PINTEA SORINA

SUSTENABILITATEA FINANCIARĂ A SPITALELOR PUBLICE

MODELE ALTERNATIVE DE FINANȚARE ȘI EFICIENTIZARE A CHELTUIELILOR OPERAȚIONALE

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



ISBN 978-973-53-3725-4

RISOPRINT
Cluj-Napoca • 2026

© Editura RISOPRINT

Toate drepturile rezervate autorilor & Editurii Risoprint

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

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

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

ISBN 978-973-53-3725-4

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

Autor
PINTEA SORINA

Director editură: GHEORGHE POP

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

COLECȚIA ŒCONOMICA

Pintea Sorina

SUSTENABILITATEA FINANCIARĂ A SPITALELOR PUBLICE:

MODELE ALTERNATIVE DE FINANȚARE ȘI EFICIENTIZARE A CHELTUIELILOR OPERAȚIONALE

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

Editura RISOPRINT

Cluj-Napoca - Martie 2026

DECLARAȚIE DE ORIGINALITATE ȘI CONFORMITATE ETICĂ

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

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

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

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

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

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

Data: Martie 2026 Semnătura: _____

REZUMAT

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRACT

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

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

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

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

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

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

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

LISTA ABREVIERILOR

ANAP — Agenția Națională pentru Achiziții Publice

APA — American Psychological Association (standard de citare)

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

BEMS — Building Energy Management System

CNAS — Casa Națională de Asigurări de Sănătate

CNSISP — Centrul Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică

DMS — Durata Medie de Spitalizare

DRG — Diagnosis Related Groups (Grupe de Diagnostice Asociate)

EPC / ESCO — Energy Performance Contract / Energy Service Company

FEDR — Fondul European de Dezvoltare Regională

FNUASS — Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate

FSE — Fondul Social European

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

HIS — Hospital Information System (Sistem Informatic Spitalicesc)

IAM — Infarct Acut de Miocard

IAS — Infecții Asociate Asistenței medicale Sanitare

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

INS — Institutul Național de Statistică

INSP — Institutul Național de Sănătate Publică

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

KPI — Key Performance Indicator (Indicator Cheie de Performanță)

MFP — Ministerul Finanțelor Publice

MO — Monitorul Oficial al României

MS — Ministerul Sănătății

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

OCDE / OECD — Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică

OMS / WHO — Organizația Mondială a Sănătății

ONAC — Oficiul Național pentru Achiziții Centralizate

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

PIB — Produsul Intern Brut

PNRR — Planul Național de Redresare și Reziliență

PNIIUS — Programul Național de Investiții în Infrastructura Unităților Spitalicești

PNS — Programe Naționale de Sănătate

PPP — Parteneriat Public-Privat

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

RACV — Rata de Acoperire a Cheltuielilor din Venituri

SCJU — Spital Clinic Județean de Urgență

SIB — Social Impact Bond (Obligațiune de Impact Social)

TCP — Tarif pe Caz Ponderat

UE — Uniunea Europeană

UPU — Unitate de Primiri Urgențe

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

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

%CP — Ponderea cheltuielilor de personal în total cheltuieli

%EB — Rata execuției bugetare

%VP — Ponderea veniturilor proprii în total venituri

CUPRINS

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

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

1. INTRODUCERE

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

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

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

1.1. Context și relevanță

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

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

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

1.2. Problema de cercetare

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

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

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

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

1.3. Scop, obiective și întrebări de cercetare

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

Din acest scop general derivă patru obiective specifice:

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

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

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

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

1.4. Ipoteze de lucru

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

Grupa A — Ipoteze privind adecvarea modelului de finanțare

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

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

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

Grupa B — Ipoteze privind eficiența operațională

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