaliată s-a detaliat un sistem național, cel românesc. Sunt observate: obiectivele sistemului de finanțare, structura sistemului medical, metodele de finanțare, serviciile oferite, cadrul juridic și fundamentarea cheltuielilor bugetare.

Capitolul 4. Susținerea sănătății prin asigurări voluntare private și finanțări colaterale. Sunt identificați factorii determinanți ai dezvoltării asigurărilor voluntare private de sănătate în țările europene. Sunt demonstrate de asemenea cauzalitățile dintre nivelul general al finanțării sistemului de sănătate, dezvoltarea asigurărilor private de sănătate, descentralizarea serviciilor medicale, speranța de viață și accesibilitatea la serviciile medicale și efectele finanțării sportului asupra sănătății.

Concluziile finale. Cuprind o privire de ansamblu asupra tezei, cu specificarea clară a elementelor de originalitate ale lucrării, recomandări de studiu a piețelor naționale de sănătate și posibile direcții de dezvoltare teoretică a domeniului.

Capitolul 1. Cadrul general, obiectivele și componentele finanțării sănătății

Cererea crescută de finanțare și limitele în care aceasta se poate realiza trebuie luate în considerare atunci când se dorește reformarea sistemului. În Europa, tipologia sistemelor naționale de sănătate are rădăcini adânci chiar și de ordin cultural. Astfel, încercarea de reformă prin consultări și dezbateri publice duce mai degrabă la modificări minore decât la o reformă profundă a sistemului. Pentru inițierea reformelor sistemice, țările pot conta pe sprijinul OMS, care furnizează un cadru tehnic de analiză destul de flexibil, permițând adaptări de la un caz la altul. Sunt definite mai întâi un set comun de obiective care sunt universal valabile la orice nivel național și provin din valorile fundamentale susținute de OMS. Obiectivele trasează

trendul care ar trebui să fie urmat de către reformele propuse. Se stabilește apoi un cadru global de analiză privind organizarea și funcționarea sistemelor naționale și a relațiilor dintre componentele sale. Analiza se referă apoi la modul în care determinanții cei mai importanți, în special cei legați de limitările de finanțare reduc măsura în care o țară poate reuși să atingă obiectivele fixate.

1.1. Obiectivele politicii de finanțare a sănătății

Obiectivele care se definesc sunt considerate criterii în raport cu care se vor analiza performanțele sistemelor de finanțare a sănătății și efectele reformelor. O definire simplă privind riscul financiar de sănătate spune că oamenii nu ar trebui să devină săraci ca urmare a utilizării asistenței medicale și nici nu ar trebui să fie obligați să aleagă între sănătatea și bunăstarea lor economică.

Se poate trata în mod distinct obiectivul ca sistemul de sănătate să fie finanțat în mod echitabil. Deci ținând cont de disponibilitatea financiară, săracii nu ar trebui să plătească în mod relativ mai mult decât cei bogați. Obiectivul echității în finanțare este definit deci în mare măsură de valoarea de bază a solidarității.

Obiectivul echității utilizării serviciilor de sănătate necesită o oarecare definire și interpretare. Serviciile de îngrijire și resursele disponibile trebuie prioritizate mai degrabă în funcție de nevoile fiecăruia și nu în raport cu posibilitățile financiare ale persoanei. Acest obiectiv este deci legat de utilizare, nu de colectarea resurselor disponibile. Echitatea utilizării are ca și consecință echilibrul distribuirii cheltuielilor și a prestării serviciilor.

Alt obiectiv îl constituie creșterea transparenței și responsabilității sistemului medical în raport cu pacienții și cu populația în general. Acesta este și mai dificil de cuantificat și interpretat. Nu este lipsit de interes să vedem care sunt limitele acestui concept, pentru a permite utilizarea acestuia ca și criteriu practic pentru evaluarea unui sistem de finanțare sau pentru a fi folosit la definirea și implementarea reformelor.

Obiectivul de responsabilitate este de asemenea important, și mai degrabă el poate fi abordat calitativ, nu cantitativ. Dimensiunile acestei probleme variază de la urmărirea și raportarea resurselor financiare, la raportarea a performanței în raport cu unele măsuri convenite, până la îmbunătățirea legitimității guvernului în ochii cetățenilor. Pentru a încuraja și recompensa serviciile de bună calitate și a stimula eficiența organizării și furnizării serviciilor se pot folosi aranjamentele de finanțare. Pentru ca metoda să fie folosită cu succes este necesar ca stimulentele să fie corelate

cu regulile referitoare la furnizorii de servicii și competențele lor privind gestionarea sistemului.

În unele țări un accent cheie al reformelor orientate spre eficiență a fost reducerea infrastructurii fizice a sistemelor de sănătate din cauza costurilor fixe ridicate asociate întreținerii acestora. Un indicator precis al eficienței este raportul dintre cheltuielile aferente costurilor fixe (utilități publice, personal) și cheltuielile aferente tratamentului (medicamente și consumabile medicale).

Eficiența administrativă se preocupă în principal de evitarea suprapunerii sarcinilor și responsabilităților funcționale pentru administrarea sistemului de finanțare. Direcția dorită ar trebui să fie spre maximizarea rentabilității funcțiilor administrative.

1.2. Cadrul organizării sistemelor de finanțare a sănătății

Adesea, sistemele de finanțare a sănătății sunt clasificate în modele sau etichete: Beveridge, Bismarck, Semashko, etc. În țările europene emergente, apartenența la un model dorește să sugereze și reforma făcută, dorind să transmită semnale de schimbare față de perioada în care s-a gestionat foarte autoritar și centralizat. Etichetările nu sunt însă suficiente pentru a descrie precis sistemele existente sau pentru evaluarea posibilelor reforme. Modelul indică în principal sursa de fonduri. Se poate distinge între venituri provenind din bugetele generale nededicate versus veniturile din impozitarea generală a veniturilor populației. Pentru a descrie diferitele sisteme și reforme de finanțare trebuie ținut cont de: colectarea veniturilor, punerea în comun, achiziționarea și politica privind beneficiile și pacientul partajarea costurilor și explicitează interacțiunile dintre acestea, modul în care acestea se raportează la furnizarea de servicii, modul în care se raportează la populație și, în plus, relația lor cu administrarea finanțării.

Pentru a înțelege funcționarea globală a sistemului trebuie evaluate (1) gradul de monopolizare sau de concurență privind punerea în practică a unei funcțiuni și (2) modul de separare sau integrare a funcțiunilor. Se ridică de asemenea problema raportului dintre nivelul contribuției și dreptul la beneficii. În cazul unor țări există astfel de corelații, adică contribuțiile persoanelor fizice dau dreptul la îngrijiri medicale în numele contribuției. Punerea în comun a fondurilor are ca sens mai larg strângerea unor venituri plătite anterior de către membrii unei comunități. Fondurile

pentru asigurarea serviciilor medicale sunt colectate de o multitudine de instituții private sau publice.

Există deci posibile schimbări ale formelor prin care fondurile destinate finanțării se acumulează. Acestea pot afecta (1) modul de protejare al populației împotriva riscului financiar major când utilizează servicii medicale; (2) echitatea distribuției resurselor destinate îngrijirii sănătății; (3) eficiența organizării serviciilor și eficiența administrativă. Obiectivele și măsurile legate de beneficii și cointeresarea pacienților prin partajarea costurilor, folosind coplata, plățile informale sau asigurările voluntare private impun o relație directă între sistemul de finanțare și populația beneficiară.

Administrarea sistemului de finanțare este importantă atât ca și design instituțional și funcțional, cât și ca implementare efectivă. Aceasta este strâns legată de cadrul general de funcționare a sistemului de finanțare și susținerea lui pe cale ierarhică pentru a-i asigura o funcționalitate optimă.

1.3. Constrângeri fiscale și factori contextuali

Țările pot împărtăși valorile esențiale și obiective generale ale sistemelor de sănătate dar există factori care provin din afara sistemului de sănătate și care limitează măsura în care diferite țări pot realiza aceste obiective și valori în practică. Cadrul fiscal reprezintă principala problema conjuncturală și de context pentru finanțarea sănătății. Vorbim aici în principal de modul în care autoritățile statale naționale reușesc să angajeze impozite pe venit și alte surse publice de finanțare, păstrând totuși în echilibru bugetul și cheltuielile totale ale tuturor destinațiilor. Din experiență empirică se observă că sistemele preponderant finanțate din fonduri publice nededicate reușesc să atingă mai bine unele obiective de protecție financiară, echitatea în finanțare și echitatea în utilizare. O bună măsură a contextului fiscal este raportul dintre veniturile publice și PIB. Colectarea impozitelor este de obicei mai dificilă în țările mai sărace, deoarece mai multă populație tinde să trăiască în zonele rurale sau să lucreze în economia informală.

În stabilirea bugetelor pentru sănătate, guvernele nu pot alocă sume nedefinite deoarece trebuie să se încadreze în limitele bugetului general. Sustenabilitatea unui budget din punct de vedere economic trebuie să țină cont de echilibrul dintre venituri și cheltuieli, ceea ce este valabil și atunci când ne referim la sumele destinate

sănătății. Sustenabilitatea nu este un obiectiv în sine care trebuie atins, ci mai degrabă o cerință ce provine din principii economice.

Analiza datelor privind cheltuielile cu sănătatea din Europa ilustrează relația inversă puternică dintre (1) cheltuielile guvernamentale pentru sănătate ca procent din PIB și (2) ponderea cheltuielilor totale ale sistemului de sănătate care vin sub forma plăților din buzunar. În consecință, cu cât sumele publice alocate pentru îngrijirea sănătății sunt mai mari, cu atât scade numărul de persoane care achită serviciile în mod direct la utilizarea lor. Aceasta are consecințe asupra obiectivelor propuse privind echitatea finanțării, echitatea utilizării serviciilor de îngrijire și protecția financiară. Alți factori contextuali importanți sunt variabilele demografice și cadrul administrativ.

Ca urmare, alegerea sistemului optim se află sub restricțiile factorilor contextuali care sunt capabili să influențeze semnificativ posibilitățile de implementare a reformelor.

1.4. Fragmentarea și alinierea - corelarea cu obiectivele

Fragmentarea mecanismelor de finanțare a sănătății este problematică în multe privințe. Ca și consecință, o preocupare politică importantă în multe țări este reducerea sau eliminarea fragmentării. Obiectivele protecției financiare și accesul la îngrijire sunt cel mai bine deservite prin acorduri de grupare a riscurilor care maximizează potențialul de subvenționare încrucișată de la cei sănătoși la cei bolnavi. Este demonstrat că cu cât grupul este mai mare cu atât este mai mare protecția împotriva riscurilor.

O altă problemă provocată de fragmentare este posibilă eficiență scăzută a organizării și funcționării furnizorilor de servicii (spitale, medici de familie sau generaliști, etc). Pentru a reduce acest inconvenient, în unele țări, diferitele fonduri teritoriale au fost integrate vertical.

Existența unor programe speciale dedicate pentru tuberculoză, HIV, abuz de droguri creează de asemenea fragmentare. Este dificil să se realizeze sisteme de punere în comun, chiar dacă o parte din pacienți sunt aceiași în diferite programe. Bugetele diferite acordate diferitelor programe sunt sursa principală de fragmentare. Aceasta se întâmplă pentru că în cadrul fiecărui program se gestionează separat raportul dintre bugetul care trebuie gestionat și intervențiile realizate.

Alinierea se referă în primul rând la coordonarea cât mai eficientă dintre obiectivele fixate ca țintă prin politici și instrumentele de finanțare a sănătății. Lipsa corelărilor poate aduce chiar efecte nedorite ale finanțărilor. În unele sisteme naționale există neconcordanțe majore între măsurile care se iau cu scop reformativ în politica de achiziții și acordurile de guvernanță care reglementează entitățile prestatoare de servicii medicale din sistemul de stat.

O prioritizare exagerată îndreptată împotriva unui singure componente a reformei poate provoca probleme legate de aliniere. Dacă crearea unui pachet integrat de beneficia impune un volum laborios de estimare a costului prognozat al serviciilor de care se beneficiază este de dorit ca rezultatele generate de aceste estimări să se regăsească într-un pachet aflat la îndemâna înțelegerii beneficiarului.

1.5. Diagnosticul finanțării sănătății la nivel național

Acoperirea medicală universală (AMU) poate fi definită ca oferind protecție financiară împotriva costurilor utilizării serviciilor de sănătate pentru toți oamenii dintr-o țară, precum și permițându-le să obțină serviciile de sănătate de care au nevoie, acolo unde aceste servicii ar trebui să fie de o calitate suficientă pentru a fi eficiente. Această definiție cuprinde trei obiective specifice: (1) Echitate în utilizarea serviciilor de sănătate; (2) Calitatea îngrijirii; și (3) Protecția financiară. Există câteva aspecte ce trebuie studiate pentru a realiza un diagnostic.

Contextul fiscal general național este foarte legat de capacitatea economică și administrativă a unei țări, iar cea mai importantă componentă succedentă este capacitatea fiscală.

Specificitățile administrației publice. Structura și modul de funcționare al autorităților publice centrale are de asemenea efect asupra îndeplinirii obiectivelor AMU. Acestea pot impacta de asemenea asupra posibilităților de implementare ale diferitelor alternative de reformare.

Gestiunea financiară a sectorului public se referă la modul în care se constituie bugetul de stat, controlul existent în acest proces, distribuirea cheltuielilor și modul de raportare a acestora.

Modalitățile de finanțare. Este necesară o imagine de ansamblu descriptivă solidă a sistemului de finanțare a sănătății ca bază pentru identificarea domeniilor sistemului de finanțare a sănătății care ar putea cauza subperformanța sistemului în raport cu obiectivele AMU și obiectivele intermediare.

Mecanisme de creștere a veniturilor. Este important să se ia în considerare detaliat modul în care sunt colectate veniturile și modul în care sunt structurate contribuțiile la finanțarea sistemului de sănătate, deoarece acestea au implicații importante pentru a putea trece la protecția financiară universală și pentru promovarea echității în finanțarea sănătății.

Combinarea finanțărilor. Pentru a putea realiza o maximizare a redistribuirii fondurilor atunci când ele au fost deja încasate există soluția tehnică a punerii în comun.

Protecția financiară și echitatea în finanțare. În mod evident, teoria economică și medicală susține că protecția financiară cât mai exhaustivă este un obiectiv esențial al acoperirii universale. Un aspect subsecvent, dar care poate fi tratat în mod separat de problema generală este echitatea finanțării serviciilor de îngrijire.

Echitatea utilizării serviciilor și echitatea distribuirii resurselor. Acoperirea universală stipulează printre altele că cetățenii pot utiliza serviciile de îngrijire medicală care le sunt necesare. Inechitatea se manifestă cel mai adesea prin diferențele de utilizare dintre categoriile sociale, economice sau de vârstă.

Calitatea serviciilor de sănătate. Serviciile pentru care există un drept universal ar trebui să fie de o calitate suficientă pentru a fi eficiente. Aspectul cel mai problematic este aflarea informațiilor pertinente care cuantifică calitatea îngrijirii sanatații.

Transparență și responsabilitate. Este important să se evalueze măsura în care drepturile și deciziile sistemului de sănătate sunt transparente pentru populație și existența unor mecanisme pentru ca guvernul și cetățenii să îi responsabilizeze pe managerii de sisteme de sănătate.

1.6. Coplata

În teoria economică, scopul coplății este de a diminua cererea pe care asigurații în mod individual o manifestă pentru servicii de îngrijire a sănătății. Mecanismul de acțiune are loc printr-o creștere de preț impus beneficiarului serviciului medical în momentul accesării serviciului. Un efect colateral urmărit este creșterea încasărilor ca urmare a acestei finanțări suplimentare. Pot exista însă și efecte nedorite asupra sănătății și efecte asupra distribuției inechitabile a serviciilor recepționate. Utilizarea plății în comun în zona de sănătate variază considerabil între țări și reflectă în mare măsură alegerea politică, precum și circumstanțele istorice.

Există anumite obiective definite în mod special care au rolul de a furniza o imagine de ansamblu sistematică a măsurii în care coplata (1) reduce cererea individuală pentru serviciile pe care este impusă, (2) are efecte negative asupra sănătății sau transferă utilizarea către servicii care nu sunt supuse coplății, mai degrabă decât reducerea utilizării totale și, în cele din urmă (3) dă naștere la consecințe distributive.

Cadrul teoretic al coplății. Studiul teoretic se concentrează asupra cererii. Acest lucru necesită că utilizarea serviciilor în care se impune coplata să fie determinată de cerere. Există însă și o anumită gamă de servicii de îngrijire prestate pentru care utilizarea este determinată și de componenta de ofertă. Că urmare, coplata este doar unul din instrumentele care oferă cel puțin teoretic posibilitatea utilizării serviciilor și cheltuielile corespunzătoare în domeniul sănătății. Alte variante mai pot fi reprezentate de listele de vizitare sau mecanismele dezvoltate asupra furnizorilor de servicii de îngrijire.

Efectele posibile ale coplatii asupra cererii. Se pornește de la premiza că în anumite circumstanțe, coplata poate reduce cererea individuală de servicii de îngrijire a sănătății prin creșterea prețului plătit de consumator în momentul consumului. Dimensiunea efectului asupra cererii poate varia considerabil și este în primul rând influențată de elasticitatea prețului cererii.

Efectele posibile ale coplății asupra sanatatii. Este posibil ca o coplată pentru unele servicii dintr-o anumită zonă, dar nu și pentru altele, să provoace înlocuirea de la servicii care sunt supuse coplății la servicii care sunt gratuite sau care fac obiectul unei mai puține încărcări prin coplată, decât să scadă utilizarea totală.

Efectele posibile ale coplatii asupra distributiei. Teoria economică sugerează că coplata poate avea consecințe de distribuție. Există supoziții rezonabile ca persoanele cu venituri mici să reducă utilizarea serviciilor de îngrijire a sănătății mai mult decât populația rămasă.

1.7. Asigurările voluntare de sănătate

În unele țări dezvoltate ale lumii (SUA, Australia sau Elveția) asigurarea voluntară de sănătate (VHI – Voluntary Health Insurance) este o componentă majoră sau chiar predominantă în sistemul de finanțare a sănătății. În schimb, în statele componente ale UE ea are o pondere redusă. Cauzele principale provin din obiceiuri de lungă durată, cu rădăcini istorice, națiunile europene au urmărit să păstreze

principiul asistenței medicale finanțate de stat sau asigurări sociale care deservește toți cetățenii, indiferent de capacitatea de plată.

În ultimele trei decenii modelul cu predominanță publică excesivă din statele UE a încercat să fie modificat. S-a crescut ponderea susținerii financiate private concomitant cu reducerea ariei de beneficii puse la dispoziție de sistemul public. Componentele cele mai vizate au fost medicamentele și serviciile stomatologice.

Categoriile principale de asigurări voluntare de sănătate. Studiile academice care abordează acest sector fac distincția între asigurarea care se suprapune peste asigurarea legală și asigurarea care constituie principalul mijloc de protecție pentru secțiuni ale populației. Există totuși și abordări mai detaliate, care încearcă să facă distincția prin funcțiuni, respectiv dacă asigurarea are rolul de a (i) înlocui din punct de vedere al asiguratului sistemul obligatoriu de îngrijire a sănătății, (ii) oferă un complement de servicii în cazul acelor nefurnizate de sistemul obligatoriu sau furnizate doar parțial.

Asigurările voluntare de tip *substitutiv* sunt cele mai puțin răspândite teritorial. Ele permit înlocuirea de către anumite *personae* a sistemului obligatoriu cu cel voluntar privat și se practică în Germania, Olanda și Spania. Renunțarea la sistemul public este condiționată de nivelul financiar al persoanei sau gospodăriei, statutul de angajare pe piața muncii (privat sau stat) și de ocupația principală a asiguratului.

Asigurările voluntare de tip *complementar* au ca rol principal finanțarea prin mutualizarea a riscurilor pentru anumite servicii medicale. Acestea sunt în primul rând (chiar dacă și celelalte se pot accesa) cele care sunt acoperite doar parțial sau excluse din sistemul public.

Capitolul 2. Sisteme naționale de sănătate din țările europene

Asigurarea resurselor financiare pentru funcționarea fiecărui sistem sanitar european este foarte variată, cuprinzând un amestec de surse publice (prin impozitare generală nededicată și asigurări generale publice) și private (asigurări voluntare, coplata sau plata direct din buzunar al întregului serviciu). Variațiile înregistrate de la un teritoriu național la altul sunt consistente, dar există totuși anumite puncte comune ca: necesitatea finanțării din surse diverse, personal stabil bine calificat în domeniul

medical, sistem informațional suport pentru luarea deciziilor, infrastructura adecvată pentru furnizarea serviciilor de sănătate.

2.1. Sisteme de sănătate ale statelor din vestul Europei

Ca și cadru general, putem considera țările din vestul Europei ca având mai degrabă un sistem echilibrat de finanțare din cele trei surse majore: finanțare publică, asigurări voluntare private și plăți din buzunar (OOP).

Austria. Protecția socială universală și dreptul la îngrijiri medicale sunt stipulate prin lege încă din anii 1950. Doar aproximativ un procent din populație nu este acoperită, iar sistemul se bazează preponderent pe asigurările publice, finanțate ca și cotă din veniturile populației. Asigurarea pentru diferitele afecțiuni este foarte acoperitoare și o mare parte din populație este foarte mulțumită de îngrijirile primite. Sistemul medical public este federalizat și descentralizat. Casele de asigurări de sănătate sunt numeroase, dar grupate într-o asociație. Prețurile medicamentelor nu funcționează pe o piață concurențială liberă, fiind majoritatea reglementate.

Belgia. Acoperirea cetățenilor este aproape universală, sistemul național fiind preponderent susținut financiar prin asigurare publică. Pacienții sunt liberi să își aleagă medicul, care poate fi un specialist sau un generalist. Gradul de mulțumire al pacienților este semnificativ mai mare decât media europeană. Un aspect negativ este planificarea mai puțin reușită a resursei de personal calificat. Structura finanțării sistemului belgian de sănătate: 36% provenind din contribuții directe dedicate, 38% din bugetul general, 17% din plăți directe din buzunar la efectuarea serviciului și 9% din asigurări voluntare private.

Franța. Sistemul francez are o specificitate interesantă dată de combinația inedită de finanțare publică și privată. Componenta de stat se bazează pe contribuții dedicate obligatorii, dar există și o completare masivă prin finanțare privată. Populația este acoperită aproape integral. Gama de servicii prestate și la care asigurații au dreptul legal este foarte vastă. Asigurații au opțiune liberă de alegere printre furnizorii de servicii. Sistemul are o foarte bună funcționalitate, demonstrată de indicatori ca speranța de viață, povara bolilor și gradul de satisfacție al populației. Sursa principală de fonduri este reprezentată de cotizații legale ale angajatorilor, angajaților și chiar pensionarilor, dar aceștia din urmă au o cotă mult mai redusă. Doar 26% din cheltuielile totale ale sistemului național nu sunt acoperite prin instituții guvernamentale.

Germania. Finanțarea de bază în sistemul de sănătate este oferită de asigurarea socială obligatorie. Sunt vizate acoperirea cât mai exhaustivă a populației, acces echitabil la serviciile de îngrijire și nivel ridicat al prestațiilor medicale. Gradul de satisfacție al populației în raport cu îngrijirile primite este foarte mare. Îmbătrânirea populației amenință stabilitatea principiului de distribuție pe care este bazată securitatea socială. Trei sferturi din cetățeni sunt cuprinși în sistemul public obligatoriu și 13% participă la una din sutele de case de asigurare. Există o dublă finanțare a instituțiilor spitalicești, atât publice cât și private. Pentru serviciile ambulatorii, beneficiarii nu sunt taxați suplimentar. Îngrijirile dentare pot necesita o coplată care poate fi chiar integrală pentru anumite prestații. Costul medicamentelor este uniform pe tot teritoriul național.

Irlanda. Caracteristicile principale sunt date de predominanța netă a finanțării prin fiscalitate generală, acces aproape universal la servicii și centralizare decizională. Aproximativ o treime din cetățeni sunt incluși în prima categorie, a celor cu posibilități financiare mai modeste. Populația inclusă în acest segment poate beneficia de îngrijiri foarte largi ca și diversitate și de gratuite. Două treimi din cetățeni sunt cuprinși în al doilea segment, aceștia plătind nemijlocit îngrijirile ambulatorii sau fiind în situația în care dețin VHI care sunt de tip suplimentar. Atât serviciile cât și finanțarea au o descentralizare foarte redusă. Specialiștii din medicina dentară aparțin instituțiilor sanitare regionale. Cei care prestează servicii independente încasează venituri în raport cu serviciile prestate.

Luxemburg. Cetățenii sunt aproape integral acoperiți de schemele de asigurare obligatorie, prin una din cele 10 case grupate pe tipuri de profesii. Contribuțiile sunt proporționale cu salariile sau alte surse de venituri și trebuie plătite în proporție de 50% de către salariați și 50% de către instituția angajatoare. Personalul medical superior se încadrează la profesiune liberală. Casele de asigurări nu au prea mare independența, ele funcționând sub tutela ministerului de specialitate. Nu există un sistem concurențial liber al fixării prețurilor, ci prin acorduri între prestatorii de servicii și casele de asigurări.

Olanda. Există o mixtură între asigurarea socială obligatorie și cea privată. Prima formă de finanțare acoperă 62% din populație, iar componenta privată o proporție de 31% din cetățeni. Există componente speciale care acoperă riscuri strict specifice: accidente catastrofale soldate cu invaliditate, afecțiuni cronice, afecțiuni mentale. Sistemul de sănătate beneficiază de bună susținere din partea populației.

Peste jumătate din cetățeni subscriu la asigurarea publică, prin intermediul uneia din cele aproape 50 de case. Aproximativ o treime din cetățeni, în special cei cu venituri ridicate și cei cu profesii libere dețin polițe VHI, care sunt mai scumpe, dar permit îngrijiri mai pretențioase.

Marea Britanie. Un serviciu național, numit NHS care are ca obiectiv principal gestiunea sectorului medical britanic pentru a realiza acoperirea cât mai integrală a cetățenilor. Acest serviciu are ca sursă principală de fonduri impozitele generale. Există o mare varietate de servicii acoperite în regim gratuit. O caracteristică a sistemului este atenția acordată îngrijirilor primare și generale, trecerea prin aceasta fiind obligatorie înainte de serviciile clinice specializate. Indicatorii de sănătate au valori relativ bune. Problema majoră este accesul mai dificil decât media europeană spre îngrijirile spitalicești, pentru care există timpi de așteptare considerabili. Personalul medical superior și mediu din îngrijirile generale și dentare au regim de autonomie, deși au contracte cu NHS.

2.2. Sisteme de sănătate ale statelor din nordul Europei

Țările din această regiune se caracterizează prin acoperire universală din sistemul public și procentaje mari din PIB alocate pentru sănătate. Sistemele medicale sunt foarte performante, populația fiind foarte satisfăcută de calitatea serviciilor medicale. Plățile informale (OOP), și asigurările voluntare (VHI) au nivele scăzute.

Danemarca. S-a realizat acoperirea națională de sănătate pentru toți cetățenii. Statul se ocupă în mod exclusiv și autoritar de finanțare și organizare. Fondurile necesare acoperirii serviciilor și pentru investiții provin din impozitarea generală. Există și o serioasă descentralizare, managerierea furnizării serviciilor revine și autorităților din cele 14 regiuni. Un principiu fundamental în sistemul din Danemarca este startul îngrijirilor dat de personalul din îngrijirea primară și generală, fără care nu se poate ajunge la îngrijirile din spitale. Sistemul este foarte descentralizat, cu responsabilități mari acordate regiunilor și municipalităților. Există și anumite mecanisme de coparticipare la costuri, mai des utilizate pentru serviciile dentare și medicația administrată prin farmacii. Coplata este sub 10% din valoarea totală a medicamentelor.

Finlanda. Sistemul național din această țară este foarte etatizat, atât planificările cât și finanțarea se fac de către guvern, cu fonduri din impozitele generale. Paleta prestațiilor de îngrijiri de sănătate este foarte largă. Strategiile și

planificarea furnizării prestațiilor are loc centralizat, prin ministerul de specialitate. Datele sondajelor arată nivele de mulțumire ridicate pentru aproape 87% din cetățeni. S-a demarat accentuat descentralizarea deciziilor spre autoritățile regionale și locale. Deși funcționează bine, peste media europeană, sistemul din Finlanda este în schimbare, accentul fiind pus pe creșterea competiției libere pe piața serviciilor medicale.

Suedia. Varietatea serviciilor disponibile prin asigurarea publică este deosebit de mare. Finanțarea sistemului public se realizează în primul rând prin contribuțiile angajatorilor. Există o descentralizare foarte pregnantă, consiliile regionale și marile municipalități având un rol major în finanțare și organizarea furnizării serviciilor. Proporția cea mai mare din finanțare se realizează prin impozite colectate de instituțiile regionale (65%). Suedezii și-au definit trei axe fundamentale de interes pentru sistemul lor: respectarea drepturilor cetățeanului, eficiența sistemului și echitatea. Reformele din sănătate vizează structurile de funcționare a unităților prestărilor de servicii de îngrijire.

2.3. Sisteme de sănătate ale statelor din sudul Europei

Statele din sudul Europei se caracterizează printr-o bună acoperire publică a sănătății. Pentru creșterea calității serviciilor, cetățenii nu se îndreaptă în mod semnificativ spre VHI, ci mai degrabă spre plățile din buzunar (OOP).

Grecia. Finanțarea sistemului de sănătate se realizează atât din asigurarea publică impusă cât și din impozite și taxe colectate. Aceste fonduri sunt însă departe de a fi suficiente, fiind necesară deci o completare serioasă de finanțare privată prin VHI și OOP. Sistemul public este foarte strâns controlat de autoritățile guvernamentale. Tendințele actuale de corecție se concentrează asupra accesibilității spre serviciile medicale, întărirea sectorului public în raport cu cel privat și o creștere a importanței îngrijirilor generale și primare. Chiar dacă unii parametri ai sănătății populației cum ar fi speranța de viață arată bine, satisfacția pacienților cu privire la sistem este foarte redusă, sub 20% din cetățeni sunt mulțumiți de ansamblul sistemului de îngrijiri. Există propuneri ferme de a descentraliza sistemul. Acoperirea aproape universală a populației se realizează prin câteva sute de case de asigurare care funcționează în regim autonom.

Italia. Finanțarea sistemului este publică, combinând fiscalitatea cu asigurările sociale de sănătate. Îngrijirile medicale se acordă atât de către sistemul public, cât și de cel privat. Sistemul național italian este foarte descentralizat. Un anumit plafon de servicii de care populația poate beneficia este stipulat prin lege. Responsabilitatea instituțiilor regionale este foarte mare în privința finanțării și funcționarii sănătății publice. Sistemul italian de îngrijiri de sănătate are un punct slab dat de lipsa de unitate, care în plus provoacă și dificultăți de coordonare a politicii generale. Acoperirea cetățenilor este cvasi-integrală printr-un serviciu public național, SSN. În schimb funcționarea sa și managerierea resurselor sunt criticabile, mai ales din prisma lipsei de fluiditate și rapiditate în luarea deciziilor.

Portugalia. La sfârșitul anilor 1970 s-a trecut la acoperirea universală a cetățenilor, prin înființarea unei case naționale de asigurări și a unui serviciu public de sanătate (SNS). Acoperirea costurilor din sistemul medical se face majoritar pe baza impozitării generale și o parte mai mică prin asigurarea obligatorie publică. Costurile cu îngrijirile medicale pe locuitor au o valoare mult mai mică decât media statelor UE. Cetățenii din Portugalia nu au o opinie prea favorabilă vizavi de sistemul lor de îngrijiri. Deși în creștere, VHI acoperă doar puțin peste două procente din totalul finanțării. Se impun mai mult decât media europeană sisteme de coplată pentru o gamă largă de îngrijiri, fiind exceptate serviciile din spitale, prestațiile ambulatorii și serviciile dentare publice. Aceste contribuții prin coplată asigură peste 20% din finanțarea sistemului.

Spania. Sistemul este profund descentralizat și regional. Serviciul național de sănătate publică își propune o acoperire aproape integrală a cetățenilor spanioli și o gamă largă de servicii medicale prestate. Indicatorii statistici privind sănătatea populației sunt satisfăcători, având în general valori peste media statelor din UE. Există un interes deosebit pentru a urmări și corecta la timp randamentul economic al unităților de prestări ale serviciilor medicale, dar și a serviciilor în sine. În prezent se manifestă greutate în echilibrarea finanțării. Creșterea vârstei medii a populației impune identificarea unor resurse suplimentare. Tarifarea medicamentelor este efectuată după o formulă foarte precisă, în raport cu costul elementelor chimice componente. Prețurile medicamentelor sunt situate sub media țărilor europene.

2.4. Statistici ale îngrijirii sănătății în statele Europei

Datele furnizate de WHO (World Health Organization) și OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) permit o imagine de ansamblu asupra țărilor europene. Sunt analizate diverse aspecte: finanțarea totală, publică și privată a cheltuielilor cu sănătatea, procentajul finanțării publice cu sănătatea din totalul cheltuielilor guvernamentale, corelația dintre variația cheltuielilor totale pentru sănătate și variația plăților informale, numărul de medici din spitale și numărul total de medici, etc. În general (figura 1) bugetele mai generoase pentru sănătate aparțin țărilor mai dezvoltate (Elveția, Luxemburg, Germania, Suedia), iar cele mai reduse țărilor foste comuniste din estul continentului. Există și unele excepții, cum ar fi Irlanda, care alocă o finanțare pe locuitor mare în raport cu resursele economice disponibile. Din figura 2 se observă că pe termen mediu (15 ani) în Uniunea Europeană procentajul finanțării publice cu sănătatea din totalul cheltuielilor guvernamentale a crescut ușor. Acesta este un comportament mediu și concluzia poate fi înșelătoare. În țările mai bogate (Elveția, Olanda, Germania) această pondere a crescut accelerat, de la valori de 15%, 11%, 18% în 2003 la valori de 23%, 21% și 20%.

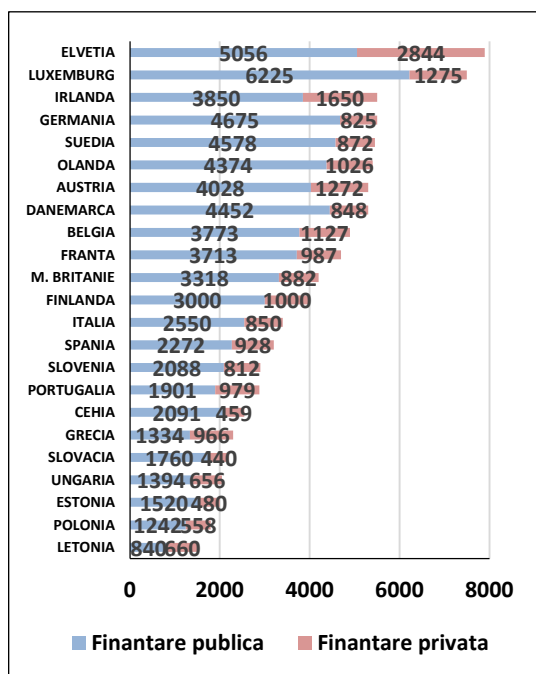


Figura 1. Finanțarea cheltuielilor cu sănătatea (\$ PPP pe locuitor) în 2018 – public și privat (sursa: construcție proprie, date OECD)

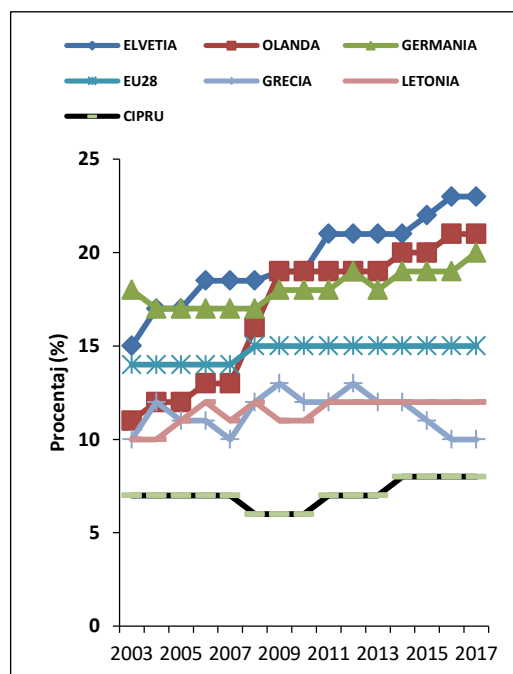


Figura 2. Procentajul finanțării publice cu sănătatea din totalul cheltuielilor guvernamentale în perioada 2003-2017 (sursa: construcție proprie, date OECD)

Din figura 3 reiese o corelație pozitivă dintre variația cheltuielilor totale pentru sănătate și variația plăților informale (din buzunar). În aproape toate țările observate ambele cheltuieli au crescut considerabil, pentru unele națiuni variația fiind de peste 200%. Nu se poate remarca o uniformitate geografică în raport cu modul de manifestare a celor două cheltuieli. Remarcăm (figura 4) că ponderea cheltuielilor spitalicești din totalul cheltuielilor cu sănătatea nu este neapărat corelată cu dezvoltarea economică a țării. Procentajele cele mai ridicate se manifestă pentru Estonia, Italia, Danemarca și Marea Britanie, iar cele mai mici pentru Belgia, Letonia, Luxemburg și Germania.

Numărul de paturi la 100.000 de locuitori ilustrează un fenomen mai complex (figura 5). Pe de o parte remarcăm că indicatorul nu este neapărat corelat cu dezvoltarea economică. Unele țări bogate (Germania, Austria) înregistrează valori mari, iar altele (Danemarca, Suedia, Marea Britanie) valori mici. Există deci și alți factori de influență. De exemplu, așa cum remarcam anterior, cheltuielile spitalicești ca procentaj din total pot fi foarte diferite, în raport cu modul mai mult sau mai puțin rapid în care se face spitalizarea în țara respectivă.

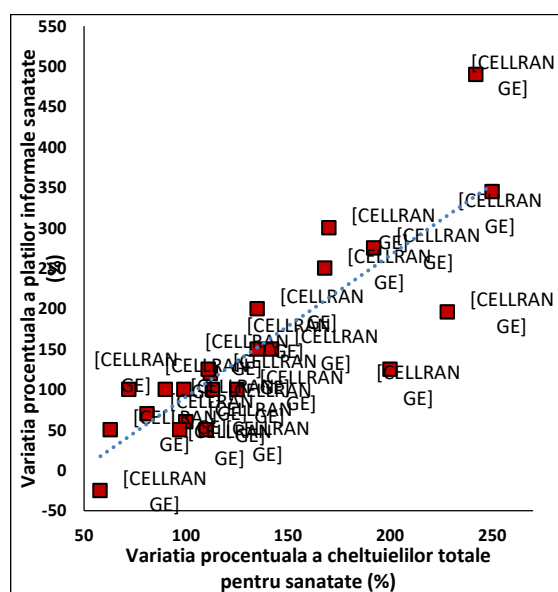


Figura 3. Corelația dintre variația cheltuielilor totale pentru sănătate și variația plăților informale (din buzunar) în perioada 2003-2018

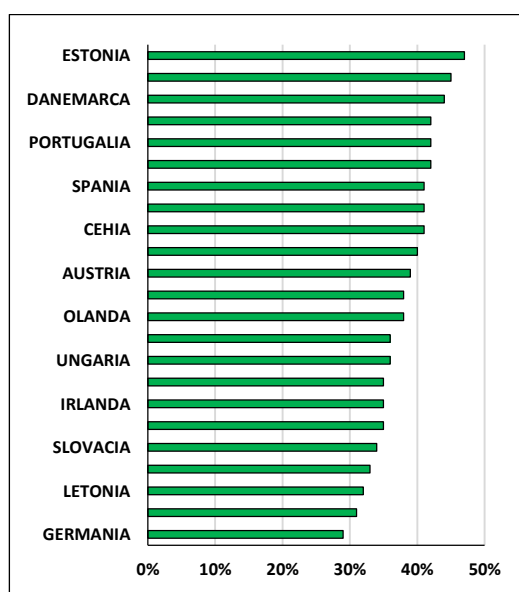


Figura 4. Procentajul cheltuielilor spitalicești din totalul cheltuielilor cu sănătatea în 2018 (sursa: construcție proprie, date OECD)

Ne-am putea aștepta la o corelație directă dintre numărul de asistenți medicali și numărul de medici (figura 6), deoarece o finanțare generoasă a sănătății ar duce la creșterea în proporții asemănătoare a personalului. Cifrele arată o corelație inversă, deși de slabă intensitate (Pearson = -0,164). Explicația este datorată unui efect de

substituție dintre medici și asistenți, care pot într-o oarecare măsură să asigure aceleași servicii.

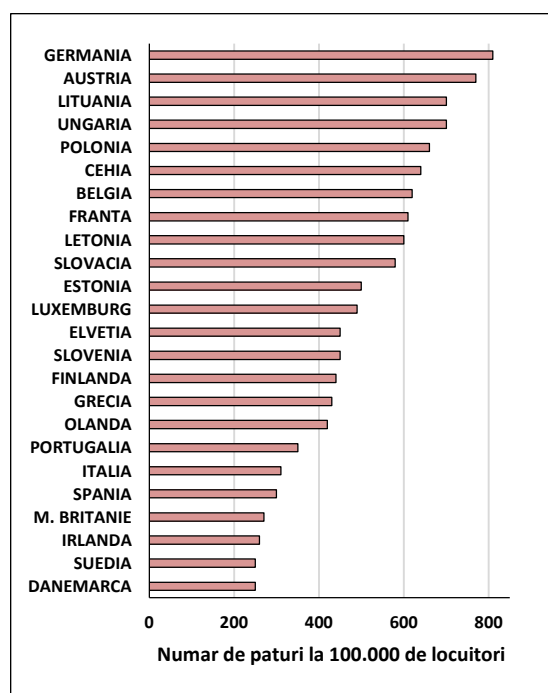


Figura 5. Numărul de paturi la 100.000 de locuitori în 2018 (sursa: construcție proprie, date OECD)

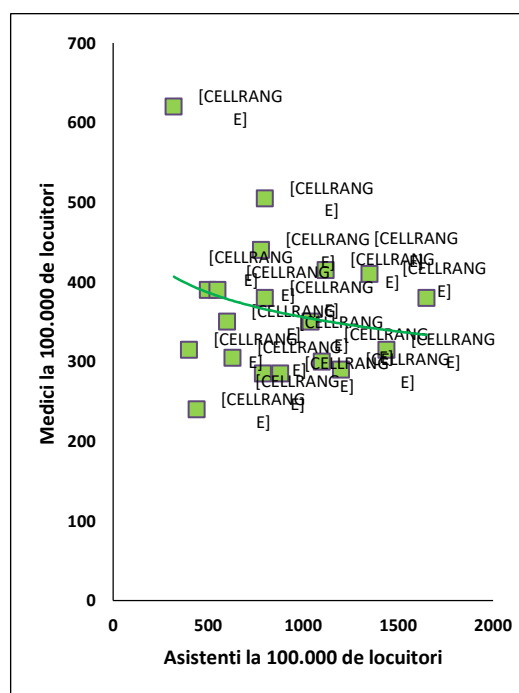


Figura 6. Corelația dintre numărul de asistenți medicali și numărul de medici (la 100.000 de locuitori) în 2018

Concluziile capitolului

Principala remarcă survenită ca urmare a privirii de ansamblu și detaliate a sistemelor de sănătate ale țărilor europene este eterogeneitatea foarte mare. Gradul de acoperire prin sistemul public, dezvoltarea asigurărilor private de sănătate ponderea plăților informale diferă mult de la o țară la alta. Unele state au sistem complet centralizat, în timp ce altele oferă mai multă libertate structurilor regionale și locale. Inclusiv etapele îngrijirii medicale variază semnificativ, unele state se bazează mai mult pe medicina de familie, altele pe medicii specialiști. Chiar și raportul numeric dintre medici și asistenți medicali nu este deloc omogen. Este de asemenea foarte eterogen raportul dintre numărul personalului medical existent și cel proaspăt școlarizat.

Capitolul 3. Sistemul de finanțare a sănătății din România

România se află pe ultima poziție în cadrul UE la ponderea cheltuielilor de îngrijire medicală din venitul național. Pornind de la un nivel foarte redus în 1995,

acestea au crescut accelerat în următorii 15 ani. Ulterior însă, ponderea s-a redus, trecând de la de la 5,8% din PIB în 2010 la 5,6% în 2014. Se manifestă valori ridicate ale proporției cheltuielilor finanțate din surse publice, doar 20% din fonduri având o altă proveniență, față de 24% la nivel agregat european. Sursa principală a finanțării publice provine din contribuțiile impuse ca și cotă asupra veniturilor populației pentru asigurările publice de sănătate (67%). Este ridicată însă și proporția plăților directe din buzunar, fiind a doua sursă de finanțare (19%). Ca sursă de fonduri, VHI sunt ne semnificative, având o pondere de 0,1% din finanțarea totală.

3.1. Obiectivele și structura sistemului de sănătate din România

Sistemul sanitar din România are stabilite obiective precise cum ar fi: stabilirea măsurilor de combatere a bolilor transmisibile și netransmisibile; asigurarea asistenței sanitare calificate pentru îngrijirea populației; asigurarea sănătății cetățenilor prin stabilirea unei politici demografice corecte; asigurarea asistenței medicale mamei, copiilor și a tinerilor; etc.

Structura sistemului sanitar național. Principalele componente structurale:

Ministerul Sănătății - Autoritatea centrală în domeniul de sănătate publică din România.

Direcția Generală de Asistență Medicală – structura a ministerului care realizează planificări strategice ale sănătății populației.

Inspekția Sanitară de Stat - coordonează activitatea de inspekție și control din cadrul direcțiilor de sănătate publică din Romania.

Direcția Generală Economică - elaborează și fundamentează bugetul, în urma stabilirii strategiei și priorităților ministerului sănătății.

Direcțiile Județene de Sănătate Publică (DJSP) - reprezintă autoritatea de sănătate publică la nivel local atribuția lor principală fiind de punerea în practică a politicilor și programelor de sănătate publică stabilite la nivelul ministerului.

Institutele și Centrele de Sănătate Publică - au rolul de îndrumare a direcțiilor de sănătate publică județene, supraveghează starea de sănătate, bolile transmisibile, monitorizează și evaluează serviciile de sănătate publică promovând sănătatea și mai ales educația pentru sănătate.

Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică (CNSISP) - organizarea sistemului de statistică informatică din cadrul unităților medicale.

Institutede Medicale Spitalicești - proprietăți publice sau private cu rolul de a asigura servicii medicale.

Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS) - conducerea și administrarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, în scopul implementării politicilor și programelor de sănătate din România.

3.2. Metode de finanțare a sistemului medical din România

Modul în care se colectează fondurile necesare desfășurării activității sistemului medical, precum și modalitatea alocării acestor fonduri reprezintă *finanțarea sistemului medical*. Sistemul serviciilor de sănătate cu obiectivul principal de menținere sau îmbunătățire a stării de sănătate a populației cuprinde tot ceea ce ține de resursa umană, materială, financiară și informațională implicat în producerea de servicii pentru îndeplinirea obiectivului.

Finanțarea de la buget statului . Bugetul statului este constituit din colectarea de taxe și impozite, iar din suma adunată se repartizează pe domenii de interes. Sursele de proveniență a fondului de stat sunt:

- Impozitele – pe venitul persoanelor, asupra companiilor, taxe de import / export;
- Taxe speciale pentru sănătate;
- Alte venituri de la buget.

Finanțarea prin asigurări de sănătate. Ea este sursa semnificativă a banilor care acoperă într-o proporție mare cheltuielile din sectorul medical. Asigurările de sănătate pot fi obligatorii sau voluntare (private). Asigurarea socială este obligatorie și este plătită de fiecare persoană angajată și de fiecare angajator, fiind fixate procente din venitul realizat lunar prin lege.

Asigurările private de sănătate. Asigurarea privată poate fi încheiată individual, de către fiecare persoană în parte și de către un grup de persoane – de regulă angajații aceleiași societăți. Acest tip de asigurare față de asigurarea obligatorie ia în calcul riscul persoanei de a se îmbolnăvi sau accidenta.

Finanțarea prin plata directă se poate derula astfel:

- Plata în totalitate a serviciilor – efectuată de persoanele care nu au asigurări sau de persoanele care au asigurări dar au nevoie de investigații medicale și implicit de tratament rapid.
- Coplata – fixată ca o sumă fixă pentru vizita medicală, ziua de spitalizare, etc.
- Coasigurarea – fixată ca o proporție din costul total al consultației sau tratamentului.

Finanțarea comunitară - Populația plătește în avans o sumă de bani în schimbul unui pachet de servicii medicale, diferența de bani necesară tratamentului este suportată de guvern.

3.3. Serviciile medicale oferite

Tipurile de servicii sunt foarte diverse.

Asistența medicală de specialitate în ambulatorii clinice. Asiguratul beneficiază de un pachet de bază a serviciilor medicale în baza unui bilet de trimitere emis de medicul de familie sau de un medic specialist, cu excepția cazurilor de urgență. În cazul stabilirii unui diagnostic, al urgențelor chirurgicale sau a altor afecțiuni în care s-au efectuat majoritatea investigațiilor se pot recomanda servicii medicale de înaltă performanță. Medicul specialist care consultă în ambulatoriu poate recomanda investigațiile paraclinice și la final prescrie medicamente gratuite sau cu plată. Copiii minori au serviciile medicale incluse în pachetul de bază.

Asistență medicală în spital. Include serviciile spitalicești care necesită internare: cazurile acute, cazurile cronice, sau orice alte situații justificate precum și serviciile spitalicești care nu necesită internare, sunt serviciile prestate spitalizarea de o zi. Spitalizarea se efectuează în baza biletului de trimitere de la medicul de familie sau de la medicul specialist din ambulatoriu precum și a actului care atestă calitatea de asigurat, excepție reprezintă situațiile de urgență. Pentru persoanele care nu au asigurare spitalizarea se face până se rezolvă urgența medicală.

Servicii medicale de laborator. Asigurații au dreptul la analize medicale în baza prescripției medicului de familie sau a medicului de specialitate din ambulator, fără plată personală, acestea fiind prevăzute în pachetul de bază al asigurării medicale. Copiii minori și femeile gravide beneficiază de analize medicale în ambulatoriu, fără a fi necesară coplata.

Servicii stomatologice. Persoanele asigurate peste 18 ani au tratamentele stomatologice incluse în pachetul de bază. Copiii sub 18 ani au tratamentele preventive, tratamentele stomatologice și serviciile medicale de ortodonție, incluse în pachetul de bază. Pachetul minim de servicii de medicină dentară și cazurile de urgență sunt acordate oricărei persoane indiferent dacă are sau nu asigurare fără coplata din partea acesteia.

Medicamente compensate și gratuite în diverse situații: în tratamentul ambulatoriu persoanele care sunt asigurate; în urma consultației pentru fiecare afecțiune se pot prescrie între 1 și 3 medicamente; în cazul persoanelor asigurate rețete pot fi compensate în proporție de 50%, 90% și chiar 100%.

Dispozitive medicale. Persoanele asigurate au dreptul la acele dispozitive medicale necesare recuperării unor deficiențe, cum ar fi: corectarea vederii, auzului, protezarea membrelor superioare/inferioare, cu sau fără contribuție personală.

3.4. Fundamentarea cheltuielilor bugetare

Prin Legea 500/2002 privind finanțele publice se stabilesc principiile, cadrul general și procedurile privind formarea, administrarea, angajarea și utilizarea fondurilor publice și care stabilește responsabilitățile instituțiilor publice implicate.

Principiile bugetare. Sunt stabilite prin lege în mod clar principiile ce stau la baza elaborării și execuției bugetului de stat, a bugetului asigurărilor sociale de stat, a bugetelor locale și a bugetelor fondurilor speciale, după cum urmează: (1) principiul universalității; (2) principiul publicității; (3) principiul unității; (4) principiul anualității; (5) principiul specializării bugetare; (5) principiul unității monetare.

Elaborarea bugetelor. Guvernul, prin Ministerul Finanțelor Publice, este cel care elaborează proiectul de buget anual. Legile bugetare fac referire la : (1) cheltuielile bugetare, care acestea cuprind credite bugetare stabilite în legi specifice; (2) deficitul și excedentul bugetar; (3) reglementările specifice exercițiului bugetar; (4) anexele legilor bugetare, în aceste anexe sunt cuprinse sintezele bugetelor și bugetele ordonatorilor principali de credite; (5) sumele provenite din unele venituri ale bugetului statului și modul în care sunt repartizate; (6) alte anexe specifice.

Metodologia elaborării bugetelor. Guvernul elaborează bugetul anului în curs pe baza prognozelor indicatorilor macroeconomici și sociali. Guvernul aprobă și informează comisiile de buget, finanțe și bănci ale Parlamentului cu privire la principalele orientări ale politicilor macroeconomice și ale finanțelor publice.

Ordonatorii principali de credite depun la Ministerul Finanțelor Publice propunerile pentru proiectul de buget. Din momentul în care la Ministerul Finanțelor Publice sunt depuse toate proiectele de buget, acesta întocmește proiectul bugetului și îl depune la Guvern. Bugetul este aprobat de Parlament pe ansamblu, pe părți, capitole, subcapitole, rânduri, articole și alineate, pe ordonatori principali de credite.

Execuția bugetară. Execuția bugetară este activitatea de încasare a veniturilor bugetare și de efectuare a plății cheltuielilor aprobate prin bugetul anual.

Execuția de casă. Trezoreria statului este instituția care realizează execuția de casă a bugetului ce prevede: încasările instituțiilor publice; plățile instituțiilor publice în limita creditelor aprobate; operațiunile de plăți și încasări la datoria publică, inclusiv dobânzile, comisioanele sau alte costuri prevăzute; orice alte operațiuni financiare în contul instituțiilor publice.

Fundamentarea cheltuielile bugetare în cadrul spitalului. Toate compartimentele din cadrul unei unități spitalicești fundamentează fiecare poziție înscrisă în bugetul de venituri și cheltuieli având grijă să prevadă cât mai eficient necesarul de fonduri pentru un an de activitate. Indicatorii reflectă volumul activității unui spital și dintre ei amintim: (1) Indicatori privind costul asistenței medicale; (2) Indicatori privind consumul de medicamente și materiale sanitare; (3) Indicatori de eficiență sanitară.

Fundamentarea cheltuielilor de personal se face luând în calcul cheltuielile de personal din luna anterioară întocmirii bugetului. Fundamentarea cheltuielilor de personal se efectuează pe baza statului de funcții aprobat la nivelul fiecărui compartiment. Cheltuielile de personal trebuie să fie de maxim 60% din totalul cheltuielilor prevăzute în buget.

Fundamentarea cheltuielilor cu bunuri și servicii se realizează prin întocmirea unui necesar al cheltuielilor cu medicamentele, materiale sanitare, consumabile pentru birou, materiale pentru curățenie-dezinfecție, întreținere aparatură medicală, reparații curente și capitale, cheltuielile pentru hrană, obiecte de inventar, servicii cu caracter funcțional, și alte tipuri de cheltuieli.

Fundamentarea cheltuielilor de capital. Cheltuielile de capital sunt cheltuielile referitoare la achiziționarea bunurilor care au o folosință îndelungată și care constituie dotarea unei unități spitalicești, cum ar fi: aparatură medicală, aparatură pentru efectuarea analizelor medicale, calculatoare, etc.

Concluziile capitolului

După părăsirea regimului comunist, sistemul românesc de asistență medicală a suferit o transformare majoră. Fostul model, asociat unei gestiuni și economii total centralizate s-a înlocuit cu noul sistem de asigurări sociale de sănătate. Există însă în prezent rămășițe ale funcționării din perioada comunistă. Ele se manifestă în primul rând prin lipsa echilibrului financiar, lipsa continuă de fonduri, dependența exagerat de mare de îngrijirea oferită de spitale, dezvoltarea redusă a serviciilor medicale nespitalicești și slabe nivele de reglementare și lipsa de viziune și strategii clare.

Capitolul 4. Susținerea sănătății prin asigurări voluntare private și finanțări colaterale.

Așa cum am arătat anterior, există mai multe modalități posibile pentru finanțarea îngrijirii sănătății. În plus, sistemele medicale naționale au scheme foarte diferite de combinare a surselor de finanțare. În acest capitol examinăm implicațiile eficienței și echității strategiilor alternative de finanțare a sistemului de sănătate.

4.1. Eficiența și echitatea finanțării sănătății

Majoritatea țărilor intenționează ca sistemul lor de îngrijire a sănătății să fie finanțat într-un mod eficient și progresiv. Putem considera un sistem de îngrijire și finanțare ca fiind eficient dacă reușește să diminueze extrem pierderile provocate de creșterea coplătilor și a cheltuielilor. Este posibil să definim un sistem ca fiind progresiv dacă redistribuie o parte din venituri de la cei cu situații financiare solide spre cei mai săraci. Aceast subcapitol examinează modul în care funcționează sistemele de finanțare alternative în raport cu aceste două obiective. Demersul se va concentra asupra alegerilor dintre veniturile generale, asigurările sociale, asigurările private și finanțarea privată din plățile informale (out of pocket – OOP), în ansamblu sau ca și componente ale unui sistem de îngrijire a sănătății.

Putem considera că un sistem de îngrijire medicală este eficient economic dacă reușește să organizeze resursele pentru a aduce un plus de sanătate tuturor membrilor societății. Eficiența tehnică se definește ca raportul optim dintre intrările sistemului de sănătate (în special financiare) și satisfacerea nevoilor de îngrijire a sănătății. Într-o economie liberă, perfect concurențială, piața se autoreglează, determinând rate optime

de plată pentru furnizorii de bunuri și servicii. Există însă și posibile distorsiuni sau nefuncționalități ale pieței, care ar putea provoca prețuri prea mari. Este demonstrat faptul că situația concurențială versus monopolistică a pieței nu afectează alegerea sistemului de finanțare. Echitatea sistemului se referă în primul rând la protecția prevăzută pentru persoanele cu venituri mai mici. Există și corelații posibile între eficiență și finanțare și se manifestă în primul rând când există o fragmentare structurală majoră. Pentru a realiza un design adecvat al sistemului de sănătate și al finanțării aferente trebuie ținut cont și de alte agregate economice naționale. Dacă fondurile pentru sănătate sunt precis dedicate acestor servicii, pentru o creștere a finanțării lor există varianta creșterii taxării sau a reducerii altor tipuri de cheltuieli. Problema este mai dificil de rezolvată, deoarece cererea de servicii medicale crește cel mai rapid dintre toate cheltuielile bugetare naționale.

4.2. Determinanți ai dezvoltării asigurărilor private de sănătate în țările europene

Literatura de specialitate ne-a învățat o lecție importantă. O parte considerabilă din preocupările teoretice și empirice este adesea concentrată asupra factorilor care influențează cererea de asigurare, dar influența factorilor determinanți asupra sectorului asigurărilor este oarecum limitat la nivel individual. Motivată de această lacună, studiul nostru vine în completarea literaturii existente și conturează o prezentare generală a piețelor de asigurări de sănătate din Uniunea Europeană, cu ajutorul econometriei.

Rezultate și discuții. Distribuția valorilor densității asigurărilor de sănătate în țările din eșantion arată o variație foarte mare, de la 0,86 \$/locuitor în Ungaria, la 2719 \$/locuitor în Olanda. Din statistici descriptive ale variabilelor considerate observăm că variația relativă a densității asigurărilor de sănătate este mult mai mare decât a variabilelor referitoare la venituri. Aceasta sugerează că dezvoltarea asigurărilor de sănătate nu este legată doar de puterea de cumpărare a populației, ci și de alți factori.

În regresii unifactoriale toate variabilele sunt semnificative (cu excepția indexului Gini) și au semnul așteptat. În schimb, în regresii multifactoriale, o parte din coeficienți își pierd semnificativitatea. Aceasta se datorează corelațiilor puternice dintre variabilele explicative. Pentru a elimina acest inconvenient și a putea demonstra influența puterii de cumpărare și a dezvoltării financiare asupra densității asigurărilor

de sănătate, recurgem la indici compoziți. Pentru nivelul de trai al populației unei țări există un astfel de indice consacrat (*HDI* - Human Development Index). Acesta include, pe lângă alți factori și *GDP/capita* și *Life Expectancy*, care se regăsesc în studiul nostru.

În schimb, pentru dezvoltarea financiară a unei țări am construit un indice agregat, *FIN_DEV* care conține variabile referitoare la piața creditului, piața de capital și educația financiară a populației. Indexul este reprezentativ pentru componentele sale, agregarea este reprezentativă (Cronbach alpha = 0,761). Valorile teoretice posibile ale indicatorului sunt cuprinse între 0 și 100, valori mari semnificând o bună dezvoltare financiară a țării respective. În eșantionul nostru, de 30 de țări europene, valoarea cea mai mică o înregistrează România (4,9), iar cea mai mare Olanda (89,6). În regresii care folosesc ca variabile explicative indicii compoziți *HDI* și *FIN_DEV*, aceștia sunt ambii semnificativi, fie că sunt utilizați alternativ în regresii sau împreună (Tabelul 1, OLS 11-13). Eșantionul analizat constă în țări europene, care sunt legate prin relații socio-economice semnificative. Această interdependență intensă trebuie luată în considerare, deoarece pot apărea efecte de grupare sau de contagiune. Pentru a trata acest lucru, am inclus spațiul ca dimensiune de analiză. Făcând acest lucru, am luat în considerare și efectul de vecinătate în eșantionul analizat.

Am folosit regresia spațială simplă cu latitudine și longitudine ca variabile independente. Doar coeficientul de longitudine s-a dovedit a fi semnificativ (valoarea $p = 0,002 < 0,05$) și negativ, demonstrând că pe măsură ce mergem de la vest la est, densitatea asigurărilor de sănătate scade. Pentru evaluarea proceselor de contagiune și difuzie, am construit mai întâi hărțile rapoartelor *LN_DENS* asupra *FIN_DEV* și *HDI*. Datorită nivelului ridicat de eterogenitate, aceste hărți au fost construite sub forma netezită spațial (Figura 7).

Tabelul 1. Rezultatele regresiiilor OLS multifactoriale și ale regresiiilor cu indecșii compoziti; variabila dependentă *LN_DENS*; coeficienți și *t*-stat

	OLS (9)	OLS (10)	OLS (11)	OLS (12)	OLS (13)
<i>GDP_CAP</i>	0.009 (0.73)
<i>GDP_PPP</i>	.	0.013 (0.93)	.	.	.
<i>GINI_IND</i>	-0.002 (-0.03)	-0.003 (-0.05)	.	.	.
<i>URBAN</i>	*-0.039 (-1.88)	*-0.040 (-1.93)	.	.	.
<i>LIFE_EXP</i>	**0.270	**0.263	.	.	.

	(2.25)	(2.24)			
<i>MK_CAP</i>	**0.0178 (2.22)	**0.018 (2.25)	.	.	.
<i>PRV_CRD</i>	0.008 (0.81)	0.009 (0.90)	.	.	.
<i>FIN_LIT</i>	0.020 (0.85)	. 0.021 (0.94)	.	.	.
<i>HDI</i>	.	.	***32.44 (6.15)	.	**19.67 (2.51)
<i>FIN_DEV</i>	.	.	.	***0.055 (5.84)	**0.029 (2.12)
constant	*-17.60 (-1.76)	*-17.36 (-1.80)	***-24.73 (-5.26)	***1.425 (2.78)	** -14.78 (-2.29)
R ²	0.739	0.743	0.575	0.550	0.635

Notă: ***, **, * : semnificativ la nivel de 1%, 5% și 10%.

Sursa: Mureșan, ... și Pinteș, 2021 în STATA.

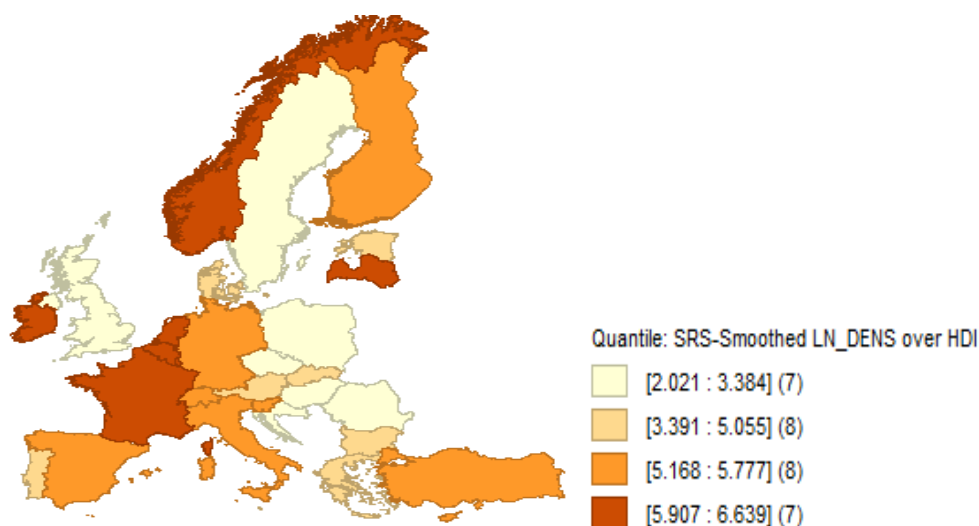


Figura 7. Harta quartilelor pentru raportul dintre *LN_DENS* și *HDI*

Sursa: Mureșan, ... și Pinteș, 2021 în GeoDa.

Lipsa unui proces de difuzie și contagiune este confirmată în cele din urmă de analiza de regresie, deoarece modelul clasic OLS nu este respins de niciunul dintre testele de diagnosticare spațială. În consecință, există o grupare semnificativă bazată pe longitudine, dar nu există procese semnificative de contagiune și difuzie.

Concluzii și recomandări. Pentru un eșantion de 30 de țări europene am evaluat factorii macroeconomici care determină dezvoltarea sectorului privat al asigurărilor de sănătate. Așa cum era de așteptat, există o eterogenitate ridicată în ceea ce privește densitatea asigurărilor de sănătate în eșantionul analizat. Aceste discrepanțe mari se datorează trecutului fiecărei societăți și nivelului de dezvoltare socio-economică. Primul nostru set de rezultate arată clar o relație pozitivă între PIB

și densitatea asigurărilor de sănătate. Un al doilea rezultat foarte important este demonstrația că, în Europa, atât nivelul dezvoltării umane, cât și cel financiar, influențează în mod semnificativ și pozitiv sectorul asigurărilor private de sănătate.

Analiza spațială efectuată a arătat în mod clar că relația pozitivă dintre nivelul de dezvoltare și sectorul asigurărilor de sănătate s-a concretizat într-o direcție de clusterizare Est-Vest. În schimb, analiza a subliniat lipsa proceselor de contagiune spațială și de difuzie. Acesta este un rezultat foarte important, deoarece sectorul asigurărilor private de sănătate, este mai mult influențat de condițiile interne, inerent specifice fiecărei țări.

4.3. Efectul finanțării totale și al asigurărilor voluntare private asupra sănătății populației

Satisfacția resimțită de populație ca urmare a serviciilor medicale care li s-au prestat servesc ca și bază pentru eventuale reforme sistemice. În general, pe ansamblul țărilor europene se constată o corelație pozitivă puternică între satisfacția consumatorilor de servicii de îngrijire și cheltuielile totale privind sănătatea populației. Există anumite problematice comune la nivelul țărilor analizate. În primul rând sunt problemele legate de echitate, accesibilitate similară la servicii de același nivel sau calitate, monitorizarea și controlarea serviciilor prestate, îndeosebi a calităților lor, gestiunea corectă și eficientă a resurselor financiare disponibile. Soluțiile trebuie să vina atât din perspectivă economică, de creștere a finanțării, cât și din perspectivă medicală, a dezvoltărilor tehnologice din domeniu.

Cel mai important obiectiv este asigurarea sănătății populației, din care derivă obiectivele de (i) nivel mediu de sănătate ridicat și (ii) repartizarea cât mai etică a serviciilor prestate în scopul asigurării sănătății. Serviciile de îngrijire oferite trebuie să fie orientate spre respectul pentru client, adică să conțină confidențialitate și autonomie. Putem distinge două mari grupe de țări în Europa, cele care își finanțează preponderent sistemul medical prin bugetul de stat și cele care îl finanțează majoritar prin contribuții directe la asigurările publice.

Pe baza literaturii academice, a studiilor anterioare și a observațiilor empirice personale, formulăm ipotezele: (H1) Nivelul general al finanțării sistemului de sănătate influențează pozitiv speranța de viață și accesibilitatea la serviciile medicale; (H2) Dezvoltarea asigurărilor private de sănătate duce la creșterea speranței de viață și a accesibilității la serviciile medicale; (H3) Descentralizarea serviciilor medicale și

finanțarea acestora influențează pozitiv speranța de viață și accesibilitatea serviciilor medicale.

Rezultate și discuții. Pentru a testa ipotezele am ales o specificație liniară a modelului și am estimat parametrii folosind regresii OLS. Datele din studiul nostru se referă la 30 de țări europene.

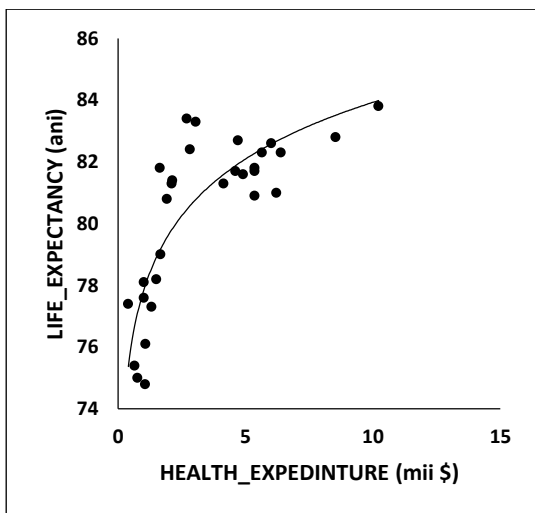


Fig. 8: Corelația neliniară dintre *LIFE_EXPECTANCY* și *HEALTH_EXPEDINTURE*

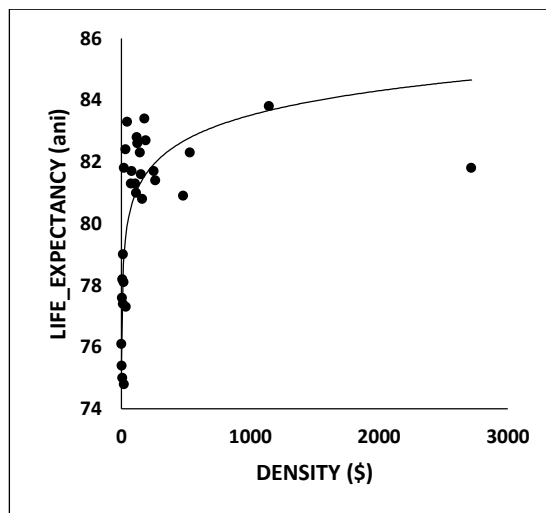


Fig. 9: Corelația neliniară dintre *LIFE_EXPECTANCY* și *DENSITY*
Sursa: Pinteș și colab. (2020)

Figurile 8-11 arată că corelația dintre oricare dintre variabilele endogene (*LIFE_EXPECTANCY* și *GHS_INDEX*) și oricare dintre variabilele cantitative explicative (*HEALTH_EXPEDINTURE* și *DENSITY*) nu este liniară, ci mai degrabă logaritmică. Ca rezultat, variabilele *HEALTH_EXPEDINTURE* și *DENSITY* vor fi utilizate în regresii în forma lor logaritmică.

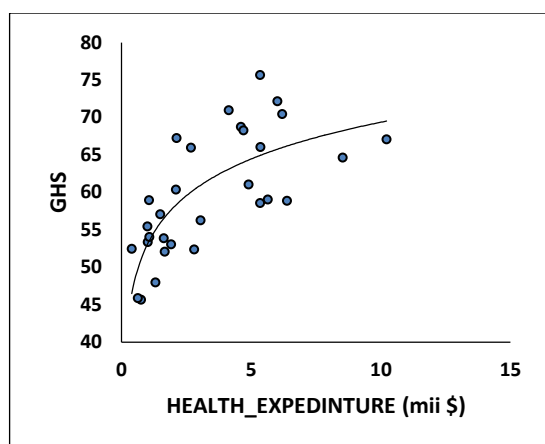


Fig. 10: Corelația neliniară dintre *GHS_INDEX* și *HEALTH_EXPEDINTURE*
Sursa: Pinteș și colab. (2020)

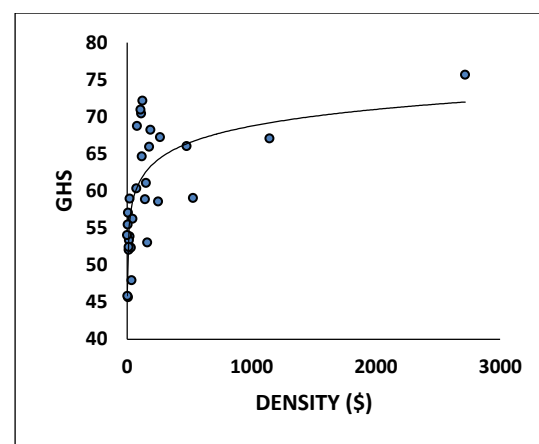


Fig. 11: Corelația neliniară dintre *GHS_INDEX* și *DENSITY*
Sursa: Pinteș și colab. (2020)

Tabelul 2: Coeficienții regresiilor OLS pentru LIFE_EXPECTANCY și GHS

	<i>Variabila dependentă: LIFE_EXPECTANCY</i>		<i>Variabila dependentă: GHS_INDEX</i>	
	<i>OLS 1</i>	<i>OLS 2</i>	<i>OLS 3</i>	<i>OLS 4</i>
<i>Ln HEALTH_EXPEDINTURE</i>	***2,2 34 (4,67)		***5,517 (3,39)	
<i>Ln DENSITY</i>	0,295 (1,30)	***1,146 (6,10)	1,136 (1,47)	***3,245 (5,35)
<i>DECENTRALIZATION</i>	***1,536 (2,99)		***6,485 (3,72)	
<i>Constanta</i>	***61,05 (19,6)	***75,58 (9,68)	9,551 (0,91)	***46,31 (17,01)
	$R^2 = 0,789$	$R^2 = 0,571$	$R^2 = 0,731$	$R^2 = 0,505$

***, **, *: semnificativ la nivel de 1%, 5% și 10%

Sursa: Pinteș și colab. (2020) utilizând software-ul STATA 14.

Rezultatele regresiiilor sunt foarte clare pentru variabila *Ln HEALTH_EXPEDINTURE*, fiind foarte semnificativă statistic (Tabelul 2), chiar și în prezența celorlalte variabile explicative și chiar dacă este corelată cu acestea. Există o influență pozitivă atât asupra duratei de viață (*LIFE_EXPECTANCY*), cât și asupra accesibilității la un sistem sanitar de calitate (*GHS_INDEX*). Ca urmare, ipoteza H1 este pe deplin acceptată. Cu toate acestea, poate fi necesară o analiză mai detaliată. Cheltuielile pentru serviciile de sănătate au fost analizate doar ca volum total. Din cauza lipsei de date, nu am putut evalua efectul structurii acestor cheltuieli asupra sănătății populației. Rolul nivelului asigurărilor private de sănătate nu este la fel de clar. Variabila *DENSITY* este semnificativă statistic dacă este singură în regresii, dar statistic nesemnificativă în prezența celorlalte variabile explicative. Rezultatul poate fi explicat prin corelația puternică cu *HEALTH_EXPEDINTURE* (coeficientul Pearson = 0,794), chiar mai mare decât corelația cu variabilele endogene. În consecință, acceptăm ipoteza H2 cu rezerve. Descentralizarea serviciilor medicale are în mod clar un rol pozitiv și semnificativ, atât pe durata de viață (*LIFE_EXPECTANCY*), cât și pe accesibilitatea la un sistem de sănătate de calitate (*GHS_INDEX*). Ca urmare, acceptăm ipoteza H3. Cu toate acestea, ar fi interesant să se studieze structura descentralizării.

Concluzii. Acest studiu nu este destinat să explice în mod exhaustiv factorii care determină sănătatea, longevitatea și accesibilitatea la serviciile de sănătate dintr-o țară. Cu toate acestea, am reușit să evidențiem rolul pozitiv al finanțării publice, al asigurărilor private de sănătate și al descentralizării sistemului de sănătate. Există, de asemenea, unele limitări ale studiului, în principal din cauza lipsei unor date mai detaliate, în special a celor legate de structura de finanțare.

Concluziile capitolului

Analizele calitative și cantitative arată că indiferent de forma de finanțare, se poate realiza eficiența funcțională a sistemului medical. Rezultatul este și mai concludent dacă apreciem eficiența în sens restrâns, prin prisma costurilor generate.

Studiul a arătat că există o eterogenitate ridicată în ceea ce privește densitatea asigurărilor de sănătate între țări. Rezultatele arată clar o relație pozitivă între PIB și densitatea asigurărilor de sănătate, explicat prin faptul că sectorul asigurărilor private de sănătate a putut să se dezvolte în țările în care mediul economic a permis intervenția privată în economie. Deși nu am intenționat să explicăm mod exhaustiv factorii care determină sănătatea, longevitatea și accesibilitatea la serviciile de sănătate dintr-o țară, am reușit să evidențiem rolul pozitiv al finanțării publice, al asigurărilor private de sănătate, al descentralizării sistemului de sănătate.

Concluzii finale

Lucrarea s-a realizat ca o teză de doctorat în Științe Economice. Ca urmare, atât literatura citată cât și principalele rezultate se încadrează în acest demers. În studiile empirice din ultimul capitol au fost puse în evidență prin analize regresionale relații de cauzalitate dintre aspectele financiare și cele legate de sănătatea și longevitatea populației.

Conform cu literatura de profil, am pornit de la idea că abordarea politicii de finanțare a sănătății cuprinde anumite principii și concepte de bază. Pentru a porni cu o direcție clară, obiectivele formulate pentru finanțarea sistemului trebuie să fie identificate distinct față de instrumentele care permit realizarea obiectivelor.

Urmărirea diferitelor sisteme naționale este foarte utilă, dar instrumentele pentru atingerea obiectivelor este mai dificil de copiat. Pe baza analizei unor rapoarte ale instituțiilor europene și ale statelor componente am putut constata în primul rând din observarea sistemelor de sănătate ale țărilor europene că există o varietate foarte mare, atât conceptuală cât și ca mod de funcționare.

Un capitol a fost consacrat integral analizei detaliate a unui sistem național de finanțare a sănătății, respectiv cel românesc. Se manifesta încă ramașițe ale funcționării din perioada comunistă. Se constata lipsa echilibrului financiar, lipsa continuă de fonduri, dependentă exagerat de mare de îngrijirea oferită de spitale, dezvoltarea redusă a serviciilor medicale nespitalicești și slabe nivele de reglementare și lipsa de viziune și strategii clare. Baza de impozitare rămâne încă foarte redusă, doar 25% din populație finanțează în mod efectiv asigurările obligatorii, făcând bugetul foarte limitat.

Realizări ale tezei. Punctul central al tezei îl constituie demonstrarea rolului benefic al asigurărilor voluntare private și al finanțărilor colaterale prin susținerea activităților sportive asupra sănătății și longevității.

Elemente de originalitate ale tezei. Pe lângă încercarea de acoperire cât mai completă a problematicilor legate de finanțarea sănătății, am reușit și realizarea unor elemente originale: (1) Analiza distribuțiilor geografice în cadrul european, a unor indicatori agregați la nivel național, cum ar fi: ponderile și totalurile finanțărilor publice și private, trendul finanțărilor pe un orizont mediu, etc; (2) Analiza în spațiul european a corelațiilor dintre unii indicatori agregați la nivel național; (3) Identificarea prin analiză regresională multifactorială a factorilor de influență ai dezvoltării asigurărilor voluntare private de sănătate la nivel național; (4) Punerea în evidență în spațiul european a unei direcții de clusterizare est-vest în sectorul asigurărilor de sănătate; (5) Respingerea ipotezei privind de existența efectelor transnaționale de difuziune și contagiune privind penetrarea asigurărilor voluntare de sănătate; (6) Identificarea prin analiză regresională multifactorială a relațiilor de cauzalitate neliniare legate de finanțarea totală a sănătății, ponderea asigurărilor voluntare de sănătate, descentralizarea sistemului public de sănătate, speranța de viață și accesibilitatea la serviciile medicale.

Direcții de dezvoltare a cercetării. Provocările vor continua prin schimbările demografice inerente, apariția unor tehnologii medicale inovatoare, creșterea pretențiilor pacienților privind tipul și calitatea serviciilor, schimbări ale cadrului legislativ și administrativ. Desigur, toate aceste modificări vor necesita reluarea analizei, pornind de la alte date. Cadrul analizei rămâne însă valabil și poate fi adaptat cu ușurință, folosind relațiile de cauzalitate identificate.

Bibliografie

1. Aaberge, R., Bhuller, M., Langørgen, A., & Mogstad, M. (2010). The distributional impact of public services when needs differ. *Journal of public economics*, 94(9-10), 549-562.
2. Alban, A., Kutzin, J., & World Health Organization. (2007). Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and TB and accelerating prevention within the health system in the Baltic states (Estonia, Latvia, Lithuania): economic, health financing and health system implications (No. EUR/07/5068431). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
3. Aluttis, C., Krafft, T., & Brand, H. (2014). Global health in the European Union—a review from an agenda-setting perspective. *Global health action*, 7(1), 23610.
4. Arrow, K. J. (1965). Uncertainty and the welfare economics of medical care: reply (the implications of transaction costs and adjustment lags). *The American economic review*, 55(1/2), 154-158.
5. Association of British Insurers (2000) *The Private Medical Insurance Market*. London.
6. Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Leuschütz, L., Ostermann, H. & Winkelmann, J. (2018). Austria: Health system review.
7. Bain, J. S. (1956). *Barriers to New Competition*, Harvard University Press, Cambridge, (Mass.)
8. Balcilar, M., Gupta, R., Lee, C.C. & Olasehinde-Williams, G. (2020). Insurance-growth nexus in Africa. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 45(2), 335-360.
9. Baltussen, R. M., Adam, T., Tan-Torres Edejer, T., Hutubessy, R. C., Acharya, A., Evans, D. B., ... & World Health Organization. (2003). Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis/edited by T. Tan-Torres Edejer...[et al]. In *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis/edited by T. Tan-Torres Edejer...[et al]*.
10. Barr, N. (1992). Economic theory and the welfare state: a survey and interpretation. *Journal of Economic literature*, 30(2), 741-803.
11. Beck, K., & Zweifel, P. (1998). Cream-skimming in deregulated social health insurance: evidence from Switzerland. In *Health, the medical profession, and regulation* (pp. 211-227). Springer, Boston, MA.
12. Beck, T. & Webb, I. (2003). Economic, demographic, and institutional determinants of life insurance consumption across countries. *The World Bank Economic Review*, 17(1), 51-88.
13. Beckfield, J., Olafsdottir, S. & Sosnaud, B. (2013). Healthcare systems in comparative perspective: classification, convergence, institutions, inequalities, and five missed turns. *Annual review of sociology*, 39(1), 127-146.
14. Begović, M. (2020). The development of sport policy in Montenegro. *International Journal of Sport Policy and Politics*, 12(2), 321-330.
15. Belli, P., Gotsadze, G., & Shahriari, H. (2004). Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. *Health Policy*, 70(1), 109-123.
16. Bennett, C. L., Schwarz, B., & Marberger, M. (2013). Health care in Austria: Universal access, national health insurance, and private health care. *Jama*, 269(21), 2789-2794.
17. Berthelot, J. M., Wilkins, R., & Ng, E. (2002). Trends in mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996 [Canadian Community Health Survey-2002 Annual Report]. *Health Reports*, 13, 45-64
18. Bhattacharya, J., & Lakdawalla, D. (2006). Does Medicare benefit the poor?. *Journal of Public Economics*, 90(1-2), 277-292.
19. Bocognano, A., Couffinal, A., Dumesnil, S., & Grignon, M. (2000). Which coverage for whom? Equity of access to health insurance in France. CRÉDÉS, Paris.

20. Boes, S. & Gerfin, M., 2016. Does full insurance increase the demand for health care?. *Health economics*, 25(11), 1483-1496.
21. Bolhaar, J., Lindeboom, M. & Van Der Klaauw, B. (2012). A dynamic analysis of the demand for health insurance and health care. *European Economic Review*, 56(4), 669-690.
22. Bourg, J. F., & Gouguet, J. J. (2010). *The political economy of professional sport*. Edward Elgar Publishing.
23. Brinkerhoff, D. W. (2004). Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health policy and planning*, 19(6), 371-379.
24. Brook, R. H., Ware Jr, J. E., Rogers, W. H., Keeler, E. B., Davies, A. R., Donald, C. A., ... & Newhouse, J. P. (1983). Does free care improve adults' health? Results from a randomized controlled trial. *New England Journal of Medicine*, 309(23), 1426-1434.
25. Brown, R. L. (1998). Social security: Regressive or progressive?. *North American Actuarial Journal*, 2(2), 1-23.
26. Browne, M.J. & Kim, K., 1993. An international analysis of life insurance demand. *Journal of Risk and Insurance*, 60(4), 616-634.
27. Busse, R., & Blümel, M. (2014). Germany. Health system review.
28. Busse, R., & Riesberg, A. (2011). *Health Care Systems in Transition: Germany*, European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
29. Busse, R., Saltman, R.B., & Dubois, H.F.W. (2004). Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J, eds., *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press.
30. Cain, J., Duran, A., Fortis, A., Jakubowski, E., & World Health Organization. (2002). *Health care systems in transition: Bosnia and Herzegovina*.
31. Cantarero-Prieto, D., Pascual-Sáez, M. & Gonzalez-Prieto, N. (2017). Effect of having private health insurance on the use of health care services: the case of Spain. *BMC health services research*, 17(1), pp.716-729
32. Carrieri, V. (2010). The effects of cost-sharing in health care: What do we know from empirical evidence?. *Economia politica*, 27(2), 351-374.
33. Chalip, L., Green, B. C., Taks, M., & Misener, L. (2017). Creating sport participation from sport events: Making it happen. *International Journal of Sport Policy and Politics*, 9(2), 257-276.
34. Chang, C.H. and Lee, C. C. (2012). Non-linearity between life insurance and economic development: A revisited approach. *The Geneva Risk and Insurance Review*, 37(2), 223-257.
35. Chevreul, K., Brigham, B., Durand-Zaleski, I., & Hernández-Quevedo, C. (2015). France: Health system review. *Health systems in transition*, (17/3).
36. Christiansen, T., Lauridsen, J. & Kamper-Jørgensen, F. (2002). Demand for private health insurance and demand for health care by privately and non-privately insured in Denmark. Syddansk Universitet.
37. Chui, A.C. & Kwok, C.C. (2009). Cultural practices and life insurance consumption: An international analysis using GLOBE scores. *Journal of Multinational Financial Management*, 19(4), 273-290.
38. Comité Européen des Assurances (2012). Annual Report. Paris.
39. Commission on Health Funding (2009). Report of the Commission on Health Funding. Stationery Office, Dublin.
40. Commission on Taxation (1982). First Report of the Commission on Taxation. Stationery Office, Dublin.
41. Costa, J., & García, J. (2011). Demand for private health insurance and health care quality: which quality matters. In 9th European Workshop on Econometrics and Health Economics. Amsterdam, Holanda.
42. Couffinhal, A. (1999). *Concurrence en assurance santé: entre efficacité et sélection*. Doctoral dissertation, ANRT, Université Pierre Mendès France, Grenoble.

43. Curak, M., Dzaja, I. & Pepur, S. (2013). The effect of social and demographic factors on life insurance demand in Croatia. *International Journal of Business and Social Science*, 4(9), 65–72.
44. Dart, J. (2014). New media, professional sport and political economy. *Journal of Sport and Social Issues*, 38(6), 528-547.
45. Datamonitor (2010). *European Health Insurance 2010: What's the Prognosis, Doctor?* London.
46. Davies, P. (2011). The role of health insurance in New Zealand: Health insurance in New Zealand. *Healthcare Review Online*, April.
47. Day, C., Barron, P., Massyn, N., Padarath, A., & English R. (2011). *The District Health Barometer 2010/11*. Durban: Health Systems Trust.
48. De Graeve, D., & Van Ourti, T. (2003). The distributional impact of health financing in Europe: A review. *World Economy*, 26(10), 1459-1479.
49. De Roo, A., Chambaud, L., & Guentert, B. J. (2004). Long-term care in social health insurance systems. *Social health insurance systems in Western Europe*, 281-98.
50. den Exter, A. P. (2005). *Purchasing to improve health systems performance*, European Observatory on Health Systems and Policies Series.
51. Department of Health and Children (2009). *Private Health Insurance*. White Paper. Government of Ireland, Dublin.
52. DHUK (2007). Department of Health (United Kingdom). *The National Plan*. London.
53. Dixon, A., & Mossialos, E. (2008). Has the Portuguese NHS achieved its objectives of equity and efficiency?. *International Social Security Review*, 53(4), 49-78.
54. Dixon, A., Pfaff, M., & Hermesse, J. (2004). *Solidarity and competition in social health insurance countries*. In: Saltman RB, Busse R, Figueras J, eds., *Social health insurance systems in western Europe*. Maidenhead, Open University Press.
55. Downward, P., Hallmann, K., & Rasciute, S. (2018). Exploring the interrelationship between sport, health and social outcomes in the UK: implications for health policy. *The European Journal of Public Health*, 28(1), 99-104.
56. Dragos, S.L. (2014). Life and non-life insurance demand: the different effects of influence factors in emerging countries from Europe and Asia. *Economic research-Ekonomska istraživanja*, 27(1), 169-180.
57. Durán, A., Lara, J. L., Wavereen, M. V., Bankauskaite, V., & World Health Organization. (2006). *Health systems in transition: Spain: health system review* (No. EUR/06/5065570). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
58. EC (2015). *EU Economic governance: monitoring, prevention, correction*. European Commission. http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/nrp2015_romania_ro.pdf
59. EC (2015b). *Recommendation for a Council Recommendation on the 2015 National Reform Programme of Romania and delivering a Council opinion on the 2015 Convergence Programme of Romania*. Brussels, 13.5.2015 COM (2015) 272 final. Brussels, European Commission (http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2015/csr2015_romania_en.pdf, accessed 4 July 2016).
60. Elango, B. & Jones, J. (2011). Drivers of insurance demand in emerging markets. *Journal of Service Science Research*, 3(2), 185–204.
61. Enz, R. (2000). The S-curve relation between per-capita income and insurance penetration. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 25(3), 396-406.
62. Estonian Health Insurance Fund (2005) *Annual report 2005*. Tallinn, (<http://www.haigekassa.ee/eng/ehif/annual/>).
63. European Commission (2010) *Liberalization of Insurance in the Single Market: An Update*.
64. Eurostat, O.E.C.D. (2011). WHO. *A System of Health Accounts*.

65. Ferguson, P. R., & Ferguson, G. (1994). *Industrial economics: issues and perspectives*. NYU Press.
66. Ferré, F., de Belvis, A. G., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., Ricciardi, W., & Maresso, A. (2014). *Italy: health system review*.
67. Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. McGraw-Hill Education (UK).
68. Figueras, J., Robinson, R., & Jakubowski, E. (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. McGraw-Hill Education (UK).
69. Finn, C. & Harmon, C.P. (2006). A dynamic model of demand for private health insurance in Ireland. *Discussion Papers Series IZA DP No. 2472*, 1-38.
70. Fort, C. M., & López-Valcárcel, B. G. (2014). El sector sanitario en España: situación actual y perspectivas de futuro. *Hacienda Pública Española*, (119), 41-58.
71. Fotaki, M., & Boyd, A. (2005). From plan to market: a comparison of health and old age care policies in the UK and Sweden. *Public Money & Management*, 25(4), 237-243.
72. Freeman, S. (1994). Health care provision in the EC. *AIDA Information Bull.* 47: 120–122.
73. Freire, J. M. (1999). La nueva fiscalidad de los seguros sanitarios privados y el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 13(3), 233-236.
74. Frenk, J. (1995). The power of ideas and the ideas of power challenges to ENHR from health system reform. *Research into Action newsletter of the COHRED*, 1-4.
75. Gaal, P., & McKee, M. (2004). Informal payment for health care and the theory of ‘INXIT’. *The International journal of health planning and management*, 19(2), 163-178.
76. Gaal, P., Evetovits, T., & McKee, M. (2006). Informal payment for health care: evidence from Hungary. *Health Policy*, 77(1), 86-102.
77. Gaganis, C., Hasan, I. & Pasiouras, F., 2020. Cross-country evidence on the relationship between regulations and the development of the life insurance sector. *Economic Modelling*, 89(July), pp. 256-272.
78. García-Armesto, S., Abadía-Taira, M., Durán, A., Hernández-Quevedo, C., & Bernal-Delgado, E. (2010). *Spain: Health system review*.
79. Garel, P., Notarangelom, I. (2016). *Hospitals in Europe: Healthcare data*. hospitalhealthcare.com
80. Garfinkel, I., Rainwater, L., & Smeeding, T. M. (2016). A re-examination of welfare states and inequality in rich nations: How in-kind transfers and indirect taxes change the story. *Journal of Policy Analysis and Management*, 25(4), 897-919.
81. Garner, J., Humphrey, P. R., & Simkins, B. (2016). The business of sport and the sport of business: A review of the compensation literature in finance and sports. *International Review of Financial Analysis*, 47, 197-204.
82. Gemmill, M. C., Thomson, S., & Mossialos, E. (2008). What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *International journal for equity in health*, 7(1), 1-22.
83. Gerkens, S., & Merkur, S. (2010). Belgium: Health system review. *Health systems in transition*, 12(5), 1-266.
84. Gibson, T. B., Ozminkowski, R. J., & Goetzl, R. Z. (2005). The effects of prescription drug cost sharing: a review of the evidence. *Am J Manag Care*, 11(11), 730-740.
85. Glenngård, A. H., Hjalte, F., Svensson, M., Anell, A., Bankauskaite, V., & World Health Organization. (2005). *Health systems in transition: Sweden*.
86. Glied, S. A. (2018). Health care financing, efficiency, and equity, National Bureau of economic research, No. w13881.
87. Goldman, D. P., Joyce, G. F., & Zheng, Y. (2007). Prescription drug cost sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health. *Jama*, 298(1), 61-69.

88. Gotsadze, G. & Gaál, P. (2010). Coverage decisions: benefit entitlements and patient cost sharing. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, editors. *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
89. Gottret, P., & Schieber, G. (2006). *Health financing revisited: a practitioner's guide*. The World Bank.
90. Gratton, C., Liu, D., Ramchandani, G., & Wilson, D. (2012). *The global economics of sport*. Routledge.
91. Habicht, J., Xu, K., Couffinhal, A., & Kutzin, J. (2006). Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health policy and planning*, 21(6), 421-431.
92. Häkkinen, A., Rinne, M., Vasankari, T., Santtila, M., Häkkinen, K., & Kyröläinen, H. (2010). Association of physical fitness with health-related quality of life in Finnish young men. *Health and quality of life outcomes*, 8(1), 15-31
93. Healthcare, PPP (2010). PPP healthcare update.
94. Heller, M. P. S. (2005). *Understanding fiscal space*. International Monetary Fund.
95. Hensher, M., & Edwards, N. (2005). WHO workshop on hospital debt in Poland: report of WHO consultants on the recommendations by workshop participants. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
96. Hofmarcher, M. M., Rack, H., Dixon, A., & World Health Organization. (2011). *Health care systems in transition: Austria*.
97. Holst, J. (2010). Patient cost sharing: reforms without evidence. Theoretical considerations and empirical findings from industrialized countries (No. SP I 2010-303). WZB Discussion Paper.
98. Howard, D. R. (2019). Financing sport. *International Journal of Sport Communication*, 12, 306-309.
99. Hsiao, W.C. (1995). Abnormal economics in the health sector. *Health policy*, 32(1-3), 125-139.
100. Hultberg, E. L., Lönnroth, K., & Allebeck, P. (2003). Co-financing as a means to improve collaboration between primary health care, social insurance and social service in Sweden. A qualitative study of collaboration experiences among rehabilitation partners. *Health Policy*, 64(2), 143-152.
101. Hwang, T. & Gao, S., 2003. The determinants of the demand for life insurance in an emerging economy – The case of China. *Journal of Managerial Finance*, 29(5/6), 82–96.
102. Innocenti, S., Clark, G. L., McGill, S. & Cuñado, J. (2019). The effect of past health events on intentions to purchase insurance: evidence from 11 countries. *Journal of Economic Psychology*, 74(Oct), 1-21.
103. Insurance Europe (2015). *Statistics: European insurance industry database. Density (total premiums per inhabitant): domestic market.* [pdf] Insurance Europe. <<https://www.insuranceeurope.eu/sites/default/files/attachments/European%20Insurance%20-%20Key%20Facts%20-%20August%202015.pdf>> [Accessed 20 September 2020].
104. Insurance Europe (2018). *European Insurance in Figures, 2018 data.* [pdf] Insurance Europe. Available at: <<https://www.insuranceeurope.eu/sites/default/files/attachments/European%20Insurance%20in%20Figures%20-%202018%20data.pdf>> [Accessed 20 September 2020].
105. Kennedy, A. (1995). Private health insurance in the Republic of Ireland. *Benefits and Compensation International*, 24, 29-29.
106. Kesselman, J. R., & Cheung, R. (2014). Tax incidence, progressivity, and inequality in Canada. *Canadian Taxation Journal*, 52, 709-731
107. Khan, K. M., Thompson, A. M., Blair, S. N., Sallis, J. F., Powell, K. E., Bull, F. C., & Bauman, A. E. (2012). Sport and exercise as contributors to the health of nations. *The Lancet*, 380(9836), 59-64.
108. Kiil, A. (2012). What characterizes the privately insured in universal health care systems? A review of the empirical evidence. *Health Policy*, 106(1), 60-75.

109. Kiil, A., & Houlberg, K. (2014). How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. *The European Journal of Health Economics*, 15(8), 813-828.
110. King, N. (2013). "Sport for All" in a financial crisis: survival and adaptation in competing organisational models of local authority sport services. *World leisure journal*, 55(3), 215-228.
111. Kjosevski, J. (2012). The determinants of life insurance demand in central and southeastern Europe. *International Journal of Economics and Finance*, 4(3), 237-247.
112. Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J., & van Ginneken, E. (2016). Netherlands: health system review.
113. Kulu-Glasgow, I., Delnoij, D., & de Bakker, D. (2014). Self-referral in a gatekeeping system: patients' reasons for skipping the general-practitioner. *Health policy*, 45(3), 221-238.
114. Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health policy*, 56(3), 171-204.
115. Kutzin, J. (2008). Health financing policy: a guide for decision-makers. Health financing policy paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 24.
116. Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 602-611.
117. Kutzin, J., Ibraimova, A., Kadyrova, N., Isabekova, G., Samyshkin, Y., & Kataganova, Z. (2002). Manas Health Policy Analysis Project. Innovations In Resource Allocation, Pooling And Purchasing In The Kyrgyz Health System. WHO/Ministry of Health Kyrgyz Republic.
118. Lancry, P. J., & Sandier, S. (2009). Twenty years of cures for the French health care system. Health care and cost containment in the European Union, 443-478.
119. Layte, R., & Nolan, B. (2004). Equity in the utilisation of health care in Ireland. *Economic and Social Review*, 35(2), 111-134.
120. Legea 125/2005 (2005). Legea 125/2005 privind salarizarea si alte drepturi ale personalului contractual din unitatile sanitare publice din sectorul sanitar. Articolul 13.
121. Lexchin, J., & Grootendorst, P. (2004). Effects of prescription drug user fees on drug and health services use and on health status in vulnerable populations: a systematic review of the evidence. *International Journal of Health Services*, 34(1), 101-122.
122. Li, D., Moshirian, F., Nguyen, P. & Wee, T., 2007. The demand for life insurance in OECD countries. *Journal of Risk and Insurance*, 74(3), 637-652.
123. Lieberthal, R.D. (2016). What Is Health Insurance (Good) For?: An Examination of Who Gets It, Who Pays for It, and How to Improve It. Springer International Publishing.
124. Lin, C., Hsiao, Y.J. & Yeh, C.Y. (2017). Financial literacy, financial advisors, and information sources on demand for life insurance. *Pacific-Basin Finance Journal*, 43(June), 218-237.
125. Litvishko, O. V., Vysotskaya, T. P., Bodrov, I. M., Nosov, S. M., & Buyanova, T. V. (2019). Ways to improve efficiency of professional sports financing mechanisms. *Theory and Practice of Physical Culture*, 9, 34-34.
126. Liu, T.C. & Chen, C.S. (2002). An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Taiwan. *Social science and medicine*, 55(5), 755-774.
127. Lohr, K. N., Brook, R. H., Kamberg, C. J., Goldberg, G. A., Leibowitz, A., Keeseey, J., ... & Newhouse, J. P. (1986). Use of medical care in the RAND Health Insurance Experiment: diagnosis-and service-specific analyses in a randomized controlled trial. *Medical care*, 24(9), S1-S87.
128. Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1), 1-36.

129. López-Casasnovas, G. (2015). Health care and cost-containment in Spain. Health care and cost-containment in the European Union. Ashgate, Aldeshot (UK).
130. Louckx, F. (2002). Patient cost sharing and access to healthcare. Reducing inequalities in health: A European perspective, 188.
131. Machnes, Y. (2006). The demand for private health care under national health insurance. *The European Journal of Health Economics*, 7(4), 265-269.
132. Manning, W. G., & Marquis, M. S. (1989). Health Insurance: the trade-off between risk pooling and moral hazard. RAND (pp. 00497-3). R-3729-NCHSR.
133. Manning, W. G., Newhouse, J. P., Duan, N., Keeler, E. B., & Leibowitz, A. (1987). Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *The American economic review*, 251-277.
134. Mare, C., Dragoș, S.L. & Dragotă, I.M. (2019b). The impact of human development on the Romanian life insurance market: A county spatial econometric analysis. *Cogent Business and Management*, 6(1), 1-15.
135. Mare, C., Dragoș, S.L., Dragotă, I.M. & Dragoș, C.M. (2019a). Insurance Literacy and Spatial Diffusion in the Life Insurance Market: A Subnational Approach in Romania. *Eastern European Economics*, 57(5), 375-396.
136. Mare, C., Dragos, S.L., Dragota, I.M., Muresan, G.M. & Urean, C.A. (2016). Spatial convergence processes on the European Union's life insurance market. *Economic Computation and Economic Cybernetics Studies and Research*, 50(4), 93-107.
137. Marquis, M. S., & Long, S. H. (2005). Worker demand for health insurance in the non-group market. *Journal of health economics*, 14(1), 47-63.
138. Mason, E. S. (1939). Price and production policies of large-scale enterprise. *The American economic review*, 29(1), 61-74.
139. McClellan, M., & Skinner, J. (2006). The incidence of Medicare. *Journal of Public Economics*, 90(1-2), 257-276.
140. McCuaig, L., & Quennerstedt, M. (2018). Health by stealth—exploring the sociocultural dimensions of salutogenesis for sport, health and physical education research. *Sport, education, and society*, 23(2), 111-122.
141. McIntyre, D., Kutzin, J., & World Health Organization. (2016). Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development (No. WHO/HIS/HGF/HFDiagnostics/16.1). World Health Organization.
142. McKee, M., & Brand, H. (2005). Purchasing to promote population health. *Effective Purchasing for Health Gain*, 140-63.
143. MHWS (2000). Ministry of Health, Welfare, and Sport (Netherlands). Personal communication, 2000.
144. Mossialos, E., & Thomson, S. M. (2012). Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment. *International journal of health services*, 32(1), 19-88.
145. Mureșan, G. M., Dragos, C. M., Mare, C., Dragos, S. L., & Pinteș, A. (2021). Socio-Economic and Macro-Financial Determinants and Spatial Effects on European Private Health Insurance Markets. *Amfiteatru Economic*, 23(56), 290-307.
146. Nguyen, H. and Knowles, J. (2010). Demand for voluntary health insurance in developing countries: the case of Vietnam's school-age children and adolescent student health insurance program. *Social Science and Medicine*, 71(12), 2074-2082.
147. O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Harbianto, D., ... & Zhao, Y. (2007). The incidence of public spending on healthcare: comparative evidence from Asia. *The World Bank Economic Review*, 21(1), 93-123.
148. O'donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2007). Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. The World Bank.

149. OECD (2006). OECD reviews of health systems – Switzerland. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development.
150. OECD (2009). Organization for Economic Co-operation and Development. Health Data 2009, Paris.
151. OECD (2019). Health Data, 2019
152. Olasehinde-Williams, G. and Balcilar, M. (2020). Examining the Effect of Globalization on Insurance Activities in Large Emerging Market Economies. *Research in International Business and Finance*, 53(1), 1-15
153. Olejaz, M., Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Birk, H., Krasnik, A., & Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: Health system review.
154. Ourworldindata (2018). Burden of Disease. Ourworldindata.org
155. Outreville, J.F. (1996). Life insurance markets in developing countries. *Journal of risk and insurance*, 63(2), 263-278.
156. Paulus, A., Sutherland, H., & Tsakoglou, P. (2010). The distributional impact of in-kind public benefits in European countries. *Journal of Policy Analysis and Management*, 29(2), 243-266.
157. Pauly, M. V. (1968). The economics of moral hazard: comment. *The American Economic Review*, 58(3), 531-537.
158. Pauna, R. D., Pinte, A., Lazar, P. S., & Maier, D. (2020). The Effects of Financing Sports Activities on International Sports Performance and on the Population's Health, *International Journal of academic research in business and social sciences*, 10(10), 950-965.
159. Pendzialek, J.B., Simic, D. & Stock, S., (2016). Differences in price elasticities of demand for health insurance: a systematic review. *The European Journal of Health Economics*, 17(1), pp. 5-21.
160. Petry, K., Steinbach, D., & Tokarski, W. (2004). Sport systems in the countries of the European Union: Similarities and differences. *European Journal for Sport and Society*, 1(1), 15-21.
161. Pinte, A., Pauna, R. D., & Lazar, P. S. (2020). The Effect of the Private Health Insurances and Health Financing on the Population Health in the European Countries. *International Journal of academic research in business and social sciences*, 10(10), 143-158
162. Pitacco, E. (2014). *Health Insurance Products. Basic Actuarial Models*. Springer International Publishing.
163. PKV (1999). *Private Health Insurance: Facts and Figures 1998/99*. Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Köln.
164. PO of the EU (2018). *Study on the contribution of sport to economic growth and employment in the EU*. Publications Office of the EU.
165. Pradhan, M., & Prescott, N. (2002). Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health economics*, 11(5), 431-446.
166. Prieto, D. C., & Lago-Peñas, S. (2012). Decomposing the determinants of health care expenditure: the case of Spain. *The European Journal of Health Economics*, 13(1), 19-27.
167. Propper, C. (1993). Constrained choice sets in the UK demand for private medical insurance. *Journal of Public Economics*, 51(3), 287-307.
168. Puig-Junoy, J. (1999). Managing risk selection incentives in health sector reforms. *The International journal of health planning and management*, 14(4), 287-311.
169. Purvis, G.P., Seitalieva, C., Jakab M, & al. (2005) *Evaluating Manas health sector reforms (1996– 2005): focus on restructuring*. Bishkek, Manas Health Policy Analysis Project, 2005 (Policy Research Paper No. 30).
170. Reviglio, M. F. (2000). *Health care and its financing in Italy: issues and reform options* (No. 0-166). International Monetary Fund.
171. Rice, T., & Matsuoka, K. Y. (2004). Book Review: *The Impact of Cost-Sharing on Appropriate Utilization and Health Status: A Review of the Literature on Seniors*. *Medical Care Research and Review*, 61(4), 415-452.
172. Robinson, R. (2002). User charges for health care. *Funding health care: options for Europe*, 161-183.

173. Robinson, R. (2009) *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*. European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen.
174. Roos, N. P., & Mustard, C. A. (1997). Variation in health and health care use by socioeconomic status in Winnipeg, Canada: does the system work well? Yes and no. *The Milbank Quarterly*, 75(1), 89-111.
175. Rovira, J., Mompo, C., Wildt, K., Schneider, M., & Blasco, I. (1998). Comparing cost-sharing in European Union member states: a system-oriented framework. *Health care and its financing in the single European market*, 183-211.
176. Russell, S. (1996). Ability to pay for health care: concepts and evidence. *Health policy and planning*, 11(3), 219-237.
177. Ryan, P., Thomas, S., & Normand, C. (2009). Translating Dutch: challenges and opportunities in reforming health financing in Ireland. *Irish journal of medical science*, 178(3), 245-248.
178. Saltman, R. B. (1994). A conceptual overview of recent health care reforms. *The European Journal of Public Health*, 4(4), 287-293.
179. Saltman, R., Rico, A., & Boerma, W. (2004). *Social health insurance systems in western Europe*. McGraw-hill education (UK).
180. Sandy, R. (2017). *The economics of sport: An international perspective*. Macmillan International Higher Education.
181. Scherer, F.M. (1970). *Industrial Market Structure and Economic Performance*. Rand McNally, Chicago, 1970.
182. Schieber, G. (Ed.). (1997). *Innovations in health care financing: proceedings of a World Bank conference, March 10-11, 1997 (Vol. 365)*. World bank publications.
183. Schokkaert, E., & Van de Voorde, C. (2005). Health care reform in Belgium. *Health economics*, 14(S1), S25-S39.
184. Shapiro, M. F., Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1986). Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms: results of a randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 104(2), 246-251.
185. Shishkin, S., Kacevicius, G., & Ciocanu, M. (2006). Evaluation of health financing reform in the Republic of Moldova. Copenhagen, Bureau régional de l’OMS pour l’Europe.
186. Siu, A. L., Sonnenberg, F. A., Manning, W. G., Goldberg, G. A., Bloomfield, E. S., Newhouse, J. P., & Brook, R. H. (1986). Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. *New England Journal of Medicine*, 315(20), 1259-1266.
187. Śliwiński, A. & Borkowska, I. (2020). Private Voluntary Health Insurance: Market in Poland and Determinants of Demand—Review of Literature. In: M. Janowicz-Lomott, K. Łyskawa, P. Polychronidou and A. Karasavoglou, eds. *Economic and Financial Challenges for Balkan and Eastern European Countries*. [online] Cham: Springer International Publishing. pp.177–192. Available at: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-39927-6_11> [Accessed 4 September 2020].
188. Smeeding, T. M., Saunders, P., Coder, J., Jenkins, S., Fritzell, J., Hagenaaers, A. J., ... & Wolfson, M. (1993). Poverty, inequality, and family living standards impacts across seven nations: The effect of noncash subsidies for health, education and housing. *Review of Income and Wealth*, 39(3), 229-256.
189. Spaaij, R., & Westerbeek, H. (2010). Sport business and social capital: a contradiction in terms?. *Sport in Society*, 13(9), 1356-1373.
190. Standard & Poor’s (2018). *S&P Global Financial Literacy Survey: Financial Literacy Around the World - GFLEC*. [online] Standard & Poor’s. Available at: <https://gflec.org/wp-content/uploads/2015/11/3313-Finlit_Report_FINAL-5.11.16.pdf?x93521> [Accessed 11 September 2020].
191. Swartz, K. (2010). Cost-sharing: effects on spending and outcomes. *The Synthesis project. Research synthesis report*, (20), 42-45.

192. Tambllyn, R., Laprise, R., Hanley, J. A., Abrahamowicz, M., Scott, S., Mayo, N., ... & Mallet, L. (2001). Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *Jama*, 285(4), 421-429.
193. Taroni, F. (2010). Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy. *Euro observer*, 2(1), 1-2.
194. Tavares, A.I. (2020). Voluntary private health insurance demand determinants and risk preferences: Evidence from SHARE. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35(3), 685-703.
195. Theurl, E., & Winner, H. (2007). The impact of hospital financing on the length of stay: evidence from Austria. *Health policy*, 82(3), 375-389.
196. Thomas, S., Keegan, C., Barry, S., Layte, R., Jowett, M., & Normand, C. (2013). A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case. *BMC Health Services Research*, 13(1), 450-464
197. Trenberth, L. (2012). The sport business industry. In L. Trenberth & D. Hassan (Eds.), *Foundations of sport management. Managing sport business. An introduction* (pp. 3–16). Milton Park, Abingdon, Oxon, and New York, NY: Routledge.
198. Trinh, T., Nguyen, X. & Sgro, P. (2016). Determinants of non-life insurance expenditure in developed and developing countries: an empirical investigation. *Applied Economics*, 48(58), 5639-5653.
199. Truett, D.B. & Truett, L.J. (1990). The demand for life insurance in Mexico and the United States: A comparative study. *Journal of Risk and Insurance*, 57(2), 321-328.
200. Turquet, P. (2012). Health insurance system financing reforms in the Netherlands, Germany and France: Repercussions for coverage and redistribution?. *International Social Security Review*, 65(1), 29-51.
201. Van de Ven, W. P., van Vliet, R. C., & Lamers, L. M. (2004). Health-adjusted premium subsidies in the Netherlands. *Health Affairs*, 23(3), 45-55.
202. Van Doorslaer, E., & Masseria, C. (2004). Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries (pp. 8-12). Paris: OECD.
203. Vera-Hernández, Á. M. (2009). Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health economics*, 8(7), 579-598.
204. Vlădescu, C., Scintee, S. G., Olsavszky, V., Hernández-Quevedo, C., & Sagan, A. (2016). Romania: health system review. *Health systems in transition*, (18/4).
205. Volker, A., Glied, S., & Topan, A. (2003). Health Insurance and the Labor Market: The German Experience. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. August 2003, 28(4), 693-714.
206. Voncina, L., Bagat, M., Evetovits, T., & Kehler, J. (2008). Sources of inefficiencies and fiscal deficits in the Croatian health care system, *Health Systems Financing Policy Paper*, Division of Country Health Systems.
207. Vrangbæk, K., & Sørensen, L. M. (2013). Does municipal co-financing reduce hospitalisation rates in Denmark?. *Scandinavian journal of public health*, 41(6), 616-622.
208. Vuorenkoski, L., Mladovsky, P., & Mossialos, E. (2008). Finland: Health system review.
209. Wagstaff, A., & Doorslaer, E. V. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health economics*, 12(11), 921-933.
210. Wagstaff, A., Bilger, M., Sajaia, Z., & Lokshin, M. (Eds.). (2011). *Health equity and financial protection: streamlined analysis with ADePT software*. The World Bank.
211. Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Van Der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G., ... & Winkelhake, O. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of health economics*, 18(3), 263-290.
212. White, H. (1980). A heteroskedasticity-consistent covariance matrix estimator and a direct test for heteroskedasticity. *Econometrica*, 48(4), 817–838.

213. WHO (2000) The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.
214. WHO (2005). The Health for All policy framework for the European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (European Health for All Series No.7).
215. WHO (2010). Health systems financing: The path to universal coverage. World Health Report 2010. Geneva: WHO, 2010.
216. WHO (2018). Global Health Observatory, World Health Organization.
217. World Bank (2003) Albania Poverty Assessment. Washington, DC, World Bank, 2003 (Report 26213-AL).
218. World Bank (2018). Indicators: Economy & Growth, Financial Sector, Gender, Health. Washington, DC: World Bank.
219. World Bank. (2018). Indicators: Economy & Growth, Population. Washington, DC: World Bank.
220. Xu, K. (2005). Distribution of health payments and catastrophic expenditures—methodology. Geneva: WHO. WHO-Discussion paper N°2.
221. Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The lancet*, 362(9378), 111-117.
222. Xu, K., Evans, D., Karrin, G., & Aguilar-Rivera, A. M. (2005). Technical Brief for Policy Makers. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. World Health Organization, Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy, 1-4.
223. Yang, M. (2018). Demand for social health insurance: evidence from the Chinese new rural cooperative medical scheme. *China Economic Review*, 52, 126-135.
224. Zerriaa, M. & Noubbigh, H. (2016). Determinants of life insurance demand in the MENA region. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 41(3), 491-511.
225. Zweifel, P. (1987). Bonus systems in health insurance: a microeconomic analysis. *Health Policy*, 7(2), 273-288.