



**UNIVERSITATEA DIN CRAIOVA
FACULTATEA DE ECONOMIE ȘI ADMINISTRAREA AFACERILOR
ȘCOALA DOCTORALĂ ÎN ȘTIINȚE SOCIO-UMANE
DOMENIUL CONTABILITATE**



Camelia UȚĂ (căsăt.CONSTANTIN)

**REZUMAT
TEZĂ DE DOCTORAT**

**CREȘTEREA PERFORMANȚELOR MANAGERIALE
PRIN IMPLEMENTAREA METODEI TIME-DRIVEN
ACTIVITY-BASED COSTING ÎN SISTEMUL DE
SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA**

**Conducător de doctorat
Prof.univ.dr. Constanța IACOB**

**CRAIOVA
2015**

CUPRINS

1. Cuvinte cheie	2
2. Introducere și motivația alegerii temei de cercetare	2
3. Necesitatea cercetării	2
4. Obiectivul cercetării	3
5. Metodologia de investigație	4
6. Prezentarea sintetică a capitolelor tezei de doctorat	4
7. Concluzii și contribuții proprii	6
8. Cuprinsul tezei de doctorat	8
9. Bibliografie	10

1. Cuvinte cheie:

Contabilitate de gestiune, calculația costurilor, Metoda TD ABC, cost, buget, practică bugetară, control bugetar, clasificare, corelații, corelații statistice, analiză statistică, date neparametrice, management, management strategic, modele de management al performanței, performanță, indicatori de performanță, decizii de finanțare, evoluție, informație, calitate, sănătate, scoruri.

2. Introducere și motivația alegerii temei de cercetare

În ultimii ani, piața serviciilor medicale tinde să devină insuficientă față de nevoile în creștere ale populației. Din această perspectivă, lucrări și articole de specialitate sugerează că înmulțirea bolilor cronice, îmbătrânirea populației, evoluția tehnicilor științifice și transformările structurii familiale se reflectă în schimbările care au loc în cadrul consumului, populației, bolilor și tehnicilor. Astfel, apare o contradicție între creșterea puternică a cererii de servicii și oferta protecției sociale care are tendința de diminuare.

S-au născut astfel reforme succesive în domeniul sistemului de sănătate cu scopul îmbunătățirii managementului și asigurarea transparenței în alocarea resurselor, ceea ce a modificat profund logica sistemului de sănătate conducând spre stabilirea unei logici cvazi-piață.

Deși contabilitatea de gestiune din România a cunoscut o serie de dezvoltări și aprofundări, cercetările în domeniu și literatura de specialitate sunt insuficiente pentru a asigura rolul contabilității de gestiune ca instrument de management.

Având în vedere preocupările care se manifestă pe plan național și internațional de orientare a resurselor bugetare alocate de la finanțarea sistemului către finanțarea nevoii specifice, pe pacient – un sistem care schimbă lumea - considerăm oportună evaluarea modelului calculației de cost aplicat în domeniul serviciilor medicale cu scopul identificării direcțiilor de creștere a calității actului managerial.

3. Necesitatea cercetării

În încercarea de a releva actualitatea temei și domeniului de cercetare am adus în discuție în primul rând specificitatea economică și socială a sectorului sistemului de sănătate. Este de la sine înțeles că sănătatea are un cost, uneori un cost exorbitant pentru comunitate. În același timp, sănătatea nu trebuie văzută numai din perspectivă pur economică, pentru că „viața nu are niciun preț”, iar

pacientul ar da oricât atunci când este vorba de viață.

Cu toate acestea, activitatea unităților din domeniul serviciilor medicale, trebuie să fie guvernată de principiul eficienței utilizării fondurilor prin construirea unei organizații în care angajații fac performanța - un proces dinamic care implică din partea tuturor, deschidere către nou și implicare. Un astfel de proces se bazează pe claritate și transparență, pe angajament din partea tuturor celor care au obiective comune.

Domeniul sănătății impune constrângeri greu de cuantificat pentru care managementul trebuie să depună eforturi în vederea asigurării stabilității - menținerea unei rate minime de fluctuație a personalului, optimizarea ocupării paturilor, evitarea duratelor lungi de spitalizare, atingerea standardelor de calitate, etc., rezultatele fiind de asemenea greu de cuantificat: un procent cât mai ridicat de pacienți mulțumiți de actul medical și creșterea calității serviciilor medicale în condiții de eficiență, respectiv de costuri reduse.

4. Obiectivul cercetării

Obiectivul fundamental al tezei de doctorat este acela de a demonstra că numai printr-o apropiere între timp și spațiu se pot obține rezultate relevante pentru realizarea unei performanțe superioare în condițiile date ale actualului sistem de sănătate, iar aplicarea metodei Time-Driven Activity-Based Costing este soluția cea mai potrivită. Atingerea obiectivului nu ar putea fi posibilă fără satisfacerea unor obiective parțiale, cu caracter teoretic și practic, astfel:

a) obiective cu caracter teoretic

- conturarea cadrului conceptual al managementului performanței și al modelelor care îl definesc;
- identificarea specificității economico-sociale a domeniului de sănătate în context internațional și național;
- realizarea unei perspective asupra arhitecturii costurilor și utilizării bugetului în calitate de instrument de măsură a performanței;
- reliefaarea imaginii actuale a calculației și managementului costurilor în sistemul de sănătate;
- găsirea unui răspuns de ce nu este eficientă aplicarea metodei ABC și realizarea unei noi perspective a calculației costurilor în sistemul de sănătate spitalicesc.

b) obiective cu caracter aplicativ

- determinarea corelațiilor care există între calitatea actului medical și calitatea gestiunii economico-financiare cu ajutorul scorurilor;
- determinarea corelațiilor care există între calitatea actului medical și calitatea gestiunii economico-financiare cu ajutorul coeficienților de corelație bazați pe date neparametrice;
- relevarea specificului calculației costurilor în cadrul unui cabinet dentar și a unui spital;
- realizarea unui studiu empiric privind aplicarea metodei TD ABC în cadrul unui centru medical.

5. Metodologia de investigație

Metodologia de investigație pe care am utilizat-o asigură împletirea armonioasă și susținută între principalele metode de cercetare pentru a facilita înțelegerea corectă a rezultatelor obținute, înscriindu-se în curentul constructivist – pozitivist, dar fără a neglija abordările critice necesare.

Tema tezei de cercetare a avut la bază abordarea deductiv-inductivă. Din perspectiva deductivă, putem spune că cercetarea prezintă principiile și datele cantitative, asigură generalizarea rezultatelor și explicarea legăturilor existente între

diferitele variabile utilizate și teoriile aplicate. Din perspectiva inductivă, am depus eforturi susținute pentru utilizarea unor date cantitative relevante pentru înțelegerea contextului.

Prin tipologia cercetării adoptate, putem afirma că abordarea temei tezei de doctorat îmbină, pe de o parte, cercetarea teoretică cu cercetarea aplicativă, empirică cu caracter interpretativ, pe de altă parte, îmbină cercetarea comparativă cu caracter longitudinal (referitoare la prezentarea evoluției unor metode de calculație) cu cercetarea comparativă de tip transversal (prin prezentarea comparativă a unor concepte și teorii), fără a neglija colectarea și analiza datelor, inclusiv crearea de modele.

6. Prezentarea sintetică a capitolelor tezei de doctorat

Capitolul 1. Managementul performanței sau performanța managementului – o provocare pentru orice lider

În încercarea de a crea cadrul conceptual și motivațional al cercetării, am pornit de la convingerea că managementul abordat concomitent ca teorie și practică reprezintă unul dintre cei mai importanți factori generatori de performanțe economice existente la nivelul unei firme. Eficacitatea, eficiența și funcționalitatea acesteia sunt dependente în mod apreciabil de eficiența, eficacitatea și calitatea managementului.

Mergând pe firul istoriei, am remarcat că dezvoltarea și individualizarea managementului este o consecință directă a necesității unei mai bune utilizări a resurselor la nivelul organizației, context în care au fost dezvoltate teorii, concepte și individualizări specifice, așa cum este conceptul de management al performanței.

Managementul performanței semnifică în fond exercitarea de procese de management care, prin intermediul reproiectării, realizează refacerea ansamblului de procese din perspectiva eficientizării conducând la îmbunătățirea performanțelor economico-sociale.

Întro privire de ansamblu modelele de management al performanței pot fi apreciate ca fiind instrumente deosebit de utile ce contribuie la măsurarea eficienței și eficacității, bazându-se pe trei parametri importanți : rata de disponibilitate, rata de eficiență și rata de calitate; ponderea celor trei indicatori conduce la o rată globală de rentabilitate și detectarea adevăratelor cauze care produc ștrangulări ale performanței organizaționale atât pe total cât și pe fiecare structură organizațională în parte.

Se poate spune astfel că performanța managementului reprezintă consecința operaționalizării cadrului de reproiectare managerială și a metodologiilor de remodelare a componentelor sistemului de management. De calitatea metodologiilor și de competența celor care le folosesc depind funcționalitatea și performanțele manageriale, care dacă se înregistrează, creează premisele favorabile obținerii performanțelor economice în domeniul condus.

Capitolul 2. Dificultăți și provocări în evaluarea performanțelor sistemului de sănătate

Domeniul sectorului de sănătate este un domeniu special, la nivelul Europei existând două mari modele ale sistemelor de sănătate, și anume modelul Beveridge și modelul Bismarck, dar care nu se aplică în mod uniform, oricare ar fi acesta, în statele Uniunii Europene.

Compararea sistemelor de sănătate necesită luarea în considerare a modului de finanțare, de administrare, relațiile cu structurile profesionale, organizarea și îngrijirea pacienților, controlul accesului la actul de îngrijire a sănătății în cadrul spitalelor de specialitate. Acesta este motivul pentru care nu există două sisteme

complet identice în UE. Cu toate acestea EUROSTAT publică permanent informații cu privire la modul de acoperire a cheltuielilor din sănătate, ce mai mare pondere deținând-o fondurile guvernamentale și de asigurări sociale. În opinia noastră, simpla comparație a unor cote procentuale nu este relevantă atâta timp cât diferă baza în valoare absolută la care se aplică.

În țara noastră, descentralizarea sistemului de sănătate este considerată ca fiind veriga procesului de modernizare și armonizare cu standardele de sănătate europene.

Pornind de la mențiunea CNPV prin care se subliniază că ceea ce diferențiază sistemul românesc de alte sisteme de sănătate se regăsește în înregistrarea unor indicatori de bază modești ai stării de sănătate (speranța de viață la naștere, mortalitatea infantilă, mortalitatea generală pe cauze de deces evitabile, grad de morbiditate, ani de viață în stare de sănătate), dar și prin nivelul scăzut de informare privind factorii de risc și de protecție pentru sănătate sau sistemul de îngrijiri de sănătate și pachetul de servicii de baza, se impune cercetarea performanței prin intermediul indicatorilor care o definesc.

Realizarea performanței presupune utilizarea unor standarde în toate cele trei componente ale sistemelor de sănătate: standarde în ceea ce privește resursele (umane, materiale și financiare), standarde privind procesul (activitățile și procedurile legate de îngrijiri) și standarde de rezultat (apreciate prin satisfacție). Standardele traduc calitatea în termeni operaționali, acestea stabilind nivele minime de excelență sau intervale de compatibilitate a performanței.

În cadrul sectorului medical, îmbunătățirea continuă a performanței este mai ușor percepută și asimilată decât alți termeni aparent rigizi, ca managementul total al calității. Având în vedere că noțiunea de calitate reprezintă un proces continuu care implică toate structurile organizației și personalul medical trebuie să adere la această filozofie, la acest demers, utilizând metode și procedee specifice în ceea ce privește calitatea tratamentului, diagnosticului și al îngrijirii bolnavului.

Asigurarea performanței a fost răspândită ca o necesitate, pentru toate categoriile de organizații, în urma exploziei tehnicii care devine tot mai sofisticată, a creșterii costurilor, a dezvoltării piețelor. În ceea ce privește unitățile sanitare care asigură servicii medicale, așteptările populației, legat de durata de viață și de bunăstare reprezintă factori importanți care contribuie la aceeași evoluție. În paralel, îmbunătățirea standardelor de referință privind managementul performanței și asigurarea performanței, în domeniul sănătății, dar și înțelegerea lor în ceea ce privește prestarea de servicii, ușurează aplicarea lor.

Introducerea demersurilor de performanță în unitățile sanitare care asigură servicii medicale necesită o schimbare profundă, inițiată de către conducerea de vârf și responsabilii ierarhici. Însă această schimbare trebuie să fie pusă în aplicare la toate nivelurile unităților sanitare care asigură servicii medicale, pentru ca aceasta să fie efectivă și eficientă. Prin urmare, este necesar să fie antrenat întregul personal al unei organizații de sănătate, toți profesioniștii din sănătate și întregul sistem de sănătate românesc, interesat în realizarea unor îngrijiri medicale mai eficiente și cu cheltuieli din ce în ce mai reduse, fără a afecta siguranța și securitatea pacienților.

Evaluarea performanței unui sistem de sănătate care implică atât măsurarea cât și analiza capacității sale de a atinge obiectivele sale absolute, precum și îmbunătățirea stării de sănătate și o mai bună protecție socială în ceea ce privește populația, este una din cele mai mari eficacități ale sistemului de sănătate. Ea implică în mod egal determinarea măsurii în care rezultatele vizează obiectivele intermediare, în termeni de acces, de acoperire, de calitate, de siguranță a serviciilor de sănătate contribuind la realizarea acestor obiective.

Analizând conținutul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului românesc, remarcăm că pe lângă avantajele pe care îi reprezintă, prezintă

și o serie de deficiențe, pe de o parte, nu se face o delimitare între calitatea actului medical în sine și modul în care este gestionată resursa materială prin intermediul căreia sunt furnizate serviciile respective, pe de altă parte, nu acoperă întreaga arie care conturează performanța din domeniul spitalicesc.

Pornind de la ideea că, utilizarea analizei multi-criteriale a performanței în cadrul sistemului spitalicesc permite o validare mai corectă a activității desfășurate, comparativ cu actuala metodologie practică și urmărind corelațiile între scorurile de eficiență economică și cele de competență tehnică, pentru toate spitalele supuse analizei, observăm că nu există o corelație între aceste valori ceea ce ne sugerează faptul că performanța managementului spitalicesc este o amăgire deoarece subordonarea diferită și multiplă a unităților din sistemul sanitar vis-à-vis de modalitatea de evaluare separată a competențelor și capacităților de gestionare face practic imposibilă posibilitatea de a genera soluții de management.

Capitolul 3. Informația de tip cost – instrument al managementului performanței în sistemul de sănătate

Managementul unei entități organizate în cadrul sistemului de sănătate are o serie de responsabilități în ceea ce privește utilizarea resurselor care îi sunt puse la dispoziție pentru acoperirea cheltuielilor necesare desfășurării activității, dar care niciodată nu sunt la nivelul a ceea ce își dorește managementul și îl propune prin indicatorii de buget ci la nivelul a ceea ce hotărâsc eșaloanele superioare prin resursele alocate. La această concluzie am ajuns supunând atenției cele trei aspecte implicate de sistemul de finanțare în sănătate, și anume: colectarea surselor pentru plata serviciilor de sănătate, alocarea surselor colectate prestatorilor de servicii din sănătate, remunerarea factorilor de producție consumați de către prestatorii de servicii din sănătate.

Pe lângă faptul că, între informația de tip cost și decizia de finanțare relația este invers proporțională, observăm și faptul că modul de stabilire a costurilor și care de fapt joacă rolul de tarife, lasă loc apariției asimetriei informației. Atâta timp cât medicul deține informația, pacientul este influențat de acesta privind serviciile medicale care îi pot fi prestate, precum și de durata cât trebuie prestate. Prin urmare, cu toate normele existente în final medicul este cel care fixează prețul.

Ca în orice domeniu de activitate, și în domeniul sistemului de sănătate, este necesară cunoașterea traiectoriei de urmat, demers care presupune elaborarea unui buget de venituri și cheltuieli și realizarea ulterioară a controlului bugetar. Teoretic, conținutul și metodologia de elaborare a unui buget de venituri și cheltuieli se bazează pe aceleași principii universal aplicabile, dar complexitatea activității desfășurate conduce la delimitarea între două tipuri de bugete, respectiv bugetul cabinetului medical și bugetul spitalelor publice.

Supunând atenției practica bugetară în corelație cu sursele de finanțare a activității desfășurate în sistemul de sănătate, remarcăm o răsturnare de principii, și anume, nu cheltuielile sunt cele care generează beneficiile viitoare ci, dimpotrivă, veniturile previzibile admit un anumit nivel al cheltuielilor ceea ce pune sub semnul întrebării rolul bugetului de evaluare a performanțelor în sistemul de sănătate.

Ceea ce remarcăm însă este faptul că, structura bugetului de venituri și cheltuieli respectă principiul specializării bugetare conform căruia veniturile sunt prezentate pe surse de proveniență, iar cheltuielile pe feluri de cheltuieli, după natura lor și pe destinație, urmând clasificarea bugetară, iar controlul acestuia se realizează atât ex-ante, cât și ulterior prin intermediul controlului intern.

Vorbind despre costuri, nu putem să nu vorbim despre specificul calculației acestora. Cercetarea întreprinsă în acest sens lasă să se înțeleagă faptul că sunt mai mult vizibile procedeele de calcul al costurilor și mai puțin metodele de calculație, dar care, chiar și în mod teoretic, pot fi aduse în discuție. Fie că vorbim de procedee, fie

că vorbim de metode de calculație, ca și în cazul bugetării, practica diferă în funcție de complexitatea actului medical, de la cele mai simple specifice cabinetelor medicale și serviciilor clinice/paraclinice și de medicină dentară, până la cele mai complexe așa cum este cazul spitalelor.

Ne-am pus întrebarea dacă, informațiile cu privire la costuri, așa cum sunt obținute în prezent, ajută la realizarea unui management performant al unităților sanitare ? Concluziile la care am ajuns, prin care apreciem caracterul limitat al informațiilor de tip cost, țin de mai mulți factori, după cum urmează.

Ca în orice domeniu și în sistemul de sănătate se urmărește ideea de rezultat, după cum este și firesc. Numai că, puterea analizei cost-beneficiu este parțială deoarece, în domeniul sănătății, este dificil, dacă nu chiar imposibil și de nedorit să măsoare sănătatea în termeni de bani sub formă de beneficii pentru cei care trebuie să contribuie la prevenirea și combaterea îmbolnăvirilor.

În altă ordine de idei, deși a fost implementat sistemul DRG preluat de la australieni și adaptat în mare măsură la specificul țării noastre, observăm că elementul la care se raportează nivelul plăților este reprezentat de venit și nu de riscul asigurat ceea ce contribuie la diluarea rolului costului mediu pe pacient în analiza internă cu privire la performanța activității.

Introducerea SIUI în sistemul asigurărilor sociale conduce la un circuit închis al informației, numai în cadrul sistemului și lipsită de transparență în relațiile cu publicul. Această observație se bazează și pe conținutul „Rapoartelor de activitate” ale spitalelor care se bazează pe o structură cadru standard și în care predomină informațiile care vizează performanța tehnică, performanța economică fiind mai puțin vizibilă și judecată numai prin prisma costului pe zi de spitalizare, pe total și pe fiecare secție.

Deși performanța tehnică este legată de calitatea serviciilor medicale, până în prezent nu s-a pus problema cât costă non-calitatea. Dacă s-ar fi determinat un astfel de cost am fi văzut că non-calitatea costă mai mult decât calitatea serviciilor medicale.

Pornind de la studiile lui J.Lave și L.Silverman, cu ajutorul tehnicii de proximitate prin care au demonstrat că numai printr-o apropiere între timp și spațiu se pot obține rezultate relevante pentru realizarea unei performanțe superioare în condițiile date ale actualului sistem de sănătate, în opinia noastră se conturează ideea că aplicarea metodei Time-Driven Activity-Based Costing este soluția cea mai potrivită.

Capitolul 4. Geneză, evoluții și implicații ale concepției de calculație pe activități asupra managementului performanței din sistemul de sănătate

Făcând o scurtă incursiune în evoluția metodelor de calculație a costurilor bazate pe activități, constatăm că începând cu anii 1950 literatura și practica europeană a fost asaltată de o serie de noi teorii și concepte bazate pe o conexiune între domeniile de contabilitate, management, marketing etc. generând o adevărată revoluție în metodologia sistemelor de calculație a costurilor.

Deși unele metode erau cunoscute încă de la apariția lor, așa cum este cazul metodei costurilor standard, constatăm că timp de 40 de ani a fost instituită o barieră în calea aplicării acestei metode fiind considerată o intruziune extra-contabilă din partea inginerilor în direcția determinării costurilor reale.

Ca o reacție la complexitatea metodei costurilor standard, precum și din dorința de a perfecționa metodele existente, în special în Franța, regăsim o serie de preocupări în această direcție. Astfel, de la metodele bazate pe principiul secțiunilor omogene, regăsim metodele bazate pe coeficienții de echivalență care au culminat cu metoda GP și metoda costurilor directe.

Dar, interesul americanilor de contracarare a modelelor japoneze care câștigau teren în industria autoturismelor, perioada 1980-2010 se caracterizată prin apariția unei noi concepții bazată pe activități, denumită ABC. Principiul acestei metode este familiar; aceasta implică luarea în considerare în mod logic procesul consumului de resurse, eliminarea celor care nu contribuie la activitățile care creează valoare și evidențierea costurilor de cele care generează valoare. Pentru aceasta, este necesar să se adopte o perspectivă mai degrabă transversală a firmei, decât o viziune funcțională a acesteia.

Spre deosebire de metodele bazate pe principiul secțiunilor omogene, unde costurile indirecte sunt alocate pentru centrele de cost apoi partajate între produsele prin intermediul unor coeficienți arbitrari, metoda ABC urmează o logică prin care activitățile consumă resurse la nivel de proces și produsele consumă activități în funcție de cât de mult sunt folosiți factorii de cost.

Metoda ABC poate fi considerată ca o „reinventare” americană a metodei pe secțiuni omogene în care calitățile sale tehnice nu sunt mai bune, dar o situează deasupra celorlalte metode prin faptul că poate fi integrată cu indicatorul EVA. Anumiți susținători ai metodei ABC au recunoscut chiar că, atunci când sunt utilizate „în mod corespunzător”, metoda ABC și metoda pe secțiuni omogene dă aceleași rezultat din punct de vedere a costurilor, chiar dacă, în conformitate cu M. Lebas, metoda ABC nu poate fi redusă pur și simplu la o metodă de calculație a costurilor.

Aspru criticată, metoda ABC urmează curba lui Gauss și începe să-și piardă interesul, în special la nivelul literaturii de specialitate, lăsând locul unei metode mai simple cunoscută sub numele de TDABC.

Printrun articol publicat în anul 2007 de către R.S. Kaplan și S.R. Anderson în care regăsim un paragraf sugestiv intitulat „Time-Driven ABC : vin vechi în sticle noi?”, autorii neagă orice legătură cu reutilizarea practicilor existente ale metodei ABC deoarece folosește un singur driver de cost și acesta este timpul necesar pentru efectuarea operațiunilor.

Mai mult, metoda introduce un nou concept intitulat „grupă de resurse” care în esență este o agregare a activităților care consumă aceleași resurse. Kaplan și Anderson asimilează „grupul de resurse”, cu o unitate organizațională sau serviciu cu precizarea că un cost departamental este valabil numai în cazul în care amestecul de resurse furnizate este aproximativ același pentru fiecare activitate și tranzacție efectuată în cadrul departamentului. Această ipoteză este încălcată în cazul în care activitățile și tranzacțiile de utilizare a resurselor efectuate în cadrul departamentului sunt diferite.

Complexitatea operațiunilor se regăsește în cadrul ecuațiilor de timp necesare pentru determinarea resurselor consumate de fiecare activitate. Folosind aceste ecuații, este ușor de actualizat modelul prin adăugarea unei activități suplimentare. Această simplificare ar permite multiplicarea activităților care urmează a fi tratate fără a prezenta dificultăți de distribuire a resurselor. De fapt, ceea ce avem aici este în mod clar o „metodă autonomă de echivalență” care folosește timpul de lucru ca o unitate de echivalență.

Supunând atenției esența metodei TDABC, în opinia noastră s-au conturat trei secvențe : analiza evenimentelor necesare desfășurării activității și stabilirea ecuațiilor de timp; determinarea costului pe minut; determinarea costului pe pacient și a căror prezentare a fost efectuată, atât teoretic, cât și practic în cadrul unui studiu de caz.

Studiul de caz pe care l-am efectuat în cadrul Centrului medical CAM MED din județul Vâlcea, este o demonstrație prin care am încercat să explicăm relevanța și impactul managerial al sistemului TDABC în sistemul de sănătate din domeniul clinicii ambulatorii. În opinia noastră, sistemul TDABC corespunde sistemului de

sănătate deoarece acesta include, pe lângă avantajele sistemului tradițional ABC, unele caracteristici suplimentare, permite o adaptabilitate rapidă și o modelare a complexității operațiunilor specifice domeniului.

Supunând atenției cinci cabinete medicale cu specializări diferite (oftalmologie, endocrinologie, cardiologie, ORL și medicină internă), constatăm că, mărimea costului standard al consultațiilor arată influența specificului fiecărei specializări, diferențele implicate de utilizarea mai mult sau mai puțin intensă a aparaturii medicale și diferențele privind costul pe unitatea de timp. Costul standard al consultației care are în vedere pachetul minim de bază impus de CNASS poate fi majorat în cazul în care se adaugă unele activități suplimentare.

Avantajele pe care metoda TDABC le aduce sunt multiple și vizează în mod special:

- furnizarea de informații corecte și relevante care permite instituirea unui exercițiu de referință intern, o comunicare deschisă între medicii cabinetelor și managerul centrului/clinicii, cu privire la îmbunătățirea timpilor operaționali;
- analiza profitabilității pe cabinete (departamente) medicale comparând costurile aferente serviciilor medicale acordate în sistem clinic ambulatoriu cu suma decontată de Casa de sănătate pentru aceste servicii și care relevă capacitatea tarifelor practicate de CNASS de a acoperi costurile sistemului de sănătate, precum și avantajul managerilor de a beneficia de informații relevante care pot sta la baza negocierii tarifelor cu CAS;
- luarea deciziilor cu privire la investițiile viitoare pe baza informațiilor privind costul pe minut, în special cel aferent utilizării aparaturii medicale.

Cum nimic nu este perfect, ci totul este perfectibil, cu atât mai mult când ne referim la modele și teorii noi, nici metoda TDABC nu este lipsită de critici și atenționări legate de o serie de probleme care nu își găsesc încă răspuns în concepția acesteia și care se referă la stabilirea costurilor de referință care trebuie luate în considerare (cele standard sau cele reale), la fixarea capacității de activitate care este luată în considerare pentru a se determina costul subactivității, la asigurarea omogenității consumului de resurse precum și la înlăturarea dificultăților privind măsurarea timpilor.

Cu toate imperfecțiunile constatate în legătură cu metoda TDABC, considerăm că aceasta este o alternativă a metodei ABC care contribuie la reducerea complexității operațiunilor prin intermediul ecuațiilor de timp și care permite luarea în considerare de o manieră simplistă a impactului fenomenelor complexe asupra costurilor.

Dacă reușita implementării metodei TDABC depinde de buna organizare a sistemului informațional, pot fi formulate critici semnificative în raport cu concepția metodei.

7. Concluzii și contribuții proprii

A. Concluzii

De câțiva ani, piața asistenței medicale tinde să-și limiteze oferta față de nevoile în creștere ale populației. Din această perspectivă, anumite lucrări sugerează că înmulțirea bolilor cronice, îmbătrânirea populației, evoluția tehnicilor științifice și transformările structurii familiale se reflectă în schimbările care au loc în cadrul consumului, populației, bolilor și tehnicilor. Astfel, apare o contradicție între creșterea puternică a cererii de îngrijire în timp ce oferta protecției sociale tinde a se diminua.

Sub rezerva constrângerilor economice (reducerea deficitului), sociale (sărăcirea societății), tehnologice (creșterea tratamentelor novatoare), sistemul de sănătate a fost marcat de numeroase reforme care s-au manifestat atât pe plan internațional, cât și pe plan național.

Scopul reformelor întreprinse a fost acela de modernizare a managementului sistemului de sănătate și asigurarea transparenței în alocarea resurselor, măsuri care au modificat profund logica sistemului și a permis stabilirea unei logici cvazi-piață.

Obiectivele reformelor întreprinse sunt multiple, dar, în primul rând, creșterea performanței prin dezvoltarea unor instrumente economice și de management medical, de susținere a investițiilor și de asigurare a libertății alegerii strategiilor de către organizație. Prin urmare, renovarea modului de finanțare a entităților sanitare permite responsabilizarea actorilor implicați și asigurarea unei egalități de tratament între sectoarele publice și private.

În cadrul oricărui sistem socio-economic, performanța este privită ca un sistem de referință pentru manageri și executanți, ca o modalitate de evaluare a obiectivelor stabilite și rezultatelor obținute. O firmă performantă valorifică eficient oportunitățile mediului, depășește rapid provocările, obține avantaj competitiv pe piață și nu în ultimul rând, satisface calitativ și cantitativ nevoia socială căreia se adresează.

În acest context, performanța organizației numai trebuie privită în mod simplist, sub forma rezultatelor financiar-contabile, ea trebuie să vizeze atât aspectele financiare cât și non-financiare ale activității.

Domeniul sectorului de sănătate este un domeniu special, la nivelul Europei existând două mari modele - Beveridge și Bismarck, dar care nu se aplică în mod uniform.

Sistemul românesc se diferențiază de alte sisteme prin înregistrarea unor indicatori de bază ai stării de sănătate (speranța de viață la naștere, mortalitatea infantilă, mortalitatea generală pe cauze de deces evitabile, grad de morbiditate, ani de viață în stare de sănătate), nivelul scăzut de informare privind factorii de risc și de protecție pentru sistemul de îngrijiri de sănătate precum și pachetul de servicii de baza, ceea ce impune cercetarea performanței prin intermediul indicatorilor specifici managementului.

Analizând conținutul indicatorilor de performanță ai managementului spitalului românesc, remarcăm că pe lângă avantajele prezintă și o serie de deficiențe: pe de o parte, nu se face o delimitare între calitatea actului medical în sine și modul în care este gestionată resursa materială specifică, pe de altă parte, nu acoperă întreaga arie care conturează performanța actului medical.

În general indicatorii de performanță ai managementului în spital vizează eficiența tehnică, dar ea trebuie realizată cu costuri minime deoarece implică folosirea unor resurse umane și materiale limitate (medici, asistente, medicamente, echipamente).

Deși în sistemul de sănătate regăsim o terminologie aparte a costurilor, specifică fiecărei structuri organizatorice, nota comună este dată de utilitatea informației de tip cost care poate fi analizată în corelație cu decizia de finanțare a serviciilor medicale. Cercetarea efectuată în această direcție ne-a permis să dăm răspuns la întrebarea : cât de independent este managementul unei entități care acivează în sistemul de sănătate ?

Supunând atenției cele trei aspecte implicate de sistemul de finanțare în sănătate, și anume: colectarea surselor pentru plata serviciilor de sănătate, alocarea surselor prestatorilor de servicii, remunerarea factorilor de producție consumați de aceștia, remarcăm faptul că, între informația de tip cost și decizia de finanțare relația este invers proporțională, iar modul de stabilire a costurilor joacă rolul de tarif, lăsând loc asimetriei informației.

Ca în orice domeniu de activitate, și în domeniul sistemului de sănătate, este necesară cunoașterea traiectoriei de urmat, demers care presupune elaborarea unui buget de venituri și cheltuieli și realizarea ulterioară a controlului bugetar.

Pe lângă faptul că ne aflăm în fața a două tipuri de bugete, respectiv bugetul cabinetului medical și bugetul spitalelor publice, supunând atenției practica bugetară în corelație cu sursele de finanțare a activității desfășurate în sistemul de sănătate, remarcăm o răsturnare de principii, și anume, nu cheltuielile sunt cele care generează beneficiile viitoare ci, dimpotrivă, veniturile previzibile admit un anumit nivel al cheltuielilor ceea ce pune sub semnul întrebării rolul bugetului de evaluare a performanțelor în sistemul de sănătate.

În încercarea de a răspunde obiectivului parțial teoretic „reliefarea imaginii actuale a calculației și managementului costurilor în sistemul de sănătate”, remarcăm faptul că sunt mai mult vizibile procedeele de calcul al costurilor și mai puțin metodele de calculație, dar care, chiar și în mod teoretic, pot fi aduse în discuție.

Concluzia la care ajungem este aceea că, fie că vorbim de procedee, fie că vorbim de metode de calculație, ca și în cazul bugetării, practica diferă în funcție de complexitatea actului medical, de la cele mai simple specifice cabinetelor medicale și serviciilor clinice/paraclinice și de medicină dentară, până la cele mai complexe așa cum este cazul spitalelor.

Aspru criticată, metoda ABC urmează curba lui Gauss și începe să-și piardă interesul, în special la nivelul literaturii de specialitate, lăsând locul unei metode mai simple cunoscută sub numele de TDABC.

În găsirea unui răspuns de ce nu este eficientă aplicarea metodei ABC și realizarea unei noi perspective a calculației costurilor în sistemul de sănătate spitalicesc, am supus atenției printr-un studiu teoretic comparativ, metoda ABC și metoda TDABC desprinzând o serie de avantaje ale acesteia din urmă.

Deși o metodă mai simplă, complexitatea operațiunilor se regăsește în cadrul ecuațiilor de timp necesare pentru determinarea resurselor consumate de fiecare activitate. Folosind aceste ecuații, este ușor de actualizat modelul prin adăugarea unei activități suplimentare. Această simplificare ar permite multiplicarea activităților care urmează a fi tratate fără a prezenta dificultăți de distribuire a resurselor. De fapt, ceea ce avem aici este în mod clar o „metodă autonomă de echivalență” care folosește timpul de lucru ca o unitate de echivalență.

B. Contribuții științifice

Prin cercetarea efectuată am încercat să ne aducem contribuția la cercetarea în domeniu, comentând și completând anumite concepte, completarea literaturii de specialitate cu idei noi, prin relevarea unui anumit specific în domeniul calculației costurilor din domeniul sănătății, prin demonstrarea posibilității de implementare a unor metode moderne bazate pe relația dintre spațiu și timp.

Urmărind conținutul capitolelor care este subordonat obiectivelor axelor de cercetare, în mod succint putem aduce în discuție următoarele contribuții științifice.

1. Conturarea cadrului conceptual al managementului performanței poate fi completată cu relevarea unei viziuni noi conform căreia performanța este guvernată de o serie de legi cu caracter constant în ciuda schimbărilor permanente, a căror respectare asigură acordarea demersurilor strategice la cerințele dinamice ale mediului de afaceri și care, pe scurt, se referă la:

- legea intuiției perpetue – lege care trebuie să guverneze spațiul decizional al unei entități și care este conformă cu procesul de atingere al performanței care este unul continuu;
- legea conștientizării – lege care stă la baza analizelor pertinente privind cumulul de factori ce exprimă potențialul entității;
- legea scalării care derivă din sintagma „structura urmează strategia” și conform căreia re-proiectarea continuă a structurii organizatorice este un răspuns al organizației la schimbările din mediul său extern;

- legea contribuției conform căreia un personal angajat, implicat în „procesele” de atingere a rezultatelor, este un personal conectat și, în consecință, responsabilizat. Pentru aceasta, este necesară asigurarea unei rețele informaționale interne, atât pe orizontală, cât și pe verticală, integrarea responsabilităților managementului și capitalului uman, demersuri care vor duce la o responsabilizare și răspundere unitară, comună;
- legea oglinzii – lege care trebuie privită prin prisma dualității ei în sfera percepției utilității informaționale. Legea oglinzii acționează, pe de o parte, prin prisma mediului în care organizația își desfășoară activitatea, respectiv prin modul în care este perceput nivelul de performanță atins de organizație, pe de altă parte, legea oglinzii acționează ca un feedback al rezultatelor care are rolul de a determina reconsiderarea strategiilor de dezvoltare ale organizației prin prisma adecvării acesteia la nevoia menținerii în echilibru a performanței induse cu cea rezonantă.

Având în vedere cele cinci legi ale performanței, opinia noastră este aceea că duetul manageri-management reprezintă piatra de rezistență a oricărui demers complex care urmărește obținerea de performanțe manageriale și, în final, performanțe economice.

2. Pentru validarea mai corectă a activității desfășurate în sistemul sanitar, comparativ cu actuala metodologie practică, am propus analiza multicriterială a performanței în cadrul sistemului spitalicesc.

Într-o primă etapă, am încercat să validăm clasificarea spitalelor pe o scară de la 0 la 11 a indicatorilor din cadrul celor patru grupe de indicatori (de management ai resurselor umane, de utilizare a serviciilor, economico-financiare și de calitate), față de clasificarea efectuată de Ministerul Sănătății, pe baza aceluiași indicatori dar pe o scară de la 0 la 6. Rezultatele obținute ne ajută să apreciem că măsurile întreprinse într-o perioadă relativ recentă, de clasificare a spitalelor pe criterii de competență s-a soldat, fără o fundamentare riguroasă, cu închiderea unor unități sanitare.

În cea de a doua etapă, urmărind corelațiile între scorurile de eficiență economică și cele de competență tehnică, pentru toate spitalele supuse analizei, observăm că nu există o corelație Kendall între aceste valori ceea ce ne sugerează faptul că performanța managementului spitalicesc este o amăgire deoarece subordonarea diferită și multiplă a unităților din sistemul sanitar vis-à-vis de modalitatea de evaluare separată a competențelor și capacităților de gestionare face practic imposibilă posibilitatea de a genera soluții de management.

O simplă vizualizare a corelațiilor Kendall confirmă afirmația de mai sus prin intermediul corelațiilor negative semnificative care ne sugerează următoarele aspecte:

- o creștere a cheltuielilor de personal nu înseamnă și o creștere a ponderii medicilor, personalului medical sau personalului cu studii superioare în total personal care să contribuie la creșterea numărului mediu de consultații pe medic/ambulatoriu;
- o creștere a duratei medii de spitalizare și a ratei de utilizare a paturilor nu presupune o scădere a cheltuielilor de personal, a cheltuielilor cu medicamentele și a costului mediu/zi de spitalizare;
- creșterea numărului mediu de consultații pe medic/ambulatoriu și a duratei medii de spitalizare nu presupune o scădere a costului mediu/zi de spitalizare;
- creșterea numărului de intervenții chirurgicale nu contribuie la scăderea costului mediu/zi de spitalizare.

3. În încercarea de a răspunde la întrebarea dacă, informațiile cu privire la costuri, așa cum sunt obținute în prezent, ajută la realizarea unui management performant al unităților sanitare ? am realizat două modele de calcul al costurilor, unul la nivelul unui cabinet medical dentar, altul la nivelul unui spital, din care am desprins o serie de puncte de vedere personale și limitele

informației de tip cost în asigurarea unui management performant pe care le-am sintetizat în felul următor:

- deși, ca în orice domeniu și în sistemul de sănătate se urmărește ideea de rezultat, puterea analizei cost-beneficiu este parțială deoarece, în domeniul sănătății, este dificil, dacă nu chiar imposibil și de nedorit să măsoare sănătatea în termeni de bani sub formă de beneficii pentru cei care trebuie să contribuie la prevenirea și combaterea îmbolnăvirilor;
- deși a fost implementat sistemul DRG preluat de la australieni și adaptat în mare măsură la specificul țării noastre, observăm că elementul la care se raportează nivelul plăților este reprezentat de venit și nu de riscul asigurat ceea ce contribuie la diluarea rolului costului mediu pe pacient în analiza internă cu privire la performanța activității;
- introducerea SIUI în sistemul asigurărilor sociale conduce la un circuit închis al informației, numai în cadrul sistemului și lipsită de transparență în relațiile cu publicul;
- deși performanța tehnică este legată de calitatea serviciilor medicale, până în prezent nu s-a pus problema cât costă non-calitatea. Dacă s-ar fi determinat un astfel de cost am fi văzut că non-calitatea costă mai mult decât calitatea serviciilor medicale.

Toate acestea ne întăresc convingerea că, în sistemul de sănătate, numai printr-o apropiere între timp și spațiu se pot obține rezultate relevante pentru realizarea unei performanțe superioare în condițiile date ale actualului sistem de sănătate, în opinia noastră se conturează ideea că aplicarea metodei Time-Driven Activity-Based Costing este soluția cea mai potrivită.

4. Pentru validarea metodei TDABC în calitate de instrument cu o abordare mai corectă a managementului performanței, am realizat un studiu de caz efectuat în cadrul Centrului medical CAM MED din județul Vâlcea, o demonstrație prin care am încercat să explicăm relevanța și impactul managerial al sistemului TDABC în sistemul de sănătate din domeniul clinicii ambulatorii.

Supunând atenției esența metodei TDABC, în opinia noastră s-au conturat trei secvențe : analiza evenimentelor necesare desfășurării activității și stabilirea ecuațiilor de timp; determinarea costului pe minut; determinarea costului pe pacient și a căror prezentare a fost efectuată, atât teoretic, cât și practic în cadrul unui studiu de caz.

În demersul științific inițiat la nivelul celor cinci cabinete medicale cu specializări diferite (oftalmologie, endocrinologie, cardiologie, ORL și medicină internă), constatăm că, mărimea costului standard al consultațiilor arată influența specificului fiecărei specializări, diferențele implicate de utilizarea mai mult sau mai puțin intensă a aparaturii medicale și diferențele privind costul pe unitatea de timp. Suplețea metodei constă în faptul că, costul standard al consultației care are în vedere pachetul minim de bază impus de CNASS poate fi majorat în cazul în care se adaugă unele activități suplimentare.

În opinia noastră, sistemul TDABC corespunde sistemului de sănătate deoarece acesta include, pe lângă avantajele sistemului tradițional ABC, unele caracteristici suplimentare, permite o adaptabilitate rapidă și o modelare a complexității operațiunilor specifice domeniului.

Cum nimic nu este perfect, metoda TDABC nu este lipsită de critici și atenționări legate de o serie de probleme care nu își găsesc încă răspuns și care se referă la stabilirea costurilor de referință care trebuie luate în considerare (cele standard sau cele reale), la fixarea capacității de activitate la determinarea costului subactivității, la asigurarea omogenității consumului de resurse precum și la înlăturarea dificultăților privind măsurarea timpilor.

Cu toate imperfecțiunile constatate în legătură cu metoda TDABC, considerăm că aceasta este o alternativă a metodei ABC care contribuie la reducerea complexității operațiunilor prin intermediul ecuațiilor de timp și care permite luarea în considerare de o manieră simplistă a impactului fenomenelor complexe asupra costurilor.

8. Cuprinsul tezei de doctorat

	Listă abrevieri	7
	Listă tabele	9
	Listă figuri	11
	INTRODUCERE	13
Cap.I	MANAGEMENTUL PERFORMANȚEI SAU PERFORMANȚA MANAGEMENTULUI – O PROVOCARE PENTRU ORICE LIDER	19
	1.1. Istoricul gândirii manageriale	19
	1.2. Ce este și ce nu este managementul performanței	24
	1.2.1. Conceptul de performanță – delimitări și fundamentări teoretice	24
	1.2.2. Cadrul conceptual al managementului performanței și semnificația acestuia	28
	1.2.3. Legile supreme ale performanței	31
	1.3. Modele de management al performanței	36
	1.3.1. Tabloul de bord	37
	1.3.2. Modelul “Balanced Scorecard” - BSC	40
	1.3.3. Modelul “Prisma performanței”	45
	1.3.4. Modelul Benchmarking - BMK	47
	1.3.5. Modelul Skandia Navigator	51
	1.3.6. Alte modele de management al performanței	53
	1.5. Concluzii preliminare	56
Cap II	DIFICULTĂȚI ȘI PROVOCĂRI ÎN EVALUAREA PERFORMANȚELOR SISTEMULUI DE SĂNĂTATE	59
	2.1. Sănătatea – o problemă vitală pentru Europa	59
	2.2. Sistemul de sănătate românesc, unde suntem și încotro ne îndreptăm ?	64
	2.3. Performanța sistemului de sănătate românesc în context internațional	74
	2.3.1. Cadrul general privind performanța sistemelor de sănătate și indicatorii care o definesc	74
	2.3.2. Indicatorii de performanță ai managementului spitalicesc	81
	2.4. Studiu empiric privind analiza multi-criterială a performanței în cadrul sistemului spitalicesc	88
	2.4.1. Analiza corelației calității actului medical cu calitatea gestiunii economico-financiare cu ajutorul scorurilor	88
	2.4.2. Analiza corelației calității actului medical cu calitatea gestiunii economico-financiare cu ajutorul coeficienților de corelație bazați pe date neparametrice	93
	2.5. Concluzii preliminare	100

Cap.III	INFORMAȚIA DE TIP COST – INSTRUMENT AL MANAGEMENTULUI PERFORMANȚEI ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE	104
	3.1. Costul – element cheie al performanței activității din sistemul de sănătate	104
	3.1.1. O privire de ansamblu privind conceptul de sănătate	104
	3.1.2. Arhitectura costurilor în sistemul de sănătate	110
	3.1.3. Informația de tip cost și luarea deciziilor de finanțare a serviciilor de sănătate	114
	3.2. Bugetul – instrument perfect al evaluării performanței sistemului de sănătate ?	120
	3.2.1. Aspecte teoretico-metodologice privind bugetul și practica bugetară	120
	3.2.2. Controlul bugetar – mijloc de eficientizare a managementului performanței	125
	3.3. Calculația și managementul costurilor în sistemul de sănătate	128
	3.3.1. De la managementul tradițional la managementul strategic al costurilor	128
	3.3.2. Specificul calculației costurilor în sistemul sanitar românesc	132
	3.4. Limitele informației de tip cost în asigurarea unui management performant și direcții de perfecționare care se desprind	144
	3.5. Concluzii preliminare	148
Cap.IV	GENEZĂ, EVOLUȚII ȘI IMPLICAȚII ALE CONCEPȚIEI DE CALCULAȚIE TD ABC ASUPRA MANAGEMENTULUI PERFORMANȚEI DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE	151
	4.1. O scurtă incursiune în evoluția modelelor de calculație a costurilor bazate pe activități	151
	4.2. Modelul ABC – un model complex pentru o relevanță discutabilă	156
	4.2.1. Contextul apariției și dezvoltării metodei ABC	156
	4.2.2. Fundamentele teoretice ale metodei ABC	158
	4.2.3. Interese și obstacole în aplicarea metodei ABC	161
	4.3 Metoda Time-Driven Activity-Based Costing – o metodă mai suplă și cu o abordare mai corectă	165
	4.3.1. De la metoda ABC la metoda Time-Driven Activity-Based Costing	165
	4.3.2. Fundamentele teoretice ale metodei TDABC	166
	4.4. Studiu de caz privind aplicarea metodei TDABC pe exemplul Centrului medical CAM MED din jud.Vâlcea	172
	4.4.1. Metodologia cercetării privind identificarea activităților în cadrul Centrului medical și colectarea datelor	172
	4.4.2. Construirea modelului Time-Driven Activity-Based Costing	174
	4.4.2.1. Analiza evenimentelor necesare desfășurării activității și stabilirea ecuațiilor de timp	174
	4.4.2.2. Determinarea costului pe minut	177
	4.4.2.3. Determinarea costului pe pacient	180
	4.4.3. Beneficiile metodei TDABC și implicațiile acesteia asupra managementului performanței sistemului de	183

	sănătate	
	4.5. Metoda TDABC – o metodă perfectă sau mai sunt pași de parcurs ?	186
	4.6. Concluzii preliminare	191
Cap.V	CONCLUZII, CONTRIBUȚII PROPRII ȘI ÎNTREBĂRI	195
	Anexe	204
	Bibliografie	208
	Diseminarea rezultatelor	220
	Lista lucrărilor	221

9. Bibliografie

1. Akesson, J., Siverbo, S. - (2009) - *Forskare varnar för överdos av styrning*, <http://cio.idg.se/2.1782/1.236392/forskare-varnar-for-overdos-av-styrning>
2. Alazard, C., Sépari, S. - (2001) - *Contrôle de gestion*, ediția a 4-a
3. Albu, N., Albu, C. - (2003) - *Instrumente de management al performanței*, Volumul II, Editura Economică, București
4. Alcouffe, S., Malleret, V. - (2009) - *Les fondaments conceptuels de l'ABC à la française*, ADDICT Consulting, 16 Février 2009, http://www.addictconsulting.com/index.php?option=com_content&view=article&id=9%3Afondements-conceptuels-de-labc-a-la-francaise&Itemid=7
5. Allain É., Gervais M. - (2008) - *La fiabilité du temps de travail dans les activités de services : un test sur un centre d'appels téléphoniques d'une société d'assurances*, Comptabilité Contrôle Audit, tome 14, vol. 1, juin
6. Alsamawi, F. - (2010) - *Activity Based Performance Management – state-of-the-art and not time driven*, http://pure.au.dk/portal/files/13868/ABPM_Feras_Alsamawi.pdf
7. Anghel, O. - (2006) - *Contabilitate de gestiune*, Editura Fundației Universitare „Dunărea de Jos”, Galați
8. Anton, S.G. - (2013) - *Soluții de finanțare durabilă a sistemului de sănătate din România*, Journal of Social Economy, vol.III, nr.2
9. Armstrong, M. - (2007) - *Cum să fii un manager și mai bun*, Ediția a VI-a, Editura Meteor Press, București
10. Armstrong, M., Baron, A. - (2004) - *Managing performance: performance management in action*. London, CIPD
11. Atkinson, A. A., Banker, R. D., Kaplan, R. S., Young, M. - (2001) - *Management Accounting* 3rd edition. Upper Saddle River: NJ: Prentice Hall

12. Avasilicăi, S., Sava, A.M. - (2013) - *Managementul performanței*, carte electronică, <http://ro.scribd.com/doc/122744366/Managementul-performantei>
13. Banca Mondială - (2012) - *Analiza funcțională a sectorului sănătate în România*, Proiect cofinanțat din Fondul Social European, prin Programul Operațional Dezvoltarea Capacității Administrative în per.15 septembrie 2011 – 14 mai 2012
14. Banović, D - (2005) - *Evolution and critical evaluation of current budgeting practices*, University of Ljubljana
15. Barbu, E., Farcane, N., Popa, A - (2010) - *Looking for an accounting identity. The case of Romania during the 20th Century* Cahier de recherche, no. 2010-03 E2, Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées à la Gestion, p. 2-23.
16. Baubeau, D., Pereira, C. - (2004) - *Mesure de la performance dans le domaine de la santé*, 10ième Colloque de Comptabilité Nationale, Paris, France
17. Beltran-Vidal, D. - (2007) - *Les difficultés de traduction des mots de la santé dans l'espace européen*, Ed.Hermes
18. Bendaoud, H.B. - (2013) - *La comptabilité par activité (méthode ABC)*, <http://www.creg.ac-versailles.fr/spip.php?article700>, postat de autor pe 22 decembrie 2013
19. Berland, N. - (2009) - *Mesurer et piloter la performance*, Crefige, Université Paris Dauphine
20. Berteanu, D. - (2011) - *Evaluarea performanței, o pierdere de timp*, CARIERE - Jurnal de Leadership, 2011, <http://www.cariereonline.ro/articol/evaluarea-performantei-o-pierdere-de-timp>
21. Byford, S., McDaid, D., Sefton, T. (2003) - *Because it's worth it. A practical guide to conducting economic evaluation in the social welfare field*, Contemporary research issues. Joseph Rowntree Foundation, York, UK, 2003
22. Björnberg, A. - (2013) - *Euro Health Consumer Index, 2013 Report*, Health Consumer Powerhouse (HCP)
23. Bontaș, D. - (2008) *Model nou de proces decizional* <http://www.ugb.ro/cd/DBontas/Model%20%20nou%20de%20proces%20%20decizional.pdf>
24. Bouquin, H. - (1995) - *Rimailho revisité*, Comptabilité-Contrôle-Audit, Vol.1, No.2,
25. Bouquin, H. - (2001) - *Contrôle de gestion*, PUF
26. Bouquin, H. - (2006) - *Comptabilité de gestion*, 4^e édition, Coll. Gestion, Economica
27. Bouquin, H. (2007) *Le contrôle de gestion en milieu ou en situation spécifique*, <http://www.crefige.dauphine.fr/pedagogie/poly/ue302.pdf>, accesat aprilie 2014

28. Bourguignon, A. - (1997) - *Sous les pavés la plage...ou les multiples fonctions du vocabulaire comptable: l' exemple de la performance*, Revista Comptabilité, contrôle, audit, martie 1997
29. Bran, P. - (1995) - *Economica valorii*, Editura Economică, București
30. Briciu, S., Căpușneanu, S. - (2011) *Aspecte ale normalizării contabilității manageriale din România la nivel microeconomic. În: Economie teoretică și aplicată*, vol. XVIII, nr. 3(556)
31. Brilman, J. - (1998) - *Les meilleures pratiques de management au coeur de la performance*, Les Editions d'Organisation
32. Brudan, A. - (2010) - *Rediscovering performance management: systems, learning and integration*, Measuring Business Excellence, Vol. 14, No. 1/ 2010
33. Bruggeman W., Everaert P. - (2007) - *Time-Driven Activity-Based Costing : Exploring the Underlying Model* , Cost Management, vol. 21, n° 2, March-April
34. Budugan, D. și colab. - (2007) - *Contabilitate De Gestiune*, București: Editura CECCAR
35. Camp, R. - (1998) - *Le benchmarking*, Les Editions d'Organisation
36. Caraiani, C., Lungu, C.I. - (2008) *Costurile:concepte, structuri. Costul în procesul decizional*, ASE București,
http://www.ase.ro/upcpr/profesori/231/suport_costuril_stud.pdf
37. Cardinaels E., Labro E. - (2008) - *On the Determinants of Measurement. Error in Time-Driven Costing* , Accounting Review, vol. 83, n° 3
38. Călin, O., Cîrstea, Gh. - (2002) - *Contabilitate de gestiune și calculația costurilor*, Editura Genicod, București
39. Căpușneanu, S., - (2010) - *Convergența principiilor ABC și ABM –garanția unui management performant*, *Economie teoretică și practică*, Volumul XVII, Universitatea ARTIFEX, București
40. Cohen, E. - (1995) - *Analyse financière, 2- eme edition* , Les Edition d'Organisation, Paris
41. Demeere, N., Stouthuysen, K., Roodhooft, F. - (2009) - *Time-driven activity-based costing in outpatient clinic environment : Development, relevance and managerial impact*, Health Policy, doi:10.1016/j.healthpol.2009.05.003, Journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol
42. Diaconu, P., et al. - (2003) - *Contabilitate Managerială Aprofundată*, București: Editura Economică
43. Diaconeasa, A.A., Manea, N., Oprea, S. - (2010) - *Modelling Costs Using Time Driven ABC Method in Logistic Activities*, Supply Chain Management Journal, Issue 1
44. Doreen, A. - (2013) - *Healthcare in Romania – The healthcare system*

- and statistics*, publicat pe 15.03.2013,
<http://dankezone.ro/healthcare-in-romania/>
45. Druker, P. - (2008 posthumous) - *The Five Most Important Questions*, San Francisco: Jossey-Bass
 46. Drury, C. - (2006) – *Cost and management accounting*, 6th Edition, Thomson Learning
 47. Dumitru, M., , Calu, D.A. - (2008) - *Contabilitatea de gestiune și calculația costurilor*, Editura Contaplus, Ploiești
 48. Eșanu, N. - (2012) - *Contabilitate de gestiune*, (suport de curs), Universitatea Lucian Blaga, Sibiu
 49. Everaert P, BruggemanW, De Creus G. - (2008) - *Sanac Inc. : from ABC to timedriven ABC (TDABC)—an instructional case*. Journal of Accounting Education
 50. Everaert P, BruggemanW, Sarens G, Anderson S, Levant Y - (2008) - *Cost modeling in logistics using time-driven ABC. Experiences froma wholesaler*. International Journal of Physical Distribution & Logistics Management
 51. Fărcaș, D.M. - (2014) - *Calculația și managemntul costurilor*, <http://ro.scribd.com/doc/211861103/15-Calculatiasimanagermentulcosturilor-D4>, accesat martie 2014
 52. Fernandez, A. - (2013) - *Les nouveaux tableaux de bord des managers*, Ed. d'Organisation
 53. Gervais, M., Levant, Y., Ducrocq, Ch. - (2010) - *Le Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC) : un premier bilan à travers une étude de cas longitudinale*, Finance Contrôle Stratégie – vol. 13, n°1
 54. Gheorghe, C. - (2014) - *Utilizarea informației contabile în evaluarea și raportarea performanțelor activităților de arhitectură, urbanism și proiectare*, Teză de doctorat, Universitatea din Craiova
 55. Gosselin, M. - (2007) - *A Review of Activity-Based Costing: Technique, Implementation, and Consequences*. Handbook of Management Accounting Research
 56. Grignon, M. - (2004) - *Les comparaisons internationales des système de santé: apports et difficultés des classements de performances*, Chronique Internationale de l'IRES, n° 91, novembre 2004
 57. Grosu, C., Almășan, A. - (2008) - *Balanced scorecard: a tool for performance monitoring and improvement*, Journal of Economics, vol.1, issue 4, Editura Universității de Vest
 58. Gruiescu, M., - (2006) - *Tabloul de bord – instrument al managementului întreprinderii*, <http://steconomice.uoradea.ro/anale/volume/2006/statistica-si-informatica-economica/27.pdf>
 59. Guigner, S. - (2008) – *La santé: un enjeu vital pour l'Europe*, Revue Notre Europe, Studii și cercetări, decembrie 2008

60. Hanid, M. and all. (2013) - *Traditional Cost Management vs. Lean Cost Management*, School of the Built Environment, University of Salford, postat pe www.academia.edu
61. Hansen, S.C., Otley, D., Van der Stede (2003) - *Practice Developments in Budgeting: An Overview and Research Perspective*, Journal of Management Accounting research Vol. 15
62. Have, S., Have, W. - (2003) - *Key Management Models - The management tools that will improve your business*, Prentice Hall, Pearson education, Great Britain
63. Hilton, R., Maher, M., Selton, F. - (2003) - *Cost Management – Strategies for Business Decisions*, McGraw Hill Irwin
64. Hilton, R. (2005) - *Managerial Accounting. Creating Value in a Dynamic Business Environment*, 6th edition, Boston: Mc Graw Hill.
65. Hofstede, G.H. - (2001) - *The game of Budget Control*, Tavistock Press, London, 1968, carte retipărită de Taylor and Francis la aceeași editură, 2001
66. Hoozée S., Bruggeman W. - (2007) - *Towards Explaining Cost Estimation Errors in Time Equation-Based Costing*, Working Paper, Universiteit Gen
67. Horngren, Ch., Datar, S., Foster, G. - (2006) - *Contabilitatea costurilor – o abordare managerială*, Ed. ARC, Ediția a XI-a
68. Iacob, C. - (2005) - *Contabilitatea și controlul de gestiune dincolo de frontiere*, Annals of the University of Craiova Economic, Sciences series
69. Iacob, C., Giurcă, L., Domnișoru, S. (2006) - *Modeling of Cost Behavior by ABC/ABM Method*, The 10th World Congress of Accounting Educators & The 3rd Annual International Accounting Conference, Istanbul Turcia
70. Iacob, C., Ionescu, I., Goagă, D. - (2007) - *Contabilitate de gestiune conformă cu practica international*, Editura Universitaria, Craiova
71. Iacob, C., Drăcea, R.M. - (2007) - *La méthode ABC/ABM dans une nouvelle vues*, Revue Sciences de Gestion 1^{er} Congres Transatlantique de Comptabilite, Audit, Controle de Gestion, Gestion des Coûts et Mondialisation, Lyon, Franța
72. Iacob, C., Vârzar, A. - (2011) - *Impactul controlului de gestiune creative asupra performanțelor la nivelul IMM-lor și întreprinderilor liberale*, Editura Universitaria, Craiova
73. Iacob, C., Gheorghe, C., Drăcea, R.M. - (2014) - *Supreme Laws of Performance Management*, International Review of Management & Business Research, Volume 3, Issue 2, Part 1
74. Iacob, C., Constantin, C. - (2014) - *From ABC to Time Driven Activity Based Costing for outpatient clinics*, [Annals of University of Craiova - Economic Sciences Series](#), 2014, vol. 1, issue 42
75. Kaplan, R.S., - (1989) - *Advanced management accounting*, third

- Arkinson, A.A. edition, Prentice Hall International
76. Kaplan, R.S., Norton, D.P. - (1992) - *The Balanced Scorecard – measures that drive performance*, Harvard Business Review, vol.74, no.1, p.75-85, Boston
77. Kaplan, R.S., Anderson, S.R. - (2004) - *Time-Driven Activity Based Costing*, Harvard Business Review, Vol.82, No.11
78. Kaplan, R.S., Anderson, S.R. - (2007) - *Time-Driven Activity-Based Costing*, Harvard Business School Press, p.17-18, 2007. French translation : *TDABC; la méthode ABC pilotée par le temps*, Paris, Editions d'Organisation
79. Kaplan, R.S. - (2008) - *Conceptual foundations of the balanced scorecard*, Handbooks of Management Accounting Research, vol.3
80. Kelety, I.A.E.M - (2006) – *Towards a conceptual framework for strategic cost management. The concept, objectives, and instruments*, Chemnitz University of Technology, Disertation, http://www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/5228/data/Title_250706.pdf
81. La Villarmois O., Levant, Y. - (2007) - *Le Time-Driven ABC: la simplification de l'évaluation des coûts par le recours aux équivalents – un essai de positionnement*, Finance Contrôle Stratégie, no. 1
82. Lambro, M., Chirițoiu, B., Gregoire, J. - (2002) - *Sistemul românesc de asigurări sociale și aderarea la UE*, Studiul 10 A, Institutul European din România, București,
83. Lebas, M. - (1995) - *Oui, il faut définir la performanxe*, Revue française de comptabilité, august
84. Lepădatu, L. - (2008) - *Metode actuale de contabilitate de gestiune și calculație a costurilor - Metoda ABC*, Tribuna Economică, Nr. 15
85. Lepădatu, L. - (2011) – *Pacientul – model medical fezabil sau financiar empatic ?*, Revista Română de Bioetică, vol.9, nr.4, octombrie-decembrie
86. Levant, Y., Zimovitch, H. - (2014) - *Contemporary evolutions in costing methods: the example of the French equivalence methods*, <http://www.victoria.ac.nz/sacl/about/events/past-events2/past-conferences/6ahic/publicatio>, accesat iunie 2014
87. Libby, T., Lindsay, R.M. - (2003) - *Budgeting an unnecessary evil*, CMA Management Vol. 77, Issue 1
88. Lock, D. - (2001) - *Manual Gower de Management*, Editura Codecs, București
89. Lorino, P. - (1997) - *Le contrôle de gestion stratégique. La gestion par les activités*, Dunod, Paris
90. Luban, F. - (2004) - *Managementul cunoștințelor*, Economia – seria

- Management, 1-2
91. Malhotra, Y. - (2003) - *Measuring National Knowledge Assets of a Nation; Knowledge Systems for Development*. În Report of the Ad Hoc Expert Group Meeting on Knowledge Systems for Development, 4-5 September 2003, United Nations, New York
 92. Marcin, M. (2010) – *Rachunek kosztów dzilań sterowany czasem (Time-Driven ABC)*, <http://www.matulamarcin.pl/>
 93. Martin, K., Osterling, M. - (2013) - *Value Stream Mapping: How to Visualize Work and Align Leadership for Organizational Transformation*. New York, New York: McGraw Hill
 94. Maskel, B.H. - (2009) - *Making the Numbers Count: The Accountant as Change Agent on the World Class Team*, New York, Productivity Press
 95. Mecineanu, A., Soltan, V. - (2012) – *Eficiența spitalelor publice din Republica Moldova*, Centrul pentru Politici și Analize de Sănătate, Chișinău
 96. Mevellec, P. - (2005) - *Les systèmes de coûts; objectifs, paramètres de conception et analyse comparée*, Dunod OEC
 97. Mordelet, P. - (2006) - *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique
 98. Moșoiu, D. - (2010) – *Evaluarea costurilor serviciilor de îngrijiri paliative în România*, Hospice Casa Speranței
 99. Murgea, M.N. - (2013) - *Modalități de finanțare a sistemelor de sănătate*, http://advocacy.ro/sites/advocacy.ro/files/files/pagina-audiere/alte_documente/2013-04/01_28._modalitati_de_finantare_a_sistemelor_de_sanatate.pdf
 100. Neely, A., Adams, C., Crowe, P. - (2001) - *The performance prism in practice*, Measuring Business Excellence, Vol. 5, Nr. 2, MCB University Press
 101. Neely, A., Adams, C. - (2002) - *The Performance Prism: The Scorecard for Measuring and Managing Business Success*, Financial Times, Prentice-Hall, London
 102. Nicolescu, O., Verboncu, I. - (2008) - *Fundamentele managementului organizației*, Editura Universitară, București
 103. Niculescu, M. - (2001) - *Mesure de performances*, DESS FCG
 104. Niculescu, M., Lavalette, G. - (1999) - *Strategii de creștere*, Editura Economică, București
 105. OMS - (2005) - *Strengthened health systems save more lives: an insight into WHO's European health systems strategy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (<http://www.euro.who.int/financing>,)
 106. OMS - (2008) - *La Charte de Tallinn : des systèmes de santé pour la santé et la prospérité*. Copenhagen, Bureau

- régional de l’OMS pour l’Europe
<http://www.euro.who.int/document/e91439.pdf>
107. Opincaru, C., Gălățescu, E.M., Imbri, E. I. - (2004) - *Managementul calității serviciilor în unitățile sanitare*, Editura C.N.I. Coresi, București
108. Păunescu, M. - (2008) - *Management public în România*, Editura Polirom, Iași
109. PNDI-II ECODENT - (2008) - *Proiect de cercetare și dezvoltare de sisteme de management bazat pe cunoaștere : aplicație în medicina dentară*, Parteneri ASE București, Universitatea “Ovidius Constanța”, Societatea Română de Egonomie Dentară, SC Sensident SRL, www.ecodent2008.ro/
110. Reynaud, E. - (2003) - *Développement durable et entreprise: vers une relation symbiotique*, Journée AIMS, Atelier développement durable ESSCA Angers
111. Safta, V., Brumărel, M., Ciobanu, N., Adauji, S. - (2012) - *Management și legislație farmaceutică*, Carte electronică, Chișinău: S.n., 2012, <http://library.usmf.md/old/ebooks.php?key=b188>
112. Scurtu, V., Russu, C., Popescu, I. - (2006) - *Benchmarking. Teorie și aplicații*, Editura Economică, București
113. Schnackenberg, K. - (2011) - *Overview of Healthcare Systems*, AER Committee 2, Social Politics and Public Health
114. Sîrghi, S. - (2014) - *Modele ale managementului performanței (2) – Partener*, Revista Federației Patronale Petrol și Gaze, [https://www.google.com/search?q=Modele+ale+managementului+performanței+\(2\)&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&q=Model](https://www.google.com/search?q=Modele+ale+managementului+performanței+(2)&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&q=Model)
115. SNSPMS - (2006) - *Managementul spitalului*, Editura Public H Press
116. Stamatian, F., Ciorte, C., Sauciuc, D.G., Dehelean, C. - (2010) - *Managementul informației în spital – o provocare pentru spitalele din România*, Revista Transilvană de Științe Administrative, 1(25)/2010
117. Stanciu, M., Jawad, A.D. - (2013) - *Public health services in Romania in terms of european polices*, Journal of Community Positive Practices, XIII(1), Electronic
118. Stegăroiu, I., Ristea A. L. - (2009) - *Managementul distribuției serviciilor de sănătate. Strategii și politici de distribuție a serviciilor de sănătate*, Editura Bibliotheca, Târgoviște
119. Szychta, A. - (2010) - *Time-Driven Activity-Based Costing in Service Industries*, Review Social Sciences/Socialiniai Mosklai, Nr.1(67), Polonia
120. Șerban, P. - (2006) - *Buget de practică sau managementul cabinetului*, Conferința Asociației Medicilor de Familie, București
121. Șușca, P., și colab - (2012) - *Evaluarea performanțelor și costurilor în sistemul de sănătate prin metode multicriteriale*, Revista

- Clujul Medical, vol.85, nr.1
122. Talpeș, C.G. - (2010) - *Contabilitatea de gestiune: la limita dintre tradițional și modern*,
http://mastermrufeara.ucoz.com/s5/Talpes_Cristina.pdf
123. Tantau, A.D. - (2004) - *Fundamente ale schimbării organizaționale*, Editura ASE, București
124. Taylor, F.W. - (1911) - *The Principles of Scientific Management*, Ed. Harper and Brothers, UK
125. Van den Heuvel-Olăroiu, M. - (2014) - *Societatea civilă și reforma din sănătate*, <http://www.contributors.ro/editorial/>, publicat 28 martie 2014 [societatea-civila-si-reforma-din-sanatate/](http://www.contributors.ro/editorial/)
126. Verboncu, I., Zalman, M. - (2005) - *Management și performanțe*, Editura Universitară, București
127. Vlădescu, C. (coordonator) - (2004) - *Sănătate publică și management sanitar. Sisteme de sănătate*, CPSS, București
128. Walker, M.F.T. - *Management uses of cost information*, Air University Review, July-August, postat 4 mai 2004 pe <http://www.airpower.maxwell.af.mil/airchronicles/aurview/1971/jul-aug/walker.html>
129. Wehmeywe, K., Kipp, A., Riemer, K. - (2007) - *Managing the Process of Multi Channel Alignment – The Case of a Large Multinational Corporation*, 20-th Bled eConference eMergence : Merging and Emerging Technologies, Processes and Institutions, 4-6- june, Bled, Slovenia
130. Zelinschi, D. - (2009) - *Genèse et évolutions d'une innovation : la méthode ABC*,
<http://halshs.archivesouvertes.fr/docs/00/46/01/28/PDF/p134.pdf>
131. Zimmerman, J.L. (2003) - *Accounting for decision-making and control*, International edition. Fourth edition. McGraw-Hill Irwin. Boston

Rapoarte, comunicate de presă, proiecte și acte normative ale organismelor internaționale și naționale

1. Conseil de l'Union européenne - (2006) - *Communiqué de presse, 2733ème session du Conseil Emploi, politique sociale, santé et consommateurs*, Luxembourg, les 1er et 2 juin 2006
2. European Comission - (2009) - *Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27, Member States (2008-2060)*, EUROPEAN ECONOMY 2 | 2009
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf
3. European Commision - (2013) - *The EU in the world. A statistical portrait*. Eurostat
4. European - (2013) - *European social statistics*. Eurostat

**CREȘTEREA PERFORMANȚELOR MANAGERIALE PRIN IMPLEMENTAREA METODEI TIME-DRIVEN
ACTIVITY-BASED COSTING ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA**
ARGUMENTARE

- | | | |
|-----|--|--|
| 5. | Commission
Organizația
Mondială a
Sănătății | - (2000) - <i>Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant</i> , Genève, Suisse |
| 6. | Organizația
Mondială a
Sănătății | - (2005) – Proiectul PATH (Performance Assessment Tool for Quality improvement in Hospitals – sistem de evaluare a performanței),
http://www.pathqualityproject.eu/ |
| 7. | Organizația
Mondială a
Sănătății | - (2009) - <i>Rapport sur la santé en Europe. Santé et systèmes de santé.</i>
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/117463/E94076.pdf |
| 8. | World Health
Organization | - (2012) – <i>The European health report 2012. Charting the way to well-being</i> , WHO |
| 9. | World Health
Organization | - (2013) – <i>Core Health Indicators in the WHO European Region</i> , WHO |
| 10. | CSHGP | - (2005) - <i>Health Systems Strengthening</i> , Technical Reference Materials |
| 11. | Parlamentul
României | - Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, M.Of.nr.372/28 aprilie 2006, actualizată prin OUG nr.2/2014 – modificarea și completarea Legii nr.95/2006, M.Of. partea I, nr.104/11 februarie 2014 |
| 12. | Parlamentul
României | - <i>Legea spitalelor nr.270/28 iunie 2003</i> , M.Of.nr.438/20 iunie 2003 |
| 13. | Guvernul
României,
M.S., CNASS | - (2001) - <i>Relansarea reformei în domeniul sănătății. Strategii naționale în domeniul sănătății</i> , Snagov, 5 decembrie |
| 14. | Guvernul
României | - (2014) – HG nr.400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și Contractului cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015 |
| 15. | Ministerul
Sănătății | - (2007) - Ordinul nr.1567/2007 al Ministerului Sănătății, privind aprobarea valorilor medii naționale ale indicatorilor de performanță ai managementului spitalului |
| 16. | Ministerul
Sănătății | - (2007) - <i>Ordinul nr.1567/14.09.2007 privind aprobarea valorilor medii ale indicatorilor de performanță ai managementului spitalului.</i> |
| 17. | Ministerul
Sănătății | - (2008) – Ordinul nr. 1490/27.08.2008, M.Of. nr.628/29.08.2008 privind modalitatea de calcul a indicatorilor de performanță, M.Of. nr.628/29.08.2008 |
| 18. | Ministerul
Sănătății | - (2010) – <i>Ordinul nr.1384/04.11.2010 privind indicatorii de performanță a activității spitalului (anexa nr.2)</i> , M.Of.nr.764/16 noiembrie 2010 |
| 19. | Ministerul
Sănătății | (2010) - Ordinul nr.1043/2010 de aprobare a Normelor Metodologice pentru elaborarea bugetului de venituri și |

- cheltuieli al spitalului public, modificat și completat prin Ordinul nr.267/2014
20. Ministerul Sănătății - (2013) - Ordinul nr.423/2013 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Contractului Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pe anii 2013-2014
 21. Ministerul Sănătății - (2013) - Normele metodologice de aplicare a Contractului Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate
 22. Ministerul Sănătății - (2014) - Ordinul nr.286/28.03.2012 de modificare a Ordinului ministrului sănătății publice nr.112/2007 privind criteriile de performanță, publicat în M.Of.214/30.03.2014
 23. CNPV - (2012) - *Reforma sistemului public de sănătate*, <http://www.cnpv.ro/pdf/analize2012/Reforma%20sistemului%20public%20de%20sanatate.pdf>
 24. INS - (2011) - Anuarul statistic
 25. CLM Ploiești - (2013) - *Hotărârea nr.135 a Consiliului Local al Municipiului Ploiești privind aprobarea bugetului de venituri și cheltuieli a Spitalului Municipiului Ploiești pe anul 2013 și estimări pentru anii 2014-2016*

Pagini web:

1. http://www.learningnetwork.ro/articol/morcovul-sau-batul-de-ce-ce-nu-merge-schimbarea-cu-de-sila/1444#.U9Kx80p_vzM
2. http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0049_02_performanace_manage-ment/5500/index.scorml
3. http://www.12manage.com/methods_venkatraman_strategic_alignment_es.htm
4. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_sha_hf&lang=en
5. www.economist.com/topics/economist-intelligence-unit
6. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do?switchdimensions=true>
7. <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>
8. <http://www.agerpres.ro/social/2014/04/28/sanatate-ue-cauta-echilibrul-corect-intre-costuri-si-prestatii-sociale-21-40-18>
9. <http://cursdeguvernare.ro/sanatatea-2014-si-banii-ei-bugetul-scade-cheltuielile-cresc-subventiile-urca-la-07-din-pib.html>
10. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthcare_statistics, postat ianuarie 2014