

DE LA EUROPA FIRMELOR LA FIRMELE EUROPENE

Euroeconomia XXI

BILUNAR FINANCIAR-ECONOMIC

nr. **596, 597** anul XXI vineri, 10 octombrie 2025

„Războiul nu se
poate umaniza,
se poate doar aboli.”
Albert Einstein



Dr. Ioan-
Sebastian MEZEI



Prof. univ. dr.
Lucian BELAȘCU

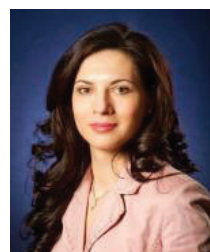
Organizarea și finanțarea spitalelor din România

Organization and financing of hospitals in Romania



Serviciile universale de îngrijire a sănătății populației au prezentat importanță cu mai mult de 100 de ani în urmă, dar adevăratele reforme în stabilirea unor sisteme de sănătate organizate și coordonate au început prin implementarea celor trei modele de bază: Bismark, creat de Otto von Bismarck în anul 1883, Semashko, implementat de Nikolai Semashko în anul 1917 și Beveridge, înființat pentru prima dată de William Beveridge în Regatul Unit în 1948.

2,3,8

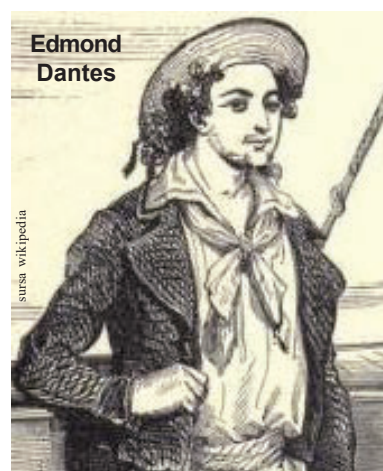


dr. Renate BRATU

Comoara Invizibilă a Secolului XXI

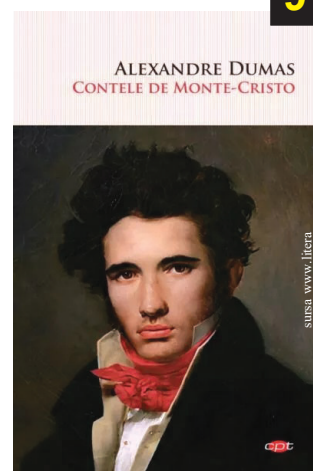
Finanțele Atenției

9



Edmond
Dantes

*The Count of
Monte Cristo,
Alexandre
Dumas' masterpiece, is not only a story about justice and personal transformation, but also a lesson about the power of economic resources.*



ALEXANDRE DUMAS
CONTELE DE MONTE-CRISTO

Deschiderea anului universitar 2025–2026

Studentii și profesorii Universității „Lucian Blaga” au participat la festivitatea de deschidere a anului universitar 2025-2026. Cu acest prilej le dorim succes, realizări deosebite, experiențe memorabile și atingerea tuturor obiectivelor! (Redacția)



Revista “EUROECONOMIA XXI” o puteți găsi la adresa:
<https://infosibiu.eu/economie/>



Dan POPESCU

Istorie și actualitate economică

La răscruce de destine

Planul Marshall: reconstrucția democratică a Europei

The Marshall Plan: the democratic reconstruction of Europe



4,5,6

„Înaintașii nu sunt modele de copiat,
ci puncte de plecare pentru creația nouă”. Paul Zarifopol



Dorel Morândău

**Dezordinea
socială**

3

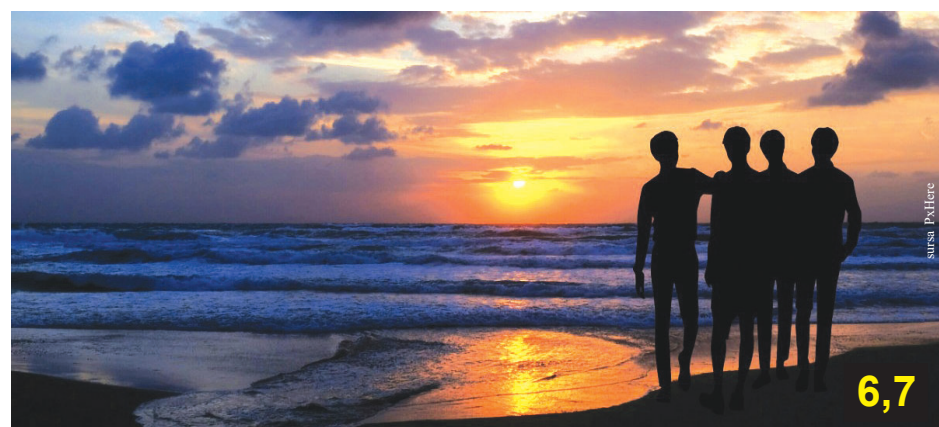
Creativitatea



Dan POPESCU

Întâlniri/Tinerețea perenă a amicitiei

- flori canadiene din pământ românesc -
- personalitatea centenară a rugby-ului și economiei -



6,7

„Prietenia, astăzi pe cale de dispariție, e semnul culturii. Amenințarea cea mai gravă pentru oameni nu e bomba atomică, ci pierderea prieteniei”. Eugen Ionesco

Sebastian MEZEI
Lucian BELASCU

urmare din pagina 1

În anul 2021, 87,61% din bugetul total alocat sistemului de sănătate din România a fost cheltuit de către trei categorii principale de furnizori, unitățile spitalicești au cheltuit aproape jumătate din buget (46,40%), celelalte două categorii fiind vânzătorii cu amănuntul și alți furnizori de bunuri medicale (25,17%) și furnizorii de servicii medicale de îngrijire în ambulatoriu (16,04%). Deși aproape jumătate din bugetul alocat sănătății în România este cheltuit în unitățile spitalicești, având în vedere procentul redus alocat, raportat la PIB, nevoile financiare ale spitalelor sunt de cele mai multe ori insuficiente, astfel fiind foarte important modul în care sunt obținute și cheltuite aceste fonduri.

În anul 2022 existau 544 de spitale, din care 488 în mediul urban și 56 în mediul rural, iar unități sanitare (inclusiv asimilate spitalelor) cu internare de zi erau în număr de 160 de unități, din care 151 în mediul urban și 9 în mediul rural. Numărul total al paturilor existente în spitale era de 145.902, din care 127.277 paturi cu internare continuă și de zi, 16.503 paturi doar cu internare continuă și 2.122 de paturi doar cu internare de zi. Numărul paturilor din unitățile spitalicești în România se situează în top la nivelul Uniunii Europene, în anul 2020, fiind de 7,1 paturi la 1.000 de locuitori, cu 2,1 paturi peste media UE și 5 paturi peste Suedia, țara cu cele mai puține paturi existente în spitale. Existența unui număr ridicat de paturi înseamnă, de cele mai multe ori, costuri mai mari pentru unitățile spitalicești, având în vedere modul de finanțare a serviciilor medicale, funcție de acesta fiind stabilit și normativul de personal aferent secțiilor din spital, coroborat cu rate scăzute de utilizare a paturilor și costuri ridicate din punct de vedere administrativ.

Odată cu implementarea sistemelor de sănătate, ca și o evoluție firească, a devenit necesară stabilirea unor criterii comune de clasificare și finanțare a serviciilor medicale în cadrul spitalelor, bazat pe Clasificarea Internațională a Bolilor (ICD), adoptat ca și sistem de diagnostic global și care este actualizat periodic, în acest moment ajungând la ediția a 11-a. Există nenumărate studii privind finanțarea pe bază de DRG, începând cu originile acestuia sau dezvoltarea acestuia și implementarea în diferite state (până la analizarea impactului asupra finanțării serviciilor medicale).

Implementarea finanțării pe bază de DRG poate genera rezultate diferite privind eficiența spitalelor funcție de tipul de spital, în principal prin reducerea perioadei de internare, o transparență ridicată a finanțării, poate implica riscuri în ceea ce privește calitatea actului medical, acest sistem fiind concentrat pe latura financiară, dar comparând cu finanțarea bazată pe costuri sau bugete globale poate oferi stimulente spitalelor în vederea îmbunătățirii eficienței acestora. Unii autori consideră că finanțarea pe bază de DRG poate conduce la costuri mai mari pentru serviciile medicale, având în vedere codificarea cazurilor tratate, dar acest aspect este cel mai probabil întâlnit în cazurile de „codificare excesivă”.

Finanțarea spitalelor

În România, se realizează în principal pe baza sistemului de clasificare Diagnostic Related Groups (DRG), sistem realizat la începutul

anilor 1970 de Robert Barclay Fetter și John D. Thompson de la Universitatea Yale și implementat pentru prima dată în New Jersey, începând din 1980, la inițiativa comisarului pentru sănătate din NJ, Joanne Finley. România a implementat pentru prima dată sistemul de finanțare pe bază de DRG în anul 2005, prin încheierea unui acord de utilizare a sistemului de clasificare din Australia, care a fost model pentru dezvoltarea sistemului românesc de clasificare în grupe de diagnostice.

Pentru plata serviciilor medicale prestate, unitățile spitalicești din România, încheie contracte cu Casele Județene de Asigurări de Sănătate, legislația prevăzând în formula de calcul o serie de indicatori care pot fi îmbunătățiți doar printr-un management riguros al cazurilor internate, în caz contrar existând riscul reducerii eficienței, iar sumele încasate să nu acopere costurile cu tratarea pacienților. Odată cu implementarea modelului australian a fost stabilită o formulă de calcul a finanțării pentru spitalizarea continuă care să compenseze serviciile prestate de unele categorii de spitale, fapt ce a condus la multiple inechități și anomalii privind decontarea serviciilor medicale. În acest moment finanțarea spitalelor nu este bazată pe existența unor analize de cost reale, care să reflecte nivelul corect al cheltuielilor efectuate pentru rezolvarea cazurilor medicale, valorile fiind preluate din Australia odată cu preluarea ca model a primului sistem DRG implementat în România.

Prin acordarea majorărilor salariale în sistemul medical (între 70% - 170%) s-a creat o finanțare paralelă a spitalelor fiind acordate subvenții/influențe salariale înafara contractului pentru decontarea serviciilor medicale încheiat cu casele de asigurări de sănătate. Acordarea subvențiilor/influențelor salariale a creat discriminări în sistemul de sănătate, prin faptul că spitalele private nu beneficiază de aceste facilități, fiind creată o competiție neloială în sistem.

La nivelul țării unitățile spitalicești au anumite specializări subfinanțate, cheltuielile directe și indirecte efectuate nefiind acoperite de veniturile realizate, spitalul fiind nevoit să compenseze din excedentul secțiilor rentabile, respectiv există specializări suprafinanțate, la care veniturile obținute sunt cu mult peste cheltuieli. Unitățile spitalicești care dețin în structura sa majoritar secții cu specializări subfinanțate întâmpină probleme în asigurarea finanțării și intră în deficit prin acumularea de datorii, fapt ce va afecta actul medical și dezvoltarea spitalului.

În general spitalele au pârghii reduse privind creșterea sumelor contractate cu casele de asigurări de sănătate, acestea fiind influențate de numărul de paturi stabilit de Ministerul Sănătății, coroborat cu legislația privind normativele de personal pentru fiecare secție, indicatorul principal fiind Indicele case-mix (ICM) care este în strânsă corelație cu valoarea relativă (VR) și tarifele aferente fiecărei grupe de diagnostice, astfel încât este important ca acestea să asigure un management adecvat pentru cazurile internate. Ponderea cheltuielilor de personal în total cheltuieli este una ridicată, înregistrându-se procente între 65% și 75%, fapt ce conduce la diminuarea resurselor disponibile pentru cheltuieli de capital necesare pentru dotare și implicit, îmbunătățirea calității actului medical.

Organizarea și managementul spitalelor

Modul de organizare al spitalelor



este prevăzut în cuprinsul Legii nr. 95/2006, prin care sunt stabilite patru criterii pe baza cărora sunt organizate și funcționează, respectiv:

1. Criteriul teritorial: regionale, județene, spitale locale (municipale, orașenești sau comunale)
2. În funcție de specificul patologiei: generale, urgentă, specialitate și spitale pentru bolnavi cu afecțiuni cronice
3. În funcție de regimul proprietății: publice, private, publice în care funcționează și secții private
4. Din punct de vedere al învățământului și al cercetării științifice medicale: clinice cu secții universitare, institute.

De asemenea, spitalele sunt organizate și după nivelul de competență (Ordin 1.408, 2010) pe cinci categorii:

1. categoria I - nivel de competență foarte înalt (cel mai înalt nivel de dotare cu aparatură și echipamente medicale și furnizează servicii medicale de complexitate foarte înaltă la nivel regional): (a) categoria I, (b) categoria I M
2. categoria II - nivel de competență înalt (nivel înalt de dotare cu aparatură și echipamente medicale și furnizează servicii medicale de complexitate foarte mare la nivel județean sau din județele limitrofe): (a) categoria II, (b) categoria II M
3. categoria III - nivel de competență mediu (oferă servicii medicale populației județului unde își are sediul, prin excepție din județele limitrofe, pentru afecțiuni de complexitate medie)
4. categoria IV - nivel de competență bazal (se adresează populației pe o zonă administrativ-teritorială limitată, pentru afecțiuni de complexitate redusă)
5. categoria V - nivel de competență limitat (oferă servicii medicale pentru pacienți cu boli cronice, într-o singură specialitate sau servicii paleative).

Unitățile spitalicești sunt conduse de un manager, care poate fi persoană fizică sau juridică, fiind stabilite o serie de criterii profesionale, restricții privind incompatibilitatea și conflicte de interese, precum și atribuții stabilite prin contract de management, în acest sens existând un model cadru al contractului stabilit de către Ministerul Sănătății. De asemenea, în cadrul spitalelor, este organizat un comitet director care are în componență managerul spitalului, directorul medical, directorul financiar-contabil, iar pentru unitățile spitalicești cu peste 400 de paturi există prevăzut și un post de director de îngrijiri.

Comitetul director al unității spitalicești are stabilite o serie de atribuții foarte importante, acestea fiind stabilite prin prevederi legale obligatorii, în ceea ce privește managementul spitalului, principalele atribuții fiind cu privire la: (i) elaborarea planului de dezvoltare al spitalului și cel anual de furnizare a serviciilor medicale; (ii) managementul de personal; (iii) propuneri de îmbunătățire a calității serviciilor medicale, igiena și alimentația sau condițiile de cazare, precum și cele

care privesc structura organizatorică, reorganizarea sau restructurarea spitalului; (iv) elaborarea bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului; (v) urmărirea realizării indicatorilor privind execuția bugetului de venituri și cheltuieli pe secții și compartimente; (vi) monitorizarea și raportarea indicatorilor specifici activității medicale, financiare sau economice.

Pentru directorul medical sunt de asemenea stabilite o serie de atribuții ce țin în principal de activitatea medicală a spitalului, cum ar fi: elaborarea planului anual de servicii medicale, monitorizarea calității serviciilor medicale acordate pacienților și propuneri de îmbunătățire a acestora, aprobarea protocolurilor de practică medicală și implementarea acestora, coordonarea privind programele de sănătate sau analiza consumului de medicamente și materiale sanitare cu scopul utilizării judicioase a acestora.

Prin Ordinul nr. 1.384 din 4 noiembrie 2010, privind aprobarea modelului-cadru al contractului de management și a listei indicatorilor de performanță a activității managerului spitalului public, au fost stabiliți o serie de indicatori care măsoară performanța managerului spitalului, în patru domenii esențiale: indicatori de management al resurselor umane, indicatori de utilizare a serviciilor, indicatori economico-financiar și indicatori de calitate.

În data de 19 mai 2023 a fost emis un ordin de ministru care modifică indicatorii stabiliți anterior (Ordin 1.743, 2023), cele mai importante modificări înregistrându-se în domeniul utilizării serviciilor, respectiv:

- *Forma inițială:*
 - durata medie de spitalizare, **pe spital și pe fiecare secție**
 - rata de utilizare a paturilor, **pe spital și pe fiecare secție**
 - indicele de complexitate a cazurilor, **pe spital și pe fiecare secție**
- *Forma actualizată:*
 - durata medie de spitalizare **pe spital**
 - rata de utilizare a paturilor **pe spital**
 - indicele de complexitate a cazurilor **pe spital**

Prin această modificare indicatorii care arătau eficiența și adresaibilitatea la nivel de secție sunt eliminați, fiind incluși la modul global, la nivel de spital, ceea ce ar putea genera o lipsă de interes pentru management sau pentru șefii de secție de a optimiza activitatea din secții. Pentru optimizarea cheltuielilor în spital și obținerea unei finanțări cât mai bune, evaluarea activității la nivel de secție este foarte importantă, indicatorii anteriori arătând eficiența clinică și financiară a acestora, inclusiv prin raportare la celelalte secții și la totalul pe spital. Eliminarea indicatorilor de la nivel de secție poate conduce nu doar la o lipsă de interes pentru șefii de secție în vederea creșterii performanțelor și eficienței acestora, ci și la majorarea deficitelor generate de unele secții, care astfel nu mai sunt monitorizate individual.

Finanțarea unităților spitalicești

Veniturile unităților spitalicești

Unitățile spitalicești din România se finanțează integral din venituri proprii pe principiul autonomiei financiare (Legea 95, 2006), principala sursă fiind sumele încasate pentru serviciile medicale prestate în baza contractelor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, acestea fiind de mai multe tipuri:

- Servicii medicale de spitalizare continuă (acuți sau cronici)
- Servicii medicale de spitalizare de zi – pe caz (medical și chirurgical) sau pe serviciu
- Servicii medicale în ambulatoriu
- Investigații paraclinice
- Programe Naționale Curative
- Servicii medicale de reabilitare (sanatorii)
- Dializă
- Îngrijiri la domiciliu

De asemenea, spitalele pot obține venituri suplimentare din prestarea de servicii pe bază de contract, donații sau sponsorizări, închirierea unor spații medicale, echipamente sau aparatură medicală, servicii de asistență medicală la domiciliu, contracte de cercetare, coplata pentru unele servicii medicale, sau alte surse (Legea 95, 2006).

Spitalele mai obțin sume suplimentare sub formă de subvenții din bugetul Fondului Național Unic de Asigurări de Sănătate (FNUASS) pentru acoperirea creșterilor salariale, de la bugetul de stat (prin Ministerul Sănătății și alte ministere) pentru serviciile prestate în structurile de urgență, Programe Naționale de Sănătate, salariile acordate rezidenților și cercetătorilor, medicină sportivă, TBC, HIV/SIDA sau pentru investiții, modernizare și reparații. Execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitalului public se raportează lunar și trimestrial conform legislației în vigoare (Ordin 1043, 2010), iar pe partea de Venituri este structurată pe capitole, subcapitole și paragrafe (Tabel 1).

Sumele primite de către spitale pentru activitatea desfășurată și înregistrate în evidența financiară sunt relativ simplu de gestionat, având în vedere încadrarea pe surse de finanțare, drept urmare spitalele pot cunoaște în orice moment veniturile obținute.

Pe de altă parte există anumite excepții privind încadrarea corectă a sumelor primite de către spitale, respectiv subvențiile primite pentru acoperirea diferențelor salariale, care nu sunt reflectate în prestațiile de servicii medicale ale spitalului și care reprezintă peste 30% din totalul veniturilor realizate în cursul unui an.

De asemenea, majoritatea spitalelor realizează servicii medicale peste valoarea de contract, servicii raportate către casele de asigurări de sănătate și nedecontate umare a depășirii contractului, iar unele dintre acestea sunt finanțate în condițiile suplimentării valorii de contract.

Cheltuielile unităților spitalicești

Activitatea desfășurată de unitățile spitalicești este extrem de complexă și implică nenumărați factori care

influențează atât direct cât și indirect costurile aferente prestării serviciilor medicale din spital.

În sistemul actual de gestionare a cheltuielilor din spitale este aproape imposibilă stabilirea cu exactitate a costurilor reale efectuate la nivel de pacient, întrucât nu există o evidență exactă a serviciilor medicale ale spitălu­lui, consumurile realizate pentru asigurarea tratamentului unui pa­cient nu sunt urmărite pe tot parcursul acestuia în spital, nu există o evidență clară a perioadelor de timp în care personalul medical a prestat servicii într-o secție sau mai multe, serviciile nemedicale nu sunt introduse în costurile totale la nivel de pacient, costurile aferente spitalizării continue nu sunt delimitate de cele ale spitalizării de zi sau alte tipuri de activități.

Cheltuielile în cadrul unităților spitalicești pot fi de mai multe tipuri, respectiv:

- *Cheltuieli directe*, care sunt direct legate de prestarea de servicii medicale ce pot fi stabilite la nivel de pacient, secție, specialitate și pot cuprinde cheltuieli cu investigațiile paraclinice, medicamente, mate­riale sanitare, dispozitive medicale, proceduri de investigare etc. În aceste cheltuieli sunt cuprinse și salariile personalului medical.

- *Cheltuieli indirecte*, sunt necesare pentru desfășurarea activității spitălu­lui chiar dacă nu au legătură directă cu serviciile medicale pres­tate, iar acestea pot cuprinde chel­tuieli cu aprovizionarea, transport, curățenia, salarizarea personalului administrativ

- *Cheltuieli fixe*, cuprind cheltuielile pentru încălzire, administrare, pază, chirii etc., iar acestea nu sunt corelate cu activitatea spitălu­lui, nefiind influențate de numărul de pacienți, zile de spitalizare, număr de consultații sau alte activități medicale desfășurate

- *Cheltuieli variabile*, sunt influen­țate de nivelul de activitate al spita­lu­lui sau al secției, fiind în strânsă legătură cu acesta, cum ar fi medi­camentele sau hrana acordată pacienților.

Execuția bugetului de venituri și cheltuieli al spitălu­lui public pe partea de Cheltuieli se înregistrează pe structura clasifică­ții economice și funcționale pe total cheltuieli și, separat, cheltuielile privind activi­tatea finanțată din venituri proprii (exclusiv subvențiile) (Ordin 1043, 2010) este structurată pe titluri, articole și aliniate. (Tabel 2).

Începând cu anul 2021 a fost demarat proiectul „Îmbunătățirea

Calității și Performanței Serviciilor Spitalicești prin Evaluarea Costurilor și Standardizare (CaPeSSCoSt)“ în vederea colectării și stabilirii de date de cost reale în cadrul a 50 de spitale pilot (Ordin 1327, 2021), numărul acestora crescând la 68 în cursul anului 2022. Prin intermediul acestui proiect se intenționează crearea unei metodologii de măsurare a costu­rilor la spitale pentru cazurile tratate în spitalizare continuă, prin aceasta fiind îmbunătățită finanțarea spi­ta­lelor, decontarea serviciilor făcân­du-se pe baza unor costuri reale.

Perioada stabilită pentru desfășurarea proiectului este de 12 luni, fiind influențată și de pandemia SARS-CoV-2 și cel mai probabil rezultatele și deciziile necesare implementării acestora vor fi luate în cursul anului 2024, existând posibi­litatea extinderii noului sistem de fi­nanțate în întregul sistem spitalicesc, inclusiv pentru celelalte servicii, res­pectiv spitalizare de zi, ambulatoriu, servicii paraclinice sau dializă.

Pentru implementarea cu succes a rezultatelor obținute prin programul „CaPeSSCoSt” la nivelul tuturor unităților spitalicești este necesară luarea de măsuri suplimentare ce țin de optimizarea cheltuielilor în spitale, cum ar fi: analize privind adresabilitatea și eficiența la nivel de secții, scăderea numărului de paturi, limitarea cheltuielilor inutile și asigurarea unui buget pentru sistemul de sănătate în concordanță cu necesitățile reale, în caz contrar va fi dificil de obținut rezultate concrete în condiții de eficiență și în beneficiul pacienților.

Modul de calcul al finanțării serviciilor medicale din spitale

Veniturile spitalelor în România sunt obținute în principal prin pres­tarea de servicii medicale în baza contractelor încheiate cu casele județene de asigurări de sănătate, metodologia de finanțare și formula de calcul (pentru spitalizarea continuă) fiind stabilită conform Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulte­rioare, Hotărârii Guvernului nr. 521 din 26 mai 2023 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Con­tractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței me­dicale, a medicamentelor și a dispo­zitivelor medicale, în cadrul siste­mului de asigurări sociale de sănă­tate, respectiv a Normelor metodo­logice de aplicare. Casele județene de asigurări de sănătate decontează servicii medicale prestate de unitățile

Tabel 1 Execuția bugetului de venituri și cheltuieli – Venituri

TOTAL VENITURI	
I. VENITURI CURENTE	II. VENITURI DIN CAPITAL
C VENITURI NEFISCALE	VENITURI DIN VALORIFICAREA UNOR BUNURI
C1. VENITURI DIN PROPRIETATE	Venituri din valorificarea unor bunuri ale instituțiilor publice
Venituri din concesiuni și închirieri	Venituri din privatizare
Alte venituri din proprietate	Alte venituri din valorificarea unor bunuri
Alte venituri din dobânzi	OPERATIUNI FINANCIARE
C2. VANZARI DE BUNURI SI SERVICII	Sume utilizate din excedentul anului precedent pentru efectuarea de cheltuieli
VENITURI DIN PRESTARI DE SERVICII SI ALTE ACTIVITATI	IV. SUBVENTII
Venituri din prestări de servicii	Subvenții de la bugetul de stat
Venituri din valorificarea produselor obținute din activitatea proprie sau anexa	Sume alocate pentru stimulul de risc
Venituri din cercetare	Subvenții de la bugetul de stat pentru spitale
Venituri din contractele cu casele de asigurări de sănătate	Subvenții de la bugetul de stat către instituții publice finanțate parțial sau integral din venituri proprii pentru proiecte finanțate din FEN post aderare
Venituri din contractele încheiate cu direcțiile de sănătate publica din sume alocate de la bugetul de stat	Subvenții de la alte administrații
Venituri din contractele încheiate cu direcțiile de sănătate publica din sume alocate din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății	Subvenții pentru instituții publice - sume alocate din bugetul constituit din contribuțiile (accize) pentru producerea, importul și publicitatea pentru produse din tutun și alcool
Venituri din contractele încheiate cu Institutule de medicina legala din sume alocate de la bugetul de stat	Subvenții din bugetele locale pentru finanțarea cheltuielilor curente din domeniul sănătății
Alte venituri din prestări de servicii si alte activități	Subvenții din bugetul Fondului National unic de asigurări sociale de sănătate pentru acoperirea drepturilor salariale
DIVERSE VENITURI	Sume alocate pentru stimulul de risc
Sume provenite din finanțarea bugetara a anilor precedenți	Sume alocate din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății
Sume provenite din finanțarea bugetara a anilor precedenți, aferente secțiunii de funcționare	Subvenții din bugetele locale pentru finanțarea cheltuielilor de capital; investițiilor în sănătate
TRANSFERURI VOLUNTARE ALTELE DECAT SUBVENTIILE	Sume din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea aparaturii medicale si echipamentelor de comunicații in urgenta in sănătate
Donații si sponsorizări	Sume din bugetul de stat către bugetele locale pentru finanțarea reparațiilor capitale; altor investiții in sănătate
Vărsăminte din secțiunea de funcționare pentru finanțarea secțiunii de dezvoltare a bugetului local	Sume din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății către bugetele locale pentru finanțarea investițiilor in sănătate
Vărsăminte din secțiunea de funcționare	Sume din veniturile proprii ale Ministerului Sănătății către bugetele locale pentru finanțarea aparaturii medicale si echipamentelor de comunicații in urgenta in sănătate, reparații capitale; alte investiții in sănătate
Alte transferuri voluntare	Sume primite de la UE/alți donatori in contul plăților efectuate si prefinanțări

Sursa: Execuția bugetului de venituri și cheltuieli

spitalicești, pe bază de contract și încadrarea în sumele contractate, conform modalităților prevăzute în Legea 95/2006.

Finanțarea prin sistemul Diag­nostic Related Groups (DRG) a fost dezvoltată inițial ca un instrument statistic, ulterior fiind implementat ca și o metodă de stimulare a spitalele cu scopul menținerii costurilor de tratare a pacienților la un nivel inferior tarifelor de decontare, spitalele care au costuri mai mari vor înregistra pierderi, respectiv câștiguri dacă acestea se situează sub tariful decontat.

România utilizează versiunea ICD-10-AM a Clasificării Internaționale a Bolilor adaptată de Australia după lista adoptată de către Organizația Mondială a Sănătății în anul 1994, iar pentru intervenții este utilizată cla­sificarea RoDRG, o clasificare deri­vată din cea dezvoltată de Australia. De asemenea, România a dezvoltat propria aplicație, Grouper-ul RoDRG v.1 (neactualizată din anul 2011) prin care fiecărui episod de spitalizare este asociat un DRG corelându-se variabile multiple cum ar fi: diagnosticul principal, diagnosticul secundar, proceduri chirurgicale, comorbidități și complicații etc.

La fiecare grupă DRG se asociază o anumită Valoare Relativă (VR), care, în acest moment, nu reflectă realitatea privind costurile din siste­mul de sănătate și se dorește a fi actualizat prin intermediul proiectului CaPeSSCoSt.

Pentru spitalizarea continuă (acuți) legislația aplicabilă prevede formula de calcul care stabilește valoarea totală contractată de spitale cu casele de asigurări de sănătate, respectiv: număr de cazuri externate contractate x indice case-mix 2022 (ICM) x tarif pe caz ponderat pentru anul 2022 (TCP).

Pentru spitalele care oferă servicii de spitalizare continuă pentru afecțiuni acute în sistem DRG, suma contractată cu casele de asigurări de sănătate este reglementată legal prin contract cadru, respectiv norme de aplicare și se calculează după formula:

SC = P x (Nr_pat x IU_pat / DMS_spital) x ICM x TCP (1)

unde:

Nr_pat este numărul de paturi aprobate și contractate cu casele de asigurări de sănătate

IU_pat desemnează indicele de utilizare a paturilor

DMS reprezintă durata medie de spitalizare la nivelul spitălu­lui

TCP arată tariful pe caz ponderat, iar

ICM desemnează indicele case-mix. Formula de calcul al IU_pat este următoarea:

Valoarea procentului de referință (P) stabilit în raport de clasificarea spitalelor în funcție de competențe și este calculată astfel:

- pentru categoria I: P = 85%;
- pentru categoria IM: P = (P - 4)%;
- pentru categoria II: P = (P - 3)%;
- pentru categoria IIM și III: P = (P - 5)%;
- pentru categoria IV: P = (P - 15)%;
- pentru categoria V: P = (P - 23)%;
- pentru spitalele neclasificabile: P = (P - 33)%.

Valoarea procentului de referință (P) a fost implementat cu scopul de a reduce internările nejustificate, dar efectul real al acestuia este de fapt defavorizarea spitalelor mici (prin alocarea unui coeficient redus) care obțin finanțare mai mică față de spitalele mari, inclusiv pentru servicii medicale de același tip. Unul dintre indicatorii importanți în stabilirea valorii de decontare a cazurilor este indicele case-mix (ICM) care arată cât de complexe sunt cazurile tratate în spital și costurile necesare tratării acestora. Valoarea indicelui case-mix se obține luând în calcul valoarea relativă (VR) și cazurile rezolvate (CR), astfel:

continuare în pagina 8



REFLECȚII

Dezordinea socială

Dezordinea socială este și o interogație la actualul mod de organizare a societății! Inegalitățile sociale sunt tot mai mult conștientizate și reprezintă o resursă a conflictelor!

Dorel Morândău, PhD – Reflecții... vol 1.94

Creativitatea

Astăzi accentul se pune tot mai mult pe creativitate, iar școala – susțin unii – nu ar mai trebui să pună accent pe memorie! Și totuși, cum poți să fii creativ fără să stăpânești arhitectura conceptuală a unei paradigme! Undeva Th. Kuhn (*Structura revoluțiilor stiințifice*) spune că multe descoperiri științifice au fost întâmplătoare, dar au fost făcute de oameni foarte bine pregătiți, care au putut sesiza *anomalia*!

Dorel Morândău, PhD – Reflecții... vol 1.95

Tabel 2 Execuția bugetului de venituri și cheltuieli – Cheltuieli

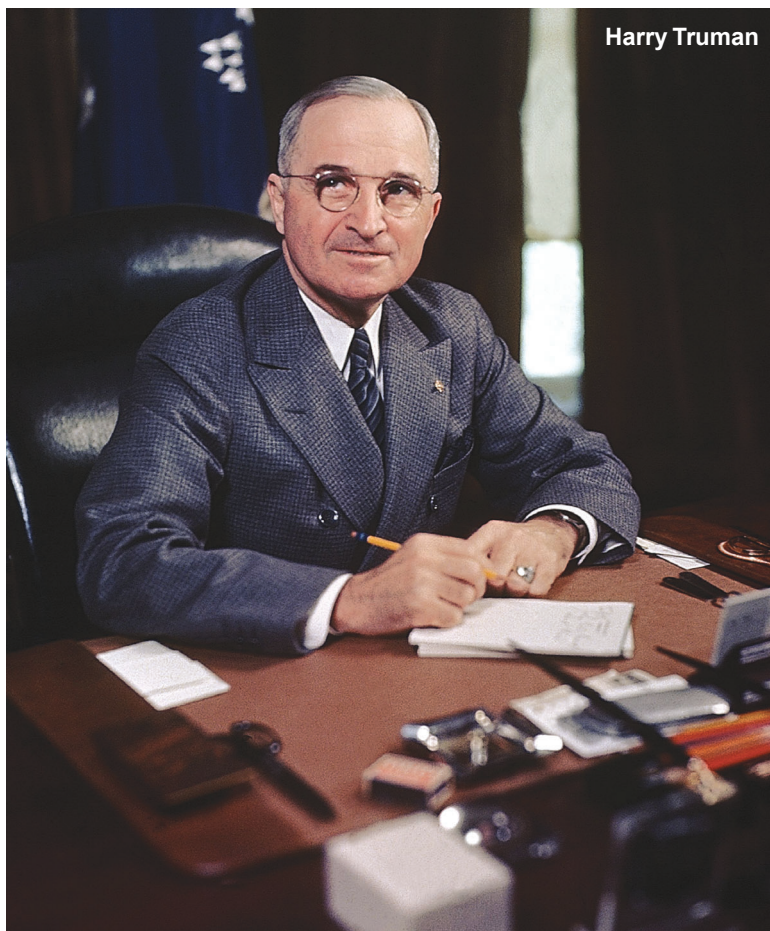
II. TOTAL CHELTUIELI (II.1 + II.2 +II.3 + II.4)	
CHELTUIELI CURENTE	TITLUL IX ASISTENTA SOCIALA
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	TITLUL X ALTE CHELTUIELI
TITLUL II BUNURI SI SERVICII	CHELTUIELI DE CAPITAL
TITLUL III DOBANZI	TITLUL XII ACTIVE NEFINANCIARE
TITLUL VI TRANSFERURI INTRE UNITATI ALE ADMINISTRATIEI PUBLICE	TITLUL XVI RAMBURSARI DE CREDITE
TITLUL VIII PROIECTE CU FINANTARE DIN FONDURI EXTERNE NERAMBURSABILE POSTADERARE	TITLUL XVII PLATI EFECTUATE IN ANII PRECEDENTI SI RECUPERATE IN ANUL CURENT
TITLUL IX ASISTENTA SOCIALA	II. 3 CHELTUIELI DIN SUBVENTII DE LA BUGETUL LOCAL
TITLUL X ALTE CHELTUIELI	CHELTUIELI CURENTE
CHELTUIELI DE CAPITAL	TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL
TITLUL XII ACTIVE NEFINANCIARE	TITLUL II BUNURI SI SERVICII
TITLUL XVI RAMBURSARI DE CREDITE	TITLUL III DOBANZI
TITLUL XVII PLATI EFECTUATE IN ANII PRECEDENTI SI RECUPERATE IN ANUL CURENT	TITLUL VIII PROIECTE CU FINANTARE DIN FONDURI EXTERNE NERAMBURSABILE POSTADERARE
II. 1 CHELTUIELI DIN VENITURI PROPRII (altele decât subvențiile)	TITLUL IX ASISTENTA SOCIALA
CHELTUIELI CURENTE	TITLUL X ALTE CHELTUIELI
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	CHELTUIELI DE CAPITAL
TITLUL II BUNURI SI SERVICII	TITLUL XII ACTIVE NEFINANCIARE
TITLUL III DOBANZI	TITLUL XVI RAMBURSARI DE CREDITE
TITLUL VIII PROIECTE CU FINANTARE DIN FONDURI EXTERNE NERAMBURSABILE POSTADERARE	TITLUL XVII PLATI EFECTUATE IN ANII PRECEDENTI SI RECUPERATE IN ANUL CURENT
TITLUL IX ASISTENTA SOCIALA	II. 4 CHELTUIELI DIN SUME ALOCATE DIN VENITURILE PROPRII ALE MINISTERULUI SANATATII
TITLUL X ALTE CHELTUIELI	CHELTUIELI CURENTE
CHELTUIELI DE CAPITAL	TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL
TITLUL XII ACTIVE NEFINANCIARE	TITLUL II BUNURI SI SERVICII
TITLUL XVI RAMBURSARI DE CREDITE	TITLUL III DOBANZI
TITLUL XVII PLATI EFECTUATE IN ANII PRECEDENTI SI RECUPERATE IN ANUL CURENT	TITLUL VIII PROIECTE CU FINANTARE DIN FONDURI EXTERNE NERAMBURSABILE POSTADERARE
II. 2 CHELTUIELI DIN SUBVENTII DE LA BUGETELE DE STAT	TITLUL IX ASISTENTA SOCIALA
CHELTUIELI CURENTE	TITLUL X ALTE CHELTUIELI
TITLUL I CHELTUIELI DE PERSONAL	CHELTUIELI DE CAPITAL
TITLUL II BUNURI SI SERVICII	TITLUL XII ACTIVE NEFINANCIARE
TITLUL III DOBANZI	TITLUL XVI RAMBURSARI DE CREDITE
TITLUL VI TRANSFERURI INTRE UNITATI ALE ADMINISTRATIEI PUBLICE	TITLUL XVII PLATI EFECTUATE IN ANII PRECEDENTI SI RECUPERATE IN ANUL CURENT
TITLUL VIII PROIECTE CU FINANTARE DIN FONDURI EXTERNE NERAMBURSABILE POSTADERARE	

Sursa: Execuția bugetului de venituri și cheltuieli

Dan POPESCU

urmare din pagina 1

1. Henry Morgenthau jr. (a nu se confunda cu profesorul tot americano-german și tot de origine evreiască, Hans Morgenthau) a fost secretar al Trezoreriei americane în vremea președintelui Franklin D. Roosevelt. S-a afirmat ca un finanțist se seamă, deosebit de strict cu cheltuielile guvernamentale. El va propune celebrul „Plan Morgenthau”, măsuri extrem de dure de împărțire a Germaniei, cu intenția de a înlătura posibilitatea acestei țări de a mai declanșa un alt război. Printre altele, toată industria grea germană urma să fie demontată și împrăștiată sau distrusă în alt mod. Detalii? Când a început Al Doilea Război Mondial, Henry Morgenthau, implicat mai mult în domenii de administrație și nu explicit financiare, și fiind de origine evreiască, a urmărit să-l influențeze pe F. D. Roosevelt să ajute cât de mult posibil la salvarea poporului său de la persecuțiile și exterminarea preconizată de hitleriști. Tocmai dintr-o astfel de perspectivă s-a preocupat, spre finalul luptelor de felul în care ar trebui să arate lumea postbelică, arătând: „Vreau să fac Germania să fie atât de neputincioasă încât să nu poată susține instrumentul de război - al alt război mondial”. A propus, dar, astfel marilor puteri celebrul său plan amintit, de anihilare și distrugere a potențialului industrial și economic al Germaniei, de altfel, un potențial deja distrus tehnic, material de cumplita conflagrație pe care hitleriștii, naziștii, Germania în fapt, au pierdut-o, fiind înfrânți cu „capitulare necondiționată”... Un stat altădată înfloritor, acum în mare parte în ruine, cu milioane de morți, răniți, sub ocupație străină chiar la el „acasă”, un stat care, potrivit lui Henry Morgenthau, ar fi trebuit să devină doar un teritoriu agricol slab dezvoltat.



Harry Truman

2. Planul Morgenthau nu a fost însă însușit, fiind respins mai ales de către englezi și de americani. Totuși, trebuia văzut, într-un fel sau altul, ce se va întâmpla cu lumea postbelică, cum va putea ea arăta? Cum să fie înlăturate ruinele nu doar germane, ci și europene? Cum să fie oblojite sângeroasele și imensele răni produse de cumplita conflagrație? Ce vor crede și ce vor face oamenii bătrânului continent și nu doar? Trebuia oare doar schimbat macazul și locul de paria din lume, destinat de naziști evreilor, slavilor, rușilor etc., preluat acum de germani, sau era nevoie de o altă gândire care să nu distrugă, ci să construiască altfel? Nu trebuia oare deloc ținut seama de conținutul și semnificațiile celebrei lucrări a marelui **John Maynard Keynes**, *Consecințele economice ale păcii*, (1919),

referitoare la Primul Război Mondial și despăgubirile înăbușitoare, sugrumătoare realmente, solicitate de la germani de către „tabăra aliată” (Marea Britanie, Franța, Belgia, Italia etc)?

Erau, acestea precum și altele, întrebări ce frământau o lume, mai ales o lume guvernamentală, o diplomație destul de complicată, o lume în general în care coabitau, se înțelegeau - dar cu tot mai multă dificultate - state aparținând unor două sisteme sociale atât de diferite, cel capitalist, democratic în esență, cu un nivel mai ridicat de exprimare și civilizație, și cel comunist al URSS-ului și țărilor est și central europene, dar și unele asiatice, ce fuseseră „predat” cu „arme și bagaje” chiar de Marea Britanie și SUA, URSS-ului, sferei sale de influență. Ce s-ar fi petrecut sine die economic, social și ideologic într-o lume fără intervenții



George Marshall

necesare, într-o Europă dominată de ruine, de mizerie, de înapoiere, de amintirea vie și urmările nefaste ale cumplitei și sângeroasei conflagrații? Dar în Asia? Dar în Africa? Sigur, rău. Trebuia, deci, intervenit. Dar va putea oare capitalismul, cu realizările sale în timp, să reziste în fața unor mase înfometate, dezordonate, cu credințele inițiale aproape distruse și apte, acum să absoarbă ideile bolșevice atât de „aurite” în aparență pentru cei săraci? În Franța, în Italia ș.a., comuniștii se aflau deja la guvernare... „Avem Estul, dar vrem și Vestul”, se pare că spunea Stalin „tătuca popoarelor”. KGB-ul și structurile sale sub acoperire erau în ofensivă aproape oficial declarată. Răspunsul de partea bună a istoriei îl vom afla tot de la americani, nu doar atunci cea mai mare putere militară și economică a lumii, ci și

o vizionară de excepție. Încă din 1946, la Fulton, în Statele Unite, Churchill menționase „Cortina de Fier”, dincolo de care erau „înrobite popoare”. Iar Vestul era și el serios amenințat...

3. Așadar, anul binecuvântat 1945. Se încheiase războiul. Europa fusese locul unui pământ pustiit, al unui mare carnagiu. Devenise locul „ciumat” și propice proliferării de odori, de ură, de răzbunări, de crimă în masă. Cum erau realitățile și cum scrie Jean-Yves Le Naour, în perioada imediată „lucrurile s-au schimbat prea puțin”. Producțiile industriale și agricole erau prăbușite încă din 1939. Iar statelor le lipseau banii și devizele pentru a importa atât mașinile-unelte, utilajele, materialele necesare, benzina, combustibilii și alte produse trebuincioase redemarajului economic. Și le lipseau și unele produse agricole strict necesare pe moment pentru a pune capăt foametei, penuriei, cartelării și „pieței negre” aflată într-o continuă și nedorită înflorire. În lipsa producției, inflația mușca adânc din veniturile și așa reduse ale oamenilor, din speranțele lor încă vădite.

Față în față cu o astfel de situație, Statele Unite ieșiseră din război mult mai puternice, pentru a doua oară în fapt, repetându-se, la dimensiuni chiar amplificate, situația după Primul Război Mondial. Dar tot Statele Unite, deși într-o postură foarte favorabilă, nu puteau controla potrivit obiceiului și proiectelor, lumea singure. Cu acceptul Vestului, Stalin controla decisiv Estul european, iar Regatul Unit și cu atât mai puțin Franța nu erau deloc în măsură să ajute pe americani pentru a pune stavilă tăvălugului rusesc, brutal și desfășurat cu cnutul. Este drept, unele începuturi existau și avuseseră succes, încă din 1947 primele ajutoare americane au fost deschise Greciei și Turciei deși rămase pe partea influenței americane după acordurile post-belice, confruntate din plin cu gherila comunistă și rupând câte ceva din

Washington DC



sursa: Pixabay



Paris

Pais sursa: Idea Travel

preconizata politică a președintelui Truman de a îndigui „pericolul roșu”.

Trebuia, mai mult, mult mai mult. Doi oameni mari - desigur, erau mult mai mulți politicieni și specialiști cei care se orientaseră în această direcție - doi oameni cu posibilități de decizie s-au gândit, dar, astfel. Unul a fost președintele american Harry Truman. Iar celălalt, generalul american George Marshall, fost șef de Stat-major în vremea războiului ce abia luase sfârșit, devenit Secretar de Stat în Administrația Truman, de altfel, primul (fost șef) militar accesând în această însemnată funcție politică civilă a Americii. Un om remarcabil, foarte bun cunoscător al realităților și apt să privească mondoeconomic în viitor, urmărind să slujească America dar și lumea întreagă dintr-o anumită perspectivă americană. Așadar, în 5 iunie 1947 a fost devalat „un plan gigantic de redresare europeană” - „**European Recovery Program**” -, după cum s-a exprimat cercetătorul francez Jean-Yves Le Naour, versantul economic al îndiguirii comunismului. În fapt, 13 miliarde de dolari au fost deversați în Europa Occidentală, între 1948 și 1951, sub formă, în mare parte, de donații dar și de împrumuturi. A fost un veritabil „doping” pentru creșterea economică. Pentru Franța, de exemplu, inflația scăzând de la 58% în 1948, la 12% în 1949, curba continuând, apoi, descrescând. La fel ca pentru alte țări. Spre ce s-au îndreptat, cu precădere, banii? Iată, către siderurgie, metalurgie, cărbune, electricitate, industria automo-

bilului, industria de mașini agricole și îngrășăminte. Erau linii directe ce trebuiau susținute, dezvoltând efecte favorabile în întreaga economie. Cam în acest sens s-au vădit lucrurile în țări vestice europene dezvoltate. Făcând o paranteză, putem spune că aproape exact în asemenea direcții s-au derulat, o importantă perioadă, marile lovituri dureroase asupra economiei românești după 1989. Unde nu-i cap sau coloană vertebrală... Oare de ce? Închei paranteza. Nu se temeau, dar, americanii de atunci de concurența europenilor astfel reconstruiți? Nu se temeau, își dădeau seama că întâlnindu-se traiectoriile lor, comune acum, pe o piață imensă, care cerea și iar cerea și din nou cerea, vor deveni toți și mai puternici și mai câștigați. Pe urmă, era vorba și de respect față de aceste state: față de țări industriale, ele nu trebuiau să redevină economii doar agricole, înapoiate precum cu 150 de ani urmă.

4. Câteva explicații mai detaliate sunt necesare. Cum se relevă în numeroase studii, și cum am arătat și noi mai sus, interesul politic al Planului Marshall a fost relevant: reconstrucția economică și regăsirea prosperității în Europa Vestică și nu doar, pentru a face față expansiunii comunismului „dopat” de sovietici și prosperând pe „meterezele” mizeriei, la tot pasul în Europa de atunci. Interesul politic, deci. Dar interesul economic ca atare, interesul economic al acestui grandios plan, cum se înfățișa el oare? Este evident că America a făcut un mare bine Europei prin Planul Marshall. Dar și-a făcut un bine și ei înșiși. Era, este cât se poate de normal acest lucru. Sunt mai mulți cercetători care arată că, în 1946, reducerea deja a cheltuielilor militare - firească și aceasta - a generat o oarecare încetinire a creșterii economice a economiei SUA. Conversia economiei de război în economie de pace nu era și nu este un proces facil. În 1919, după sfârșitul Primului Război Mondial în Statele Unite se încetinise binișor producția și se amplificase șomajul. Și am văzut ce a urmat...

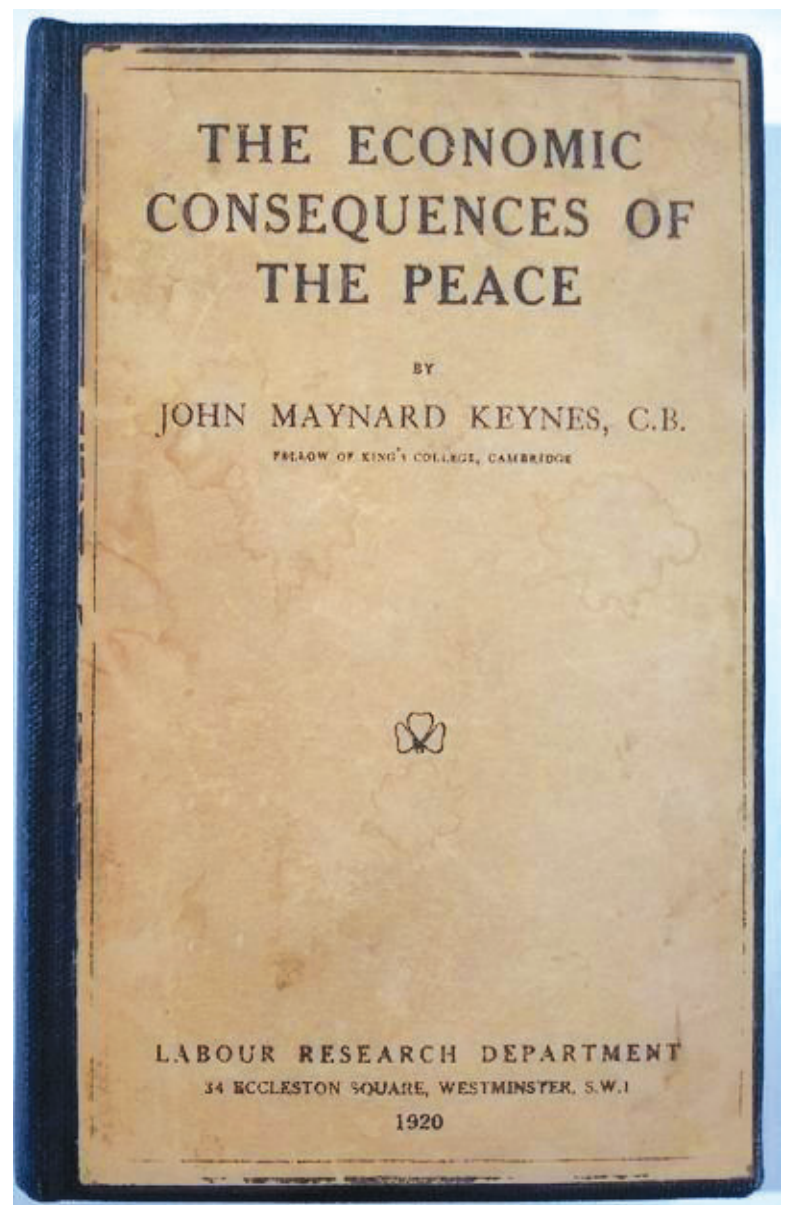
Cum să se evite, dar, repetarea unei astfel de situații? Se vădea

de fapt acum, în 1946, precum în 1919, în America, o supraproducție a bunurilor de echipamente industriale, în vreme ce de partea cealaltă a Atlanticului aveam de-a face cu subproducții astfel. Și, totodată, cu o astfel de cerere nesolvabilă către Statele Unite ca urmare a unor lipsuri pronunțate de dolari. De ce dar, relevă Jean-Yves Le Naour, punând în lumină maniera de a gândi și acționa a economiștilor americani, să nu se evite criza de reconversie a economiei spre pace și problemele amintite de supraproducție, trimițând în Europa produsele de care, țările de aici, devastate de război, aveau urgentă nevoie? Dacă chestiunea se întârzie, era, posibil ca în câțiva ani, exporturile americane să nu mai poată fi vândute în Europa la cursul de schimb, cu prețurile din 1946-1947, generând un declin inevitabil pe comerțul exterior al SUA, pe echilibrul balanțelor de resort etc... Sigur, s-a vorbit mai puțin de o astfel de cotă de interes a Statelor Unite, punându-se accentul, cu precădere, pe altruismul americanilor - mai mult decât evident, real - și în acest sens pe datoria Statelor Unite de a interveni în salvagardarea civilizației mondiale, „în salvarea sănătății economice a lumii”, fără de care sănătatea „stabilitatea și pacea sunt imposibile”. Și chiar așa era.

5. S-a vorbit însă mai slab, sau aproape deloc, de faptul că acest ajutor - abundent, atât de trebuincios refacerii, dezvoltării - nu a fost atribuit fără unele condiții: „cu dolarii furnizați astfel, europenii beneficiari vor avea obligația să cumpere doar produse americane. Astfel că Statele Unite își stimulau creșterea lor economică chiar pe fondul reconstrucției occidentale. Mai mult chiar, fondurile repartizate prin Planul Marshall răspundeau eforturilor de a crea, în 1948, Organizația Economică pentru Cooperare în Europa (OECE) amplificând, și pe această cale, solidaritatea europenilor în fața blocului comunist (vezi „Historia”, Hors serie, Numero Special, sept-novembre 2025). Și încă. Folosind aceeași sursă, penetrarea masivă de produse americane pe piața europeană crea un teren favorabil viitoarelor exporturi, dacă nu chiar

relații de dependență... Sigur, era, este un fapt, dar un fapt și cu efecte pozitive multiple: produsele erau de calitate, altele nu existau iar Europa se putea ridica cu siguranță pe această cale... Stalin, rușii „faceau gălăgie”, erau fâțiș contra, ministrul lor de Externe Viaceslav Molotov, afirma sus și tare: „un vicios complot american pentru a dobândi controlul asupra Europei Occidentale”. Dar ce ofereau în schimb sovieticii era mai mult decât relevant: Armata Roșie, dictatura sovietică direct și prin intermediul unor autohtoni cu precădere alogeni, cum s-au petrecut faptele în statele - economiile - Europei de Est aflate deja sub control dur sovietic, deloc de invidiat. De aici reprimări, pușcării, lagăre, partid unic, politica „pumnului în gură”, naționalizări generale etc. Obligatorietăți, distrugerea personalității. Statele comunist-sovietice au avut strict

interzis de la ruși asocierea la Planul Marshall. Era clar, deci, ca varianta americană, în speță Planul Marshall, cu efectul unor construcții și reconstrucții economice de amploare, să fie preferată. Desigur, nu poate fi ocolită nici cealaltă urmare a acestui program generos. Tot revista franceză „Historia” ne-o spune: „Dincolo de generozitatea sa, Planul Marshall a inventat o nouă manieră de a domina într-o ordine democratică în care **toată lumea câștigă** (sbl. n.). Europa s-a redresat, Statele Unite și-au eliminat excedentele, criza a fost ignorată, s-au pus bazele în Europa și s-a făcut o bună publicitate «modului de viață american», iar comunismul a fost respins”. S-a constituit astfel, din ce în ce mai pregnant, ceea ce s-a numit „Blocul Occidental”. La care noi, România, în condițiile de după 1989, dorit de mai toată suflarea, am aderat, câțiva ani mai târziu.



Dan POPESCU

urmare din pagina 1

I. Câteva zile, în 9 - 11 septembrie a.c., la București au fost dedicate, cu precădere, unor întâlniri la care țineam și țin foarte mult. Întâlniri devenite tradiționale. M-am văzut în 10 septembrie - eu și soția mea Carmen - cu doctorul Doru Dăbuleanu și soția Elizabeth. Ei locuiesc stabil la Toronto, în Canada, unde Doru conduce o importantă clinică a sa de stomatologie, are aici nu puțini salariați de la medici și asistente, la personal auxiliar, și mai asistă, intervine și „la scaun”. Ne-am revăzut în tradiționala noastră întâlnire anuală - tradițională doar de vreo trei ani încoace - după o pauză - eu și Doru - de aproape cinci decenii, când el, proaspăt căsătorit la București cu Elizabeth - o domnișoară canadiană, din părinți de origine română - a plecat în Canada. În fapt, am vrut să recompunem grupul nostru de patru prieteni din tinerețe - Doru, eu, dar și Nobi Copelman și Marius Iorga - practic nedespărțiți câțiva ani buni,

de altfel, s-a procedat și se procedează, încă, în nu puține situații asemănătoare, în București și în România. N-ar fi chiar rău, clădirea, totuși, trebuie păstrată. Oricum bucătăria este excelentă, a fost excelentă și în trecut și este și acum.

...De-abia ne-am așezat la masă și Nobi, pe care-l înștiințasem în prealabil, ne-a sunat de la Tel-Aviv pentru a întregi „echipa”, discutând astfel vreo jumătate de oră. După cum ne-a sunat și un prieten comun din Germania, inginerul Ionică Crăciuneanu, exprimându-și și el regretul că nu este cu noi. Toate acestea sunt „detalii tehnice”... Discuția cu Doru și doamna Elizabeth a fost încântătoare, mai mult decât laborioasă, și desfășurată pe câteva ore bune. Desigur că n-a lipsit întrebarea „ce mai e nou prin Canada, cu atât mai mult prin prisma celor afirmate nu cu mult timp în urmă de prestigiosul președinte american Donald Trump? Și ce să fie, sub acest aspect se pare că foarte, foarte mulți canadieni țin impecabil la independența, la autonomia țării lor. O țară mare, de imigrație, dar din



Toamnă în Canada



Peisaj tomnatic canadian

atunci, și ceva mai târziu. Din păcate, în ciuda eforturilor noastre insistente și ample, de Marius nu am reușit să dăm nici până acum. Iar în acest an - în alți ani a fost - Nobi nu a putut veni de la Tel-Aviv, Israel, unde locuiește, conducând o firmă de seamă de proiectare și construcții, din pricina unor probleme de sănătate, însă pasagere. Așa că și eu și Doru i-am dus lipsa lui Nobi, nemaivorbind de Marius... Și cum prietenia trebuie, din când în când, alimentată precum focul, ne-am reîntâlnit în doi - cu soțiile și, precum de fiecare dată, pe Magheru, în dreptul fostului magazin Eva; în blocul respectiv, la Etalul II, locuia, înainte să plece în Israel, Nobi. Apoi am mers la COȘ („Casa Oamenilor de Știință”, din Piața Lahovary), un edificiu-restaurant, încă splendid și plin de nostalgie pentru noi, chiar dacă clădirea necesită urgent câteva intervenții și reparații și care, din lipsă de bani la forul tutelar (Academia Română?) nu se fac. Sperăm că doar deocamdată nu se fac, altminteri și acest minunat, faimos edificiu, degradabil și degradat în timp ar putea lua drumul unei privatizări la preț de nimic comparativ cu valoarea sa ca atare, și transformat ulterior, poate, într-un restaurant de mare lux și greu frecventabil prin prețuri de clienți săi tradiționali. Cum,

perspectiva muncii comune, bine articulată, o țară a telurilor sociale, economice și politice comune, a respectului cetățenilor unii față de alții, și încă multe altele astfel, o veritabilă și îndrăgită patrie pentru numeroasele naționalități de obârșie, ce alcătuiesc în prezent statul canadian. Nu este însă chiar nouă această comuniune, fuziune mai mult decât liber înțeleasă chiar dacă ar fi să ne gândim doar la sacrificiile de sânge ale corpurilor expediționare militare canadiene ce au luptat cu vitejie și aplomb pe fronturile aliate, servind libertatea și democrația, și în Primul și în Al Doilea Război Mondial. Și mai sunt. Canada poate să fi fost un vis, dar devine, a devenit o realitate deosebit de promițătoare pentru cei care și-au înțeles și își înțeleg astfel menirea. Desigur, sintetizez, poate nu teribil de bine, dar cam pe aici stau lucrurile...

Să mai spun ceva: și cu Doru și cu Nobi (cu care am fost coleg de grădiniță și pe urmă de tenis, ulterior de rugby), și cu Marius, ne-am cunoscut mai bine după liceu, la „Școala Tehnică Sanitară”, din strada Pitar Moș, luând aici, cu note mari, examenul de admitere pentru specializarea „Aparatură Medicală”. Destul de căutată. La facultăți nu „promovasem”. „Oficial”, examenul de admitere, funcționa aici, chiar și

spre sfârșitul anilor 1950, potrivit criteriului celebru și atât de trist pentru noi, de 5%. În speță, doar 5% din total erau locurile destinate celor cu „dosare rele” - și noi le aveam foarte „rele”, familiile cu pușcării, averile confiscate, părinții și rudele ostracizați etc. Pentru restul de 95% din locuri intrau lejer și cu burse cei cu dosare „bune”, „muncitorești”, recomandați de partid etc. Pentru noi, practic, intrarea fusese aproape imposibilă, fiind câte 10-15 pe loc dacă nu mai mulți - în speță majoritatea absolvenților de licee prestigioase - dar chiar și așa funcționând „excluderile” onora sau altora dintre noi, interziși, practic, pentru învățământul superior. Așa dorise partidul comunist, o primenire pronunțată a intelectualității. Ulterior lucrurile s-au mai îndreptat, chiar bine, și doar atunci am putut pătrunde în facultățile cât de cât dorite.

Nu mai intru în detalii că nu-mi face plăcere să-mi aduc aminte. Oricum, dintre colegii de la „Școala Tehnică Sanitară”, pe urmă urmând învățământul superior, regretatul Gusti Schneider a devenit inginer și, în timp, directorul fabricii de Utilaj Nuclear, Doru, am văzut și vedem, Nobi, un emerit inginer constructor, cu firmă importantă în Israel, el lucrând și acum, la vârsta sa, Marius, economist, un foarte bun specialist

în probleme vamale, și au mai fost numeroși astfel. Dar ce potențial imens a pierdut țara, chiar și o perioadă, făcând, chiar dacă deseori inițial, astfel de „selecții” atât de nedrepte, de neavenite... Am discutat cu Doru și cu doamna până spre începutul serii, printre altele, cum se întrezărește perspectiva în România, în Canada, în lume, în acești ani și aceste decenii atât de învolburate de secol XXI. Am fost optimiști, deși, cum se știe, pesimistul este uneori, doar un optimist ceva mai bine informat. Să sperăm totuși.

Discutăm cu Doru și doamna, de una, de alta, de copii, de nepoți - și la ei și la noi urmează să li se mărească numărul -, de programul zilnic. Și acum, în bună măsură, doctorul Dăbuleanu lucrează nu o dată peste 10 ore pe zi la clinică, Elizabeth ocupându-se consistent și de managementul firmei. I-a fost greu? Sigur că i-a fost greu, și nu doar lui, „actorii” pe piață au fost și sunt mulți și foarte buni. Inițial cursurile de engleză, pe urmă numeroase examene profesionale prelungite, practic, toată viața etc. Ca să te ridici, ca să te menții, ca să progresezi, sunt mari eforturi pe care trebuie să le faci. Și să le faci toată vremea, Doru studiind literatura profesională până la ore târzii în noapte. Este în fapt o competiție permanentă în care ai fost și ești angajat și care, într-un fel sau altul, ar trebui - trebuie - să constituie un scop esențial al trăirii tale. „Nu umblă câinii cu covrigii în coadă” în

Occident, nici în Canada, nici în Statele Unite, și nici în Franța pe care eu o cunosc foarte bine. nici în Israel unde Nobi continuă și el să lucreze. Trebuie să muncești mai tot timpul, iar „secretul” este ca meseria să-ți devină pasiune, o veritabilă pasiune, să-ți respecti cât poți de mult jobul... Să mai arăt că Ionică Crăciuneanu, din Germania, și alți și alți buni prieteni și colegi din străinătate, consultă revista noastră economică „Euroeconomia XXI”, în speță economia europeană în secolul XXI. Pe toți îi interesează și au cuvinte de apreciere... Spre finalul întâlnirii de la București cu familia dr. Dăbuleanu, le ofer volumul meu foarte recent apărut, „*Prin ceața vremurilor complicate. Lumini și obscurități*”. O lucrare mult muncită. Ne despărțim cu bucuria că ne-am revăzut, dar și cu speranța că, cu ajutorul lui Dumnezeu, sănătoși ca la vârsta noastră, ne vom putea revedea și la anul, desigur noi, dar și cu Nobi.

II. ...În ziua următoare, 11 septembrie, îi fac o vizită fostului meu coechipier de rugby, în linia II-a, de la echipa „Olimpia” București, în campionatul diviziei „A” și pe urmă, câțiva ani mai târziu, tot coechipier la „Proiectantul”, prof. univ. dr. ing. D.H.C. Victor Guțu, un om cu adevărat mare. L-am avut înaintea de asta, în meciuri, și ca adversar, un adversar de temut, tenace, puternic, dar scripitor în joc și de o sportivitate exemplară. **Victor Guțu**, omul căruia i-am dedicat, în cartea mea amintită,





un amplu capitol în cadrul secțiunii „Oameni pentru secole”. Asume, „Rugby-ul și dezvoltarea. Despre prof. dr. ing. Victor H. Guțu, președinte de onoare al „Asociației Internaționalilor și Seniorilor de rugby din România”. La întâlnire am mers singur, soția fiind puțin răcită... Victor H. Guțu a împlinit, cu câțva timp în urmă, în 14 iulie, venerabila vârstă de 102 ani. Trecerea inexorabilă a vremii l-a mai împuținat nițel, dar nu i-a scăzut nici inteligența, și nici personalitatea, nici elanul. L-au mai lăsat ceva și picioarele, dar reîntâlnesc același om păstrându-și vigoarea în gândire și vorbire, trăsăturile de bărbat cu chip de medalie romană, zâmbetul inconfundabil. După activitatea comună de la rugby nu ne-am prea văzut, ocupați mai mereu cu alte treburi. În urmă însă cu vreo 10-12 ani parcă, la București, într-o zi luând eu dejunul la „Pizza Hut”, înainte de cursurile mele de la Universitate, un chip inconfundabil s-a așezat la masa mea: „Ce mai faci Dane?” Era nenea Victor. M-am bucurat mult de o astfel de revedere, am vorbit la fel de mult și astfel am reluat legătura. Îl regăsim acum acasă la el, destins, calm, cu gânduri frumoase, cu aceeași minte lucidă, logică, elegantă, rafinată pe care o știu eu de câteva zeci de ani, la fel cum de altfel, l-am aflat și în precedenta mea vizită de anul trecut. O veritabilă încântare să poți sta de vorbă cu el. O veritabilă personalitate a neamului românesc, un mare polisportiv cu o carieră formidabilă în rugby, dar și cu performanțe notabile în atletism și hochei, pe urmă înot, schi etc. Deopotrivă, un mare, un excepțional cercetător, zeci de ani șeful sectorului ingineresc din Institutul de Proiectare a Orașelor și Amenajare a Teritoriului, din Capitală, cu sute și sute de lucrări iscalite de dânsul, lucrări de mare referință în domeniu, profesor la Universitatea de Construcții din București și D.H.C. al acestui înalt for universitar - științific. Este inginerul Victor H. Guțu omul

care, alături de colegii săi și foștii săi studenți, mulți deveniți la rândul lor specialiști de renume, a pus bazele unor mari funcționalități, unor dezvoltări urbane remarcabile, pe care le-am admirat și le admirăm și acum în București și alte orașe și locuri din țară... Poate oare sta alături, chiar îmbinându-se organic, sportul de mare performanță cu o activitate profesională științifică de mare performanță? Uite că poate, și inginerul Victor H. Guțu, doctor în științe inginerești, D.H.C. al unei mari universități tehnice, practician și teoretician în domeniu la cel mai înalt nivel, a demonstrat-o și o demonstrează cu prisosință. Are încă proiecte. Este un exemplu pe care, consider eu, nu l-am folosit și nu îl folosim îndeajuns într-o societate modernă care, nu o dată, și îndeosebi pentru tineri, s-a lăsat și se lasă antrenată pe căi lăaturalnice și nesănătoase.

...Stă așezat, nenea Victor, într-o mică sufragerie a unui apartament cochet, cu camere deloc mari, dar bine conturate, cu uși de un alb imaculat, așa cum vedeam, vedem, în casele din filmele americane din interbelic cu Mickey Rooney, Shirley Temple și Judy Garland, cu un televizor mare în față, conectat la un program special de rugby, trăgând, nenea Victor, mai mereu cu coada ochilor spre meci și jucători. Mai peste tot, și nu doar în vitrină, bibelouri delicate, cadre cochete în peniță, tablouri și imagini dragi de familie, dar și reviste și cărți, totul într-o ordine perfectă și curățată un interior de o intimitate puternică, deloc țișătoare, destul de discretă, de gingașă, de delicată. Victor H. Guțu domină lucrurile și nu lucrurile îl domină pe el. O personalitate într-o locuință care respiră, trăiește prin el, o locuință care îi este intrinsec devotată. Nu neapărat casa mare sau casele mari și somptuoase explică și amplifică personalitatea stăpânului lor, mulți se laudă așa. Și, cu precădere, cred eu, intimitatea

lor, micile lucrșoare și obiecte care amintesc pe unde a trecut și trece „proprietarul” sau „titularul” și cum i-au fasonat și îi fasonază viața. Nu casa, cât o fi de frumoasă, conferă valoare locatarului, ci tocmai invers, el este cel ce conferă valoare casei ce îi poate exprima valoarea. Așa a fost și este și cu nenea Victor. În opinia mea, păstrând proporțiile în cazul lui Victor, bojdeuca lui Creangă sau odaia lui Eminescu valorează cât palate. Nu este filozofie, ci realitate...

Marele nostru poet național, Mihai Eminescu, deopotrivă un mare gazetar, afirma într-unul din articolele sale că povara recunoștinței este una dintre cele mai grele poveri, dar și plăcere. Și iată că și în situația în speță are dreptate. Mulți îi suntem recunoscători lui Victor Guțu pentru ceea ce a făcut și face, pentru ceea ce reprezintă. Oricum, în cadrul Federației Române de Rugby, al foștilor săi coechipieri, al colegilor săi profesori, al unor instituții din domeniu, al foștilor săi colaboratori și studenți, al celor cu care a lucrat pentru progresul sperat al României, inginerul Victor H. Guțu, nenea Victor, practician, teoretician, inventator, sportiv, se bucură de o mare dragoste, de o mare prețuire. Nu-i puțin. Așa cum scriam în cartea mea, a fost și este „un om pentru secole”. În „ceața vremurilor complicate, cu lumini și obscurități”, el a fost și este o „lumină”. Unora dintre cei ce guvernează astăzi în lume și țară, cu precădere destul de distructiv și mai puțin constructiv, nu li se poate, cât de mult te-ai strădui, conferi o asemenea calitate. și este păcat. Ar trebui să ia în mai mare măsură exemplul acestui om și sportiv, savant și practician, care a fost și este inginerul Victor H. Guțu... Plec de la nenea Victor realmente tonifiat și optimist de puterea ca atare a acestui om care a știut - și știe - să inscripționeze trecutul, să domine prezentul și să prefigureze, în numele său și pentru mulți, un viitor dezirabil. Să-i dea Dumnezeu sănătate și tot sănătate să ne dea și nouă, cei ce-l cunoaștem și iubim, în speranța unei noi și apropiate revederi.

P.S. Am primit recent, în familie, un frumos cadou: volumul „Negustorii de odinioară”, de Nicolae I. Angelescu, Business Pedia, Argument de Ionuț Bonoiu, ediție îngrijită și note de Cătălin Strat. Este o reeditare foarte reușită, apărută în condiții grafice excepționale, a lucrării Dr. Nicolae I. Angelescu, membru corespondent al Camerei de Comerț și Industrie din București, lucrare cu același titlu, din 1930 și tipărită atunci în atelierele Grafice „Luceafărul S.A.”. Cartea relevă biografii și secvențe din viața negustorilor români - bucureșteni, dar nu doar - cu precădere dedicați comerțului cu articole de coloniale, pasmanterie, îmbrăcăminte și încălțăminte modernă, parfumerie, delicatessuri, băuturi fine, marchetărie, pălării și ceaprazărie etc., aduse de acești oameni din Vest și vândute la protipendadă, la noi în țară, cu un profit deloc modest. Din banii strănși, mulți își cumpărau moșii. Din perspectiva Istoriei Economiei Românești, a vieții unora din oamenii ei importanți, desigur, cartea este foarte utilă, deși se referă la un segment de piață cam de 5-6 % din total, sau chiar mai puțin, în condițiile în care ruralul reprezenta cam 85% din populație, chiar mai mult, țărani umblând, în covârșitoare majoritate, desculți și înfomețați, mahalaua orașelor nefiind nici ea departe astfel. Oricum, repet, volumul este foarte util cercetătorilor din domeniu, relevând negustori ingenioși, inteligenți, pregătiți comercial și la care vorba - promisiunea- ținea loc mai tare decât orice zăpăc, chitanță sau factură. Și



ei, ca atare, dar și instituțiile lor, au contribuit la zestrea României Moderne. M-a mai bucurat, printre altele, un fapt: printre cei amintiți în carte, tatăl soțului verișoarei primare a mamei mele, în speță I.P. Ianculof, din Galați, care în anii de sfârșit al secolului XIX a luat un credit de la o bancă pentru dezvoltarea fabricii sale bine integrată în circuitul comercial. Feciorul lui, medic militar maior Constantin Ianculof (Nenea Costică), cum spuneam a fost căsătorit cu verișoara primară a mamei mele (tanti Tuș- Speranța Ianculof), fiica boierului moșier oltean Titi Rusănescu și a soției sale (tanti Aneta, sora bunicii mele), Speranța cu școa-

la toată făcută în Elveția la un pension renumit. Oameni cu totul deosebiți... De altfel, din feciorii negustorilor pomeniți în lucrare, s-au ridicat, printre alții, două figuri prestigioase ale medicinei românești și europene chiar, dr. Stefan Capșa, întemeietor al școlii noastre medicale de obstetrică și ginecologie, frate al celor cu vestita cofetărie, dar și dr. Nicolae Paulescu, savantul român, inventator al insulinei. Pe urmă, Ion Răducanu, profesorul economist, rector, în anii 1930, al Academiei de Înalte Studii Comerciale și Industriale din București și de mai multe ori ministru, etc. Iată cum se ivesc faptele într-un fel sau altul... (D.P.)



Sebastian MEZEI
Lucian BELAȘCU

urmare din pagina 3

Valoarea relativă (VR) exprimă raportul dintre tariful unui DRG și tariful mediu al tuturor DRG-urilor fiind atribuit în funcție de cantitatea relativă de muncă, consumabile și resursele de capital necesare pentru tratamentul complet al bolnavului cu afecțiunea/afecțiunile respective, conform normelor de aplicare la contractul-cadru. Astfel, se constată o finanțare inechitabilă a serviciilor medicale prestate de către spitale, raportarea efectuându-se la categoria de spital, nu la consumurile reale realizate pentru rezolvarea cazului internat. Spitalele mari, chiar dacă au cheltuieli ridicate prin investițiile în aparatură medicală și tehnologii noi, ajung la costuri mai scăzute față de spitalele mici (municipale/orășenești) urmare a rulajelor datorate adresabilității ridicate a pacienților și implicit beneficiază de o finanțare mai bună.

Prin optimizarea acestor indicatori spitalele pot obține o finanțare mai bună, respectiv reducerea cheltuielilor și eficientizarea activității, sumele economisite putând fi utilizate în vederea creșterii calității serviciilor medicale prin achiziționarea de aparatură performantă sau îmbunătățirea infrastructurii spitalicești. Prin legislația specifică, în România, au fost stabilite reglementări privind organizarea și funcționarea sistemului de sănătate, inclusiv încadrarea fiecărei unități medicale în categorii funcție de anumite criterii stabilite prin lege.

Sistemul de sănătate românesc este foarte complex, similar cu celelalte sisteme de sănătate, existând un număr ridicat de entități, instituții și personal implicat în activități medicale, interdependente unele de altele, iar ineficiența sau slaba funcționare a unui uneia poate provoca dezechilibre în întregul sistem de sănătate. De-a lungul timpului legislația specifică a suferit nenumărate modificări care au produs de multe ori efecte nedorite în sistem, entitățile din domeniul medical fiind nevoite

să consume resurse pentru a se conforma noilor reglementări, unele fără efecte benefice pentru pacienți, sau care au doar scopul de a corecta erorile din reglementări anterioare.

În România sistemul de sănătate este subfinanțat cronic, implicit și unitățile spitalicești, chiar dacă procentul alocat acestora reprezintă aproape jumătate din total buget. Cheltuielile de personal din unitățile spitalicești se situează între 65 - 75%, cele de administrare, tratament etc. se situează în jurul valorii de 20 - 30%, iar cheltuielile de capital între 3-5%, ceea ce înseamnă că unitățile spitalicești nu se pot dezvolta sau administra corespunzător. Aproape jumătate din bugetul alocat sistemului de sănătate este utilizat de unitățile spitalicești, acestea fiind cele mai importante entități din domeniu care oferă servicii medicale, deși există nenumărate situații când serviciile de îngrijiri ar putea fi oferite și în alte structuri cu costuri substanțial scăzute.

Chiar dacă numărul de paturi raportat la populație este printre cele mai ridicate de la nivelul Uniunii Europene, România continuă să mențină același număr de paturi, în condițiile în care acestea sunt generatoare de costuri, fără existența unor beneficii pentru sistemul de sănătate. Serviciile medicale în ambulatoriu, care ar putea să preia un procent însemnat din serviciile oferite în acest moment în spital, sunt insuficient dezvoltate, existând chiar și o lipsă de interes în dezvoltarea acestora motivația principală fiind subfinanțarea serviciilor oferite în aceste structuri medicale. Strategia de finanțare în acest segment de servicii medicale este la rândul ei depășită, sumele decontate pentru serviciile în ambulatoriu fiind mai mult simbolice, deși acestea ar putea prelua cazuri tratate în spital la costuri semnificativ mai ridicate.

Medicina de familie nu reușește să acopere necesarul de servicii primare către populație, numărul medicilor de familie fiind în continuă scădere pe întreg cuprinsul țării, cu precădere în zonele rurale unde condițiile de desfășurare a profesiei nu sunt întotdeauna la un nivel



satisfăcător. Deși autoritățile locale au făcut demersuri de îmbunătățire a acestor condiții, adresabilitatea în această specializare este scăzută, atât prin limitarea numărului de locuri existente în școlarizare, cât și finanțarea sau provocările generate de o birocratie ridicată și sistemul informatic cu multiple probleme.

Finanțarea actuală pe bază de DRG este depășită, tarifele de decontare nu au la bază costurile reale ale spitalelor pentru rezolvarea cazurilor, iar prin aplicarea procentului de referință (stabilit funcție de categoria de spital) se creează discrepanțe în decontare, pe fiecare cod DRG putând exista până la șase nivele diferite de finanțare, deși consumul de resurse este uneori același. Spitalele au, în general, pârghii limitate în privința creșterii veniturilor obținute în urma contractării serviciilor cu casele de asigurări de sănătate, în principal prin creșterea indicelui de complexitate

a cazurilor (ICM), dar acest lucru nu este o sarcină ușor de îndeplinit, iar rezultatele sunt vizibile în timp. La nivel național au fost demarate demersuri de schimbare a modului în care se vor calcula costurile la nivel de pacient pentru cazurile internate în regim de spitalizare continuă.

Noul sistem de finanțare intenționează a avea la bază costuri reale, corelate cu ceea ce cheltuiesc spitalele, cuantificarea acestora făcându-se pe centre de cost prin asocierea tuturor compartimentelor din spital la centre de cost în funcție de activitatea principală desfășurată. Această nouă abordare va fi mai aproape de realitate, dar implementarea va fi de durată, spitalele neavând infrastructura digitală sau resursa umană necesară pentru a putea accelera trecerea la noul tip de finanțare. Un alt aspect, foarte important, este legat de faptul că legislația și reglementările actuale nu sunt gândite pentru a putea

efectua trecerea la noua finanțare într-un mod facil, iar o implementare defectuoasă ar putea conduce la blocaje în sistem.

Euroeconomia XXI

Comitetul editorial

Dan POPESCU

Redactor șef coordonator

Nicolae EȘANU

Paula COTARCEA,
secretar general
de redacție

Consiliul științific

Prof. dr. Dan POPESCU
Prof. dr. Lucian BELAȘCU

Acad. prof. univ. dr.
habilitat DHC Grigore
BELOSTECINIC,
Republica Moldova
Conf. dr. Vasile BRĂȚIAN
Paula COTARCEA

Prof. dr. Viorel
CORNESCU

Prof. dr. Partenie
DUMBRAVĂ

Conf. dr. Nicolae EȘANU

Prof. dr. Alexandra
HOROBET

Prof. dr. Eugen
IORDĂNESCU

Conf. dr. Paul LUCIAN

Prof. dr. Silvia
MĂRGINEAN

Conf. dr. Virgil NICULA

Prof. dr. Iacob
Petru PÂNTEA

Lector dr. Dan-Alexandru
POPESCU

Conf. dr. Raluca SAVA

Conf. dr. Eduard STOICA
Prof. dr. Răzvan ȘERBU

Prof. dr. Cristina
TĂNĂȘESCU

editori

GRUPUL DE PRESĂ ȘI
EDITURĂ "CONTINENT" SRL
CAMERA DE COMERȚ,
INDUSTRIE ȘI AGRICULTURĂ
A JUDEȚULUI SIBIU

ISSN 1841-0707
Tel. 0742.483813,
e-mail contisib@yahoo.com

Articolele apărute în revistă exprimă punctele de vedere ale autorilor, care pot fi diferite de cele ale redacției.

Referințe bibliografice:

- Tulchinsky TH. (2018). Bismarck and the Long Road to Universal Health Coverage. Case Studies in Public Health. 2018;131-79. doi: 10.1016/B978-0-12-804571-8.00031-7. Epub 2018 Mar 30. PMID: PMC7149836 (Heinrich, A., 2022)
- Whiteside, N. (2014). The Beveridge Report and Its Implementation: a Revolutionary Project. Histoire@Politique, 24, 24-37 (INSEE, 2022)
- Mayes R. (2007). The origins, development, and passage of Medicare's revolutionary prospective payment system. Journal of the history of medicine and allied sciences, 62(1), 21-55.
- Rodrigues, JM. (1993). DRGs: Origin and Dissemination Throughout Europe. In: Casas, M., Wiley, M.M. (eds) Diagnosis Related Groups in Europe. Springer, Berlin, Heidelberg.
- Busato, A., von Below, G. (2010). The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population-based perspective. Health Res Policy Sys 8, 31
- Zeynep Or. (2014). Implementation of DRG Payment in France: Issues and recent developments, Health Policy, Volume 117, Issue 2, Pages 146-150
- Wilm Quentin și colab. (2022). How Denmark, England, Estonia, France, Germany, and the USA Pay for Variable, Specialized and Low Volume Care: A Cross-country Comparison of In-patient Payment Systems, Int J Health Policy Manag, 11(12), 2940-2950
- Louis DZ, și colab. (1999). Impact of a DRG-based hospital financing system on quality and outcomes of care in Italy. Health Serv Res. 1999 Apr; 34(1 Pt 2):405-15.
- Cots, F., și colab. (2011). DRG-based Hospital Payment: Intended and Unintended Consequences, Open University Press McGraw-Hill Education, Maidenhead.
- Sergio I Prada. (2022). Eficiencia en organizaciones prestadoras de servicios de salud: ilustración de casos en el contexto colombiano. Revista de Salud Pública 24:1, pages 1-7.
- Mihailovic, N. și colab. (2016). Review of diagnosis-related group-based financing of hospital care. Health services research and managerial epidemiology, Vol. 3: 1-8.



Renate BRATU**urmare din pagina 1**

If in the 19th century currency and credit were the guarantee of power, today attention has become the new "currency" of the digital world. Through his wealth, Edmond Dantes builds his influence and controls destinies, just as modern platforms transform user attention into financial and reputational capital. The article highlights these parallels, showing that regardless of the era, the intelligent management of scarce resources-whether gold, credit, or attention-remains the key to economic and social success.

Romanul lui Alexandre Dumas - Conte de Monte Cristo (1846) prezintă viața personajului principal Edmond Dantes - un tânăr marinier acuzat pe nedrept de trădare și înțemnițat în închisoarea Chateau d'If. După ani de suferință, Dantès evadează, descoperă o comoară pe insula Monte Cristo și, sub noua identitate de *Conte de Monte Cristo*, plănuiește răzbunarea împotriva celor care l-au trădat. Pe lângă subiectele romanului de justiție, trădare, prietenie, iubire, destin și moralitate, romanul ne prezintă și teme de bani și finanțe. Pentru Edmond Dantes motivația transformării a reprezentat-o răzbunarea, însă mijlocul a fost puterea financiară dobândită prin găsirea comorii de pe insula Monte Cristo, transformându-l într-unul dintre cei mai bogați oameni ai epocii. Aurul găsit îi permite să intre în înalta societate, să cumpere palate, moșii, să împrumute bani, să aibă influență și mai ales să atragă sau să cumpere atenție! Atrage atenția publicului parizian al secolului XIX prin diverse apariții la baluri, teatre, curse de cai, recepții mondene și cumpără atenția aristocrației prin cheltuieli semnificative sub imaginea unei alte identități. Acest personaj este unul dintre multe alte exemple care ne aduce în atenție fenomenul de monetizare sau de finanțare atenției individuale. Atenția umană este o resursă rară care poate fi captată prin diverse strategii și mai apoi transformată în capital social, putere și capital financiar. Edmond Dantes a atras atenția în centrul Parisului prin lux, mister, și zvonuri, devenind Conte de Monte Cristo personajul bogat și cu influență. Pomind de la acest "studiu de caz", putem afirma oare că atenția umană este un activ financiar? Acel activ care poate genera venituri viitoare probabile? Credem că da! Exemple relevante în acest sens sunt veniturile financiare generate de monetizarea atenției prin convertirea acesteia în fluxuri de venit viitoare generate de platformele digitale (Facebook, Google, TikTok, YouTube, etc.) activate de numeroși specialiști cu rol de "influence-ri" ce tranzacționează atenția.

Atenția umană reprezintă abilitatea subiectivă de concentrare a simțurilor

și a rațiunii asupra unui lucru sau persoane, la un moment dat. (ResearchWorld, 2025). Aceasta poate fi continuă sau fragmentată și poate fi caracterizată de scurtături cognitive (bias-uri), adică o stare a atenției automate, inconștiente. Specialiștii consideră că în societatea actuală - care abundă în informații - atenția a devenit cea mai valoroasă monedă și un indicator cheie de performanță (KPI). Aceștia subliniază faptul că atunci când atenția noastră este caracterizată mai mult de bias-uri este necesar a ne recupera activul financiar - atenția - prin acțiuni de conștientizare și de alegere conștientă a locului în care ne investim timpul și energia. Se prezintă chiar conceptul de atenție relevantă obținută prin onestitate, valoare autentică și ascultare activă (ResearchWorld, 2025). Însuși Herbert A. Simon, premiat Nobel în Economie în 1978 și considerat co-creatorul primului program de inteligență artificială în 1956, a menționat că o abundență de informații va crea o sărăcie de atenție. În raportul Națiunilor Unite - New Economics for Sustainable Development. Attention Economy - se arată că economia (finanțele) atenției poate reprezenta o problemă economică emergentă cauzată de volumul impresionant de informații și de limitele atenției umane. Se evidențiază că modul în care a apărut internetul și tehnologiile Big Data și Inteligența Artificială (AI) au transformat atenția oamenilor într-o resursă valoroasă și exploatabilă, de multe ori fără consimțământul explicit al acestora. Astfel se subliniază impactul negativ semnificativ al acestui model de atragere (monetizare) a atenției asupra bunăstării individuale, a coeziunii sociale și a democrației (UN, 2025).

Considerând atenția ca și activ financiar, s-a arătat științific că o creștere a atenției financiare poate avea un efect semnificativ de promovare asupra modernizării consumului gospodăriilor. Atenția financiară sporită permite gospodăriilor să obțină o înțelegere mai profundă a dinamicii pieței, a produselor financiare și a riscurilor asociate. Aceasta încurajează gospodăriile să treacă de la satisfacerea nevoilor de bază la urmărirea unei calități mai înalte a vieții, facilitând modernizarea consumului. (Li, H., Zhang, R., 2025). Artem Meshcheryakov și Drew B. Winters (2022) au analizat dinamica tranzacționării bazate pe atenție la o frecvență orară și au arătat că o creștere a căutărilor pe Google este urmată de o intensificare a tranzacțiilor, în special în rândul investitorilor de retail, evidențiată prin reducerea mărimii medii a ordinelor de tranzacționare. Atenția investitorilor retail a fost investigată și de autoarea Nadia Vozlyublennaya care arată cum șocurile de atenție afectează randamentele și volatilitatea indexurilor pe termen scurt și, invers. O atenție sporită a investitorilor tinde să diminueze predictibilitatea randamentelor, sugerând o îmbunătățire a eficienței pieței. (Journal of Banking & Finance, 2013). Alți autori au evidențiat o corelație pozitivă între atenția acordată site-urilor financiare și incertitudinea pieței, o corelație negativă cu sentimentul investitorilor și faptul că șocurile de piață amplifică această atenție, prezicând o creștere a volatilității în ziua de tranzacționare următoare. Se pare că pentru investitori este importantă ziua intrării de informații, respectiv faptul că cererea de informații este mai mare la începutul săptămânii, și furnizează dovezi că aversiunea față de risc stimulează adunarea de informații, respingând teoriile despre evitarea informațiilor. În plus, se arată că o



Contele de Monte Cristo

sursa: Britannica Kids

atenție sporită crește volatilitatea pieței și volumul de tranzacționare, fiind în concordanță cu modelul tranzacționării zgomotoase (noise trading) (Qadan, M., Zoua'bi, M., 2019). Utilizând date detaliate de la un broker belgian, care includ comportamentul de logare și tranzacționare al investitorilor, o echipă de cercetători au măsurat atenția prin frecvența, durata și zilele de logare pe platforma de tranzacționare. Rezultatele principale arată că investitorii mai atenți manifestă un efect de dispoziție mult mai mic, sugerând că atenția sporită poate indica o mai mare sofisticare sau abilitate în luarea deciziilor financiare. Se aduce aici în atenție și teoria disonanței cognitive și al efectelor de saliență (vizibilitate), deoarece investitorii atenți tind să vândă pierderi moderate mai des decât pierderi mari. (Dierick, N., Heyman, D., Inghelbrecht, K., Stieperaere, H., 2019). Folosind date de autentificare zilnice online pentru un eșantion mare de conturi de pensii s-a arătat că Investitorii acordă, în medie, mai multă atenție portofoliilor lor după randamente pozitive decât după randamente negative (efectul de struț) și că atenția este, de asemenea, în creștere în funcție de acoperirea mediatică a pieței bursiere. Autentificările investitorilor crescând pentru fiecare articol suplimentar pe prima pagină a ziarelor relevante despre piața bursieră. Tranzacționarea totală este descompusă în atenție (decizia de a se

autentifica) și tranzacționare condiționată (decizia de a tranzacționa după autentificare) (Sicherman, N., Loewenstein, G., Seppi, D., Utkus, S., este la Vanguard, 2015).

Studiile analizate confirmă corelațiile dintre atenția investitorilor, volatilitatea pieței și eficiența informațională, subliniind că atenția - asemenea banilor - trebuie gestionată, investită și protejată. Într-o lume dominată de informație și stimuli digitali, recuperarea atenției conștiente devine o formă modernă de educație financiară și o condiție a sustenabilității economice și sociale.

Recuperarea atenției conștiente care să poată fi transformată în atenție financiară ca activ financiar investit în beneficiul utilizatorului (consumator sau investitor) poate fi antrenată și prin activitatea aristocrată practică de însuși personajul Edmond Dantes - scrima sau duelul cu sabia.

În acele vremuri scrima reprezenta o practică obișnuită în epoca lui Alexandru Dumas, fiind o dovadă de manifestare a onoarei personale. Scrima este un sport al eleganței și al preciziei, dar și unul dintre cele mai complexe exerciții de formare personală. Practicarea ei contribuie la o dezvoltare fizică armonioasă - îmbunătățind forța, viteza și rezistența - și, în același timp, stimulează abilități mentale esențiale precum concentrarea, gândirea strategică și viteza de reacție. Dincolo de aspectul tehnic, scrima este o veritabilă lecție de viață: te învață încrederea în sine, spiritul de echipă și curajul confruntării, dar și respectul pentru adversar și pentru regulile competiției. În vremurile noastre "locale" scrima reprezintă un sport practicat și de copiii din Sibiu, în cadrul Clubului sportiv ACS Floreta Sibiu (Frscrima.ro, 2025).



Herbert Simon

sursa: wikipedia



sursa: Tribuna