

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE “CAROL DAVILA” din BUCUREȘTI
FACULTATEA DE MEDICINĂ

**ANALIZA POLITICILOR PUBLICE DIN SĂNĂTATE ȘI A
UTILIZĂRII SERVICIILOR PREVENTIVE**

TEZĂ DE DOCTORAT

- Rezumat -

Conducător științific:

Prof. Univ. Dr. Petru ARMEAN

Doctorand:

Daniela VLAD (GEORGESCU)

BUCUREȘTI

2016

Cuprins

Introducere	11
Cap. 1. Politicile publice actuale	13
1.1. Politici publice – aspecte generale	13
1.2. Metodologia elaborării și implementării politicilor publice	17
1.3. Reforma și dezvoltarea structurilor instituționale pentru politici publice	20
Cap. 2. Politicile publice și sistemul de sănătate	27
2.1. Politicile publice ca determinanți ai stării de sănătate a populației	27
2.2. Politicile publice și strategiile din domeniul sanitar în România	30
2.3. Aspecte conceptuale și metodologice ale analizei politicilor de sănătate	32
Partea specială	
Cap. 3. Analiza critică a procesului de elaborare și luare a deciziilor în politicile publice de sănătate din România	51
3.1. Scop și obiective	51
3.2. Material și metode de cercetare	53
3.3. Rezultate și discuții	57
3.4. Concluzii parțiale	66
Cap. 4. Evaluarea percepției publice asupra politicilor de sănătate din România	67
4.1. Scop și obiective	67
4.2. Material și metode de cercetare	69
4.3. Rezultate și discuții	79
4.4. Concluzii parțiale	168
Cap. 5. Concluzii și recomandări	170
Referințe bibliografice	176
Anexe	185

Introducere

Domeniul de cercetare a politicilor publice reprezintă un domeniu de graniță între mai multe științe fundamentale, precum știința politică, economia sociologică, psihologia socială. Știința politicilor publice este o disciplină relativ recentă, care a apărut inițial în America de Nord și mai apoi în Europa. Politicile publice cuprind măsuri care se răsfrâng asupra aspectelor care formează contextul social în care ne desfășurăm viețile. Nivelul de dezvoltare al unei societăți este strâns legat de angajamentul membrilor săi ca orice individ să beneficieze de un minim elementar de dezvoltare și de supraviețuire. Transpunerea în practică a acestor angajamente cu privire la bunăstarea membrilor societății se realizează prin intermediul politicilor publice. (1)

Organizația Mondială a Sănătății definește starea de sănătate ca o stare de bine fizic, psihic și social, nelimitând-o la lipsa bolii sau infirmității. (2). Starea de sănătate a populației este puternic influențată de multiple dimensiuni socio-economice, cum ar fi nivelul venitului, condițiile de locuit și utilitățile, situația pe piața muncii, calitatea serviciilor de sănătate și de educație etc.

Starea de sănătate poate fi abordată atât la nivel individual ca o componentă esențială a capitalului uman, conferind oamenilor capacitatea de a-și desfășura activitățile profesionale, domestice și recreative, să își atingă țelurile propuse și să-și urmeze aspirațiile. (3) La nivelul societății, starea de sănătate ridicată constituie elementul cheie al capitalului uman, contribuind la o bună dezvoltare a întregii regiuni studiate. (4) Politicile de sănătate contribuie la modificarea stării de sănătate, atât la nivel de individ, cât și la nivel societal.

Prin politicile publice, statul intervine în activitatea economică și socială a cetățenilor. El modifică realitatea identificată, într-o direcție dictată de necesitățile societății civile. Motivațiile acestei intervenții se pot grupa în două mari categorii:

- 1) în primul rând, prin politicile publice se intervine pentru a corecta acțiunea pieței libere deoarece piața are limitări, neîmpliniri, imperfecțiuni;
- 2) pe de altă parte, prin politicile publice sunt promovate valorile acceptate social, de exemplu valorile importante într-o societate democratică modernă (libertatea, egalitatea, dreptatea, etc.) (5)

Una dintre valorile individuale și sociale prin care se dorește a interveni politicile publice o reprezintă starea de sănătate. Politicile de sănătate pot interveni asupra acesteia prin determinanții stării de sănătate, acestea acționând la nivel de comportamente și atitudini ale populației, la nivelul dezvoltării serviciilor medicale de diverse niveluri, primare, secundare și terțiare.

La nivel european, prin dezvoltarea unui cadru european de politici de sănătate reunite sub umbrela strategiei „Sănătate 2020”, se dorește susținerea de acțiuni pentru creșterea stării de sănătate și bunăstării populației europene prin crearea unei agende de mare perspectivă și ambiție pentru ocrotirea sănătății. (6) Obiectivele majore ale celui de-al treilea program al Uniunii Europene în domeniul sănătății publice, pentru perioada 2014-2020, sunt:

- Promovarea sănătății, prevenirea bolilor și favorizarea dezvoltării unui mediu de viață propice pentru un stil de viață sănătos;
- Protejarea cetățenilor europeni împotriva amenințărilor transfrontaliere grave la adresa sănătății în condițiile actuale;
- Contribuția la dezvoltarea unor sisteme de sănătate în țările Uniunii Europene care să fie eficiente, inovatoare și sustenabile;
- Facilitarea accesului cetățenilor la asistența medicală mai sigură și de mai bună calitate. (6)

Cap. 1. Politicile publice actuale

1.1. Politicile de sănătate – aspecte generale

Politicile publice reprezintă un subiect de actualitate al realității administrației românești. "Politica publică reprezintă o cale de acțiune în acord cu un interes public, un proces public în care deciziile referitoare la alocarea resurselor asumate de societate (prin intermediul unui reprezentant ales) sunt orientate către realizarea unui scop general". (26)

1.2. Metodologia elaborării și implementării politicilor publice

Procesul de realizare a politicilor publice este foarte complex, iar cea mai simplă metodă de a-l face mai ușor de înțeles este acela de a împărți procesul în mai multe stadii sau etape distincte.

Unul dintre modelele cele mai utilizate la nivel european este cel propus de Howlett și Ramesh, conform căruia stadiile procesului politicilor publice sunt: stabilirea agendei, formularea politicilor, luarea deciziilor, implementarea politicilor, evaluarea politicilor. (28)

1.3. Reforma și dezvoltarea structurilor instituționale pentru politici publice

Reforma procesului de elaborarea a politicilor publice este însoțită de reforme structurale la nivelul administrației centrale și locale. Astfel, la începutul anilor 2000, apar noi structuri organizaționale ce vor avea roluri importante în acest domeniu.

Principalele autorități implicate în procesul de elaborare și adoptare a politicilor publice sunt:

- Secretariatul General al Guvernului prin Direcția de Politici Publice;
- Ministerele de resort prin Unitățile de politici publice de la nivelul ministerelor;
- Consiliile interministeriale permanente;
- Organizații nonguvernamentale, alte institute și centre de cercetare.

Cap. 2. Politicile publice și sistemul de sănătate

2.1. Politicile publice ca determinanți ai stării de sănătate

O stare bună de sănătate reprezintă o resursă importantă ce intervine în cadrul tuturor sectoarelor și a întregii societăți civile, beneficiul ei fiind de neprețuit. Sănătatea și bunăstarea intervin în dezvoltarea socială și economică, atât la nivel individual, cât și la nivel comunitar, fiind recunoscute ca factori cheie și ca o

prioritate majoră pentru toate statele lumii. O stare de sănătate precară, generează scăderea anilor potențiali de viață (PYLL), creșterea anilor de viață trăiți cu dizabilități sau handicap (DALY) și implicit pierderea resurselor în toate domeniile. Toți factorii care contribuie la dezvoltarea societății intervin și în starea de sănătate a populației respective, iar politicile publice ce țin cont de acest lucru sunt mult mai eficiente.

Determinanții stării de sănătate, conform modelului lui Dever, derivat de la modelul descris de către Lalonde, se clasifică în patru categorii:

- Factori biologici, cum ar fi caracteristicile demografice și determinismul genetic
- Factori ambientali, care țin de mediul fizic și social, de exemplu factori fizici, chimici, educaționali, socio-culturali;
- Factori comportamentali, obiceiuri și atitudini
- Servicii de sănătate, primare, secundare și terțiare. (44, 45, 46)

Determinanții stării de sănătate pot fi influențați prin promovarea sănătății și prevenției la nivel individual, la care se adaugă eforturile comunității. Factorii care influențează îngrijirile de sănătate pot fi modificați prin diagnostic precoce și screening, precum și prin implicarea pacientului sau a comunității. Factorii cei mai importanți care influențează negativ sănătatea rămân sărăcia, stilul de viață, șomajul, locuințele necorespunzătoare, nivelul precar de educație al populației, poluarea mediului. Abordarea lor la nivel național, cu intervenții adecvate la nivel comunitar, ar trebui să se bazeze pe programe și proiecte în care să fie utilizate resursele publice și private din comunitatea respectivă.

Politicile din domeniul sănătății au un caracter multisectorial, nu se limitează doar la serviciile de sănătate, ci se extind la toate politicile/ planurile/ strategiile/ programele altor sectoare care au impact asupra sănătății. Ele reprezintă unul din determinanții sănătății mai puțin vizibil și explorat în comparație cu determinanții clasici care însă condiționează eficacitatea și sustenabilitatea intervențiilor asupra tuturor celorlalți determinanți ai sănătății.

2.2. Politicile publice și strategiile din domeniul sanitar în România

Eforturile României privind reforma procesului de adoptare a politicilor publice se conturează în două direcții distincte de acțiune: reforma și dezvoltarea structurilor instituționale și îmbunătățirea cadrului legislativ și procedural. (56)

2.3. Aspecte conceptuale și metodologice ale analizei politicilor de sănătate

Analiza politicilor în domeniul sanitar urmează ciclul de elaborare și implementare a politicilor publice.

Ministerul Sănătății joacă un rol important în elaborarea politicilor publice de sănătate. Politicile elaborate și strategiile dezvoltate de MS se aliniază la Planul Național de Dezvoltare și la Strategia Națională de Sănătate Publică, precum și Programul de guvernare. Politicile publice de sănătate au ca principal rol îmbunătățirea stării de sănătate a populației, cu accesul tuturor cetățenilor României, independent de capacitatea de plată a acestora.

Ministerul Sănătății proiectează, coordonează și implementează programele naționale de sănătate, iar obiectivele lor sunt stabilite împreună cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, Colegiul Medicilor din

România, reprezentanți ai asociațiilor științifice profesionale din domeniul medical, cu reprezentanți ai clinicilor universitare, unităților de cercetare, sindicatelor, organizațiilor non-guvernamentale și cu reprezentanți ai beneficiarilor sistemului sanitar.

Evaluarea politicilor aplicate reprezintă etapa ce încheie ciclul politicii publice. Prin definiție, evaluarea transmite reacția de feedback generată de efectele respectivei politici publice, declanșând astfel un nou ciclu: evaluarea unei decizii politice influențează acțiunile actorilor politici și agenda acestora, inițiind un nou ciclu, ce se va finaliza cu o nouă decizie. Primul semn că evaluarea are loc este faptul că legislația este continuu modificată. De cele mai multe ori, ea se produce însă informal. Evaluarea politicii se poate face pe trei căi: evaluare administrativă, juridică și politică, ele diferă prin felul în care sunt conduse, prin actorii implicați și efectele lor.

Cap. 3. Analiza critică a procesului de elaborare și luare a deciziilor în politicile publice de sănătate din România

3.1. Scop și obiective

Scopul lucrării este acela **de a realiza o analiză a politicilor publice de sănătate și a utilizării serviciilor preventive din România**, în vederea formulării de direcții de intervenție pentru îmbunătățirea procesului elaborării și implementării politicilor de sănătate publică.

Obiectivele cercetării sunt:

1. Analiza procesului de elaborare a actelor normative privind politicile publice de sănătate din România
2. Analiza procesului de luare a deciziei privind politicile publice de sănătate din România
3. Analiza SWOT a politicilor publice de sănătate din România

3.2. Material și metode de cercetare

Metode de abordare a cercetării și tipuri de studii utilizate

Pentru realizarea demersului de cercetare, am utilizat în cadrul prezentei lucrări metode mixte de cercetare, utilizând modele care combină abordările de tip calitativ cu cele de tip cantitativ. În literatura de specialitate, această metodă poartă numele de triangulație metodologică. (103) Triangulația metodologică utilizează tehnici diferite de culegere a datelor: analiza documentelor relevante în domeniu (studii, legislație, politici și măsuri de promovare a sănătății), folosirea cercetării calitative (identificarea percepției decidenților și specialiștilor) și utilizarea datelor de tip cantitativ despre percepția populației culese în manieră transversală.

Etapa I. S-a început cu studiul documentar cu privire la politicile publice din domeniul sanitar din România. A fost realizată o analiză în manieră transversală a informațiilor publice de pe site-ul Ministerului Sănătății și din rapoartele acestuia cu privire la adoptarea actelor normative de competența Ministerului Sănătății pentru perioada 2011 – 2015, completate cu datele de pe site-ul Secretariatului General al Guvernului. În cadrul documentației au fost analizate informațiile publice din perioada 2011 – 2015 în

privința procesului de elaborare și implementare a actelor normative, precum și a procesului de luare a deciziei în privința politicilor de sănătate din România.

În urma studiului documentar realizat asupra politicilor publice din domeniul sanitar în România, a fost realizată o analiză a mediului intern și extern care influențează procesul de elaborare, adoptare și implementare a politicilor publice în domeniul sanitar.

Etapa II. După documentația realizată anterior, au fost realizate cercetarea calitativă și cercetarea cantitativă.

Instrumente utilizate în cercetare

Instrumentele utilizate în cercetare au inclus fișa de documentație, analiza SWOT, focus-grupul, interviul și chestionarul. Pentru prezentul studiu, s-a ales utilizarea a mai multe tipuri de instrumente de cercetare sociologică, fiecare corespunzând câte unui obiectiv urmărit în cadrul cercetării. Componenta diferită a populației de studiu, decidenți, profesioniști și beneficiari ai sistemului de sănătate, a impus utilizarea unor instrumente diferite.

3.3. Rezultate și discuții

Analiza procesului de elaborare a actelor normative privind politicile publice de sănătate din România

Analizând cadrul legislativ în vigoare privind implementarea principiilor democrației participative în România, am identificat și structurat următoarele pârgii de intervenție specifice dialogului civic:

- solicitarea de informații de interes public;
- monitorizarea procesului decizional public, în acord cu regulile transparenței decizionale;
- solicitarea proiectelor de acte normative;
- transmiterea în scris de propuneri, sugestii sau opinii la proiecte de acte normative;
- solicitarea organizării de dezbateri publice.

Am analizat informațiile de pe site-ul Ministerului Sănătății și rapoartele acestuia cu privire la evaluarea și implementarea legii și le-am coroborat cu datele de pe site-ul Secretariatului General al Guvernului care prin Direcția de politici publice face o consultare preliminară inter-instituțională a proiectelor de acte normative ce trebuie adoptate.

În cadrul procesului de elaborare a actelor normative din 2011 până în 2014 au fost adoptate un nr de 7063 de acte normative din care 554 au fost anunțate în mod public. Procentul de recomandări primite și incluse în aceste proiecte a crescut de la 56% în 2011 la 77 % în 2014.

Acest cadru legal permite societății civile să interacționeze cu inițiatorii de politici publice și acte normative, în scopul amendării acestora într-o formă acceptată și optimizată. Utilizarea cadrului legislativ de transparență de către toate părțile implicate a generat experiențe și progrese semnificative în înțelegerea, de către ambele părți, a avantajelor participării societății civile la actul de decizie publică.

Analiza procesului de luare a deciziei privind politicile publice de sănătate din România

Participarea la luarea deciziei este o caracteristică principală a oricărui sistem democratic iar societatea civilă românească trebuie să utilizeze toate modalitățile pe care le are la dispoziție pentru a asigura o abordare participativă a procesului de formulare a politicilor publice.

Au fost analizate etapele procesului legislativ din România și etapele procesului legislativ la nivel european și atragem atenția asupra faptului că organizațiile neguvernamentale trebuie să urmărească cu mare atenție regulamentele, directivele, deciziile, recomandările și avizele emise la nivel european, pentru a interveni atunci când este necesar.

În cadrul procesului de luare a deciziilor din 2011 până în 2014 au fost inițiate de către Ministerul Sănătății un număr de 26 dezbateri publice. Se observă de asemenea o dublare a numărului de persoane participante în 2014 față de 2011. În cadrul acestor dezbateri publice procentul de observații și recomandări incluse în decizii a crescut de la 57,6% în 2011 la aproape 70% în 2014. De la începutul anului 2015 Ministerul Sănătății a inițiat 14 proiecte de acte normative și a anunțat deja 11 dezbateri publice.

Analiza SWOT a politicilor publice de sănătate din România

Analiza politicilor publice de sănătate din România vizează evaluarea mediului intern, precum și a mediului extern, în vederea decelării punctelor slabe, punctelor tari, (tabel nr. 1) oportunităților și amenințărilor (tabel nr. 2) în elaborarea și implementarea politicilor publice din domeniul sanitar.

Tabel nr. 1. Analiza mediului intern

Puncte tari	Puncte slabe
Elaborarea politicilor publice de sănătate constituie una dintre prioritățile de guvernare	Transparența limitată a utilizării observațiilor exprimate în procesul transparenței decizionale
Accesibilitatea largă a informației în procesul de transparență decizională	Reguli administrative complexe în elaborarea de politici publice, birocratizare excesivă a elaborării și implementării politicilor publice
Abordarea reactivă și nu proactivă a problemelor din sănătate	Abordarea reactivă și nu proactivă a problemelor din sănătate
Existența reglementărilor cadru privind politicile publice	Timp îndelungat de adoptare și implementare a politicilor publice
Nivelul ridicat de experiență al specialiștilor tehnici implicați în elaborarea și implementarea politicilor publice de sănătate	Lipsa datelor necesare pentru o analiză corectă a situației, necesară pentru identificarea și ierarhizarea problemelor care necesită politici publice în domeniul sanitar

Accesul egal al populației (asigurați/neasigurați) la serviciile medicale care fac obiectul politicilor publice	Capacitate organizațională limitată de implementare a politicilor de sănătate (sistem informatic inadecvat, lipsa echipelor multidisciplinare)
Reglementarea monitorizării și evaluării politicilor publice în cazul PN	Cultura centrată pe profesioniștii din domeniul sanitar
Existența unui corp de experți pe problematica UE (ordin 1173/2010)	Acquis comunitar redus în domeniul sănătății
	Caracterul intersectorial al politicilor publice, cu necesitate colaborării între mai multe departamente (ex.vaccinarea condiționată de achiziția vaccinurilor)
	Resurse financiare limitate versus probleme numeroase
	Percepția diferită cheltuieli în sănătate versus investiție în sănătate
	Numărul redus de dezbateri publice

Tabel nr. 2. Analiza mediului extern

Oportunități	Amenințări
Discuțiile și consensurile decidenților, comunității medicale, precum și a organizațiilor de pacienți	Limitarea politicilor publice care vizează prevenția primordială și primară în favoarea politicilor referitoare la serviciile medicale curative
Implicarea mass-media în procesul de elaborare a politicilor publice	Inițiativele care s-au dovedit eficiente în alte țări, pot avea un alt efect la nivel local din cauza contextului specific. Lipsa experienței și cunoștințelor privind situația reală la nivel național/local poate afecta implementarea politicilor publice.
Politici publice pentru afecțiunile care constituie probleme de sănătate publică (afecțiuni oncologice, diabet zaharat, tuberculoză, boli rare etc)	Discontinuități în asigurarea de fonduri necesare implementării politicilor publice. Lipsa sustenabilității face ca politicile adoptate să nu poată fi implementate.

Creșterea implicării societății în elaborarea de politici de sănătate	Insuficienta atenție acordată de către universități elaborării curriculumelor de pregătire pentru personalul medical (medici, asistente medicale)
Implicarea puternică și pro-activă a asociațiilor de pacienți	Implicarea puternică și pro-activă a asociațiilor de pacienți
Existența reglementărilor UE	Caracterul multifactorial al rezultatelor asupra stării de sănătate
	Activitatea grupurilor de interese (ex. legea fumatului)

3.4. Concluzii parțiale

1. Utilizarea documentației nu reprezintă o metodă de cercetare de mare acuratețe, este subiectivă, iar realizarea studiului documentar de către o singură persoană crește gradul de subiectivism
2. S-au înregistrat eforturi de transparentizare a procesului decizional, atât din partea decidenților publici, cât și din partea reprezentanților societății civile.
3. Se constată încă o neîncredere între cele două părți asupra valorii adăugate din cooperarea comună la actul de guvernare.
4. Decidenții publici nu cred în valoarea adăugată a societății civile și consideră procesul de consultare publică o constrângere temporală, în raport cu decizia pe care trebuie să o ia.
5. Societatea civilă nu este conștientă de mecanismele pe care le are la îndemână pentru dialog civic și social, prin lobby și advocacy .

Cap. 4. Evaluarea percepției publice asupra politicilor de sănătate din România

4.1. Scop și obiective

Scopul cercetării îl reprezintă **evaluarea percepției publice asupra politicilor de sănătate din România.**

Obiectivele cercetării sunt:

Obiectiv general 1. Identificarea unor modele de percepție asupra politicilor publice din sănătate

Obiectiv specific 1. Identificarea principalelor caracteristici ale percepției beneficiarilor cu privire la politicile publice de sănătate din România

Obiectiv specific 2. Evaluarea percepției profesioniștilor din domeniul medical asupra politicilor publice din domeniul sănătății și a utilizării serviciilor preventive

Obiectiv specific 3. Analiza percepției decidenților asupra politicilor publice naționale și internaționale și a implementării acestora la nivel național

Obiectiv general 2. Analiza percepției publice privind politicile publice de sănătate în funcție de domeniul de activitate

Obiectiv specific 1. Descrierea caracteristicilor socio-demografice ale populației studiate

Obiectiv specific 2. Analiza cunoștințelor populației privind politicile publice din domeniul sănătății

Obiectiv specific 3. Evaluarea procesului de elaborare și implementare a politicilor publice din sănătate

Obiectiv specific 4. Ierarhizarea domeniilor vizate de politicile publice din domeniul medical

Obiectiv specific 5. Modalități de limitare a barierelor identificate în adoptarea politicilor publice din sănătate

6. Analiza diferențelor de percepție privind domeniile politicilor de sănătate din perspectivă personală versus comunitară în abordare retrospectivă versus prospectivă

4.2. Material și metode de cercetare

Cercetarea calitativă a constat în două demersuri: studiul calitativ al principalelor aspecte ale percepției beneficiarilor și profesioniștilor din domeniu (focus-grupuri realizate cu beneficiari ai sistemului de sănătate și specialiști/ profesioniști ai sistemului de sănătate) și studiul calitativ al principalelor aspecte ale percepției decidenților din sistemul de sănătate privind politicile publice din domeniu (interviuri cu decidenți din sistemul de sănătate pe baza unui ghid de interviu semi-structurat).

Identificăm trei categorii de actori sociali implicați în domeniul politicilor publice din domeniu sanitar: instituțiile statului implicate în formularea și aplicarea documentelor legislative și implementarea acestora (decidenți); personalul medical (profesioniștii din sănătate) și beneficiarii sistemului de sănătate (populația).

Cercetarea cantitativă a constat într-un studiu observațional descriptiv realizat în manieră transversală pentru evaluarea percepției populației asupra politicilor publice din domeniul sanitar al celor trei mari actori: beneficiari, profesioniști și decidenți.

Respondenții care au participat la cercetarea cantitativă au fost incluși prin metoda „bulgărelui de zăpadă” prin utilizarea unei rețele de socializare. Astfel, au fost selectate 4 persoane care au corespuns criteriilor de includere în studiu, iar acestea au distribuit chestionarul în cadrul grupurilor cunoscute. Chestionarul utilizat pentru realizarea cercetării cantitative a fost realizat special pentru actuala lucrare pe baza informațiilor obținute în urma cercetării calitative, fiind în prealabil testat și validat pe 20 persoane.

Variabilele studiate au fost: variabile calitative (nominale - gen, domiciliu, ocupație, domeniu de activitate, structurile implicate în procesul de elaborare a politicilor publice, etc. și ordinale - percepția asupra stării de sănătate, percepția asupra politicilor publice, etc.) și variabile cantitative (continue - vârsta).

A fost studiată distribuția variabilelor cantitative de tip continuu, cu ajutorul testului Kolmogorov Smirnov. S-a comparat media pentru variabile cantitative continue distribuite normal utilizând testul t pentru două categorii (mediul de rezidență – rural și urban, gen – feminin și masculin) și testul ANOVA pentru mai multe categorii (domeniul de activitate al respondenților populație generală / furnizori de servicii medicale / specialiști Sănătate Publică). Pentru variabilele cantitative de tip scor a fost utilizate teste de comparație

neparametrice pentru compararea a două grupuri (test Mann – Whitney U) și pentru compararea mai multor grupuri (test Kruskal – Wallis H). Pentru variabilele calitative a fost studiată frecvența absolută și frecvența relativă. S-au analizat diferențe privind distribuția frecvențelor pentru două categorii (mediu de rezidență rural/urban, genul respondentului feminin/masculin) și pentru trei categorii (domeniul de activitate al respondenților populație generală/ specialiști și funcționari în domeniul sănătății publice / furnizori de servicii medicale) utilizând testul neparametric hi pătrat.

De asemenea, am făcut analiza comparativă a percepției respondenților asupra sistemului de sănătate din perspectivă individuală (pentru ei și familiile lor) versus comunitară și analiza comparativă a performanțelor trecute și actuale versus viitoare ale sistemului românesc de sănătate. Au fost realizate comparațiile utilizând testul non-parametric hi pătrat pe baza tabelelor de contingență de tip 2x2.

A fost realizată analiza corelațiilor între variabilele cantitative colectate, utilizând testul de corelație parametric Pearson în cazul distribuției normale și testul de corelație non-parametric Spearman rho pentru distribuția non-gaussiană.

4.3. Rezultate și discuții

Ca tendință, aproape toți beneficiarii își exprimă opiniile în spațiul public ocazional, de cele mai multe ori în spațiul virtual sub forma unor comentarii, post-uri, blog. Ei nu au obișnuința de a se implica în dezbateri și controverse în spații publice. Rareori iau poziție față de anumite aspecte negative pe care le sesizează în locurile publice. Răspunsurile participanților indică o anumită reticență în ceea ce privește expunerea în spațiul public, unii dintre ei au subliniat că sunt destul de calculați în această privință mai ales dacă este vorba de locul de muncă.

Pe de altă parte, sunt puțini care vor să participe indirect, sub forma unor acțiuni ale societății civile, ei admit totodată că voluntariatul și participarea la acțiunile societății civile nu reprezintă un „stil de viață” în România. Mulți dintre participanți au evidențiat importanța societății civile, subliniind că nu sunt nici suficient informați în acest domeniu, nici formați să participe la astfel de activități.

În România, există un cadru legal ce permite societății civile să interacționeze cu inițiatorii de politici publice, în scopul adecvării acestora la realitățile și nevoile implementatorilor și beneficiarilor. Utilizarea mecanismului transparenței decizionale în adoptarea actelor normative a generat progrese semnificative în înțelegerea, implicarea și participarea partenerilor politicilor publice din sănătate.

Majoritatea profesioniștilor consideră că este nevoie de o reformă a sistemului de furnizare a serviciilor de sănătate – serviciile preventive trebuie să intre tot mai mult în atribuțiile medicilor de familie. De asemenea, evaluarea performanțelor întregului sistem de sănătate este considerată a fi un proces dificil și complex care nu ține doar de costuri și beneficii.

Răspunsurile decidenților vizează două axe prioritare: pe de o parte, creșterea inițiativelor în privința sănătății publice și îmbunătățirea răspunsului în urgențele de sănătate publică, iar pe de altă parte, programele preventive (screening-ul pentru cancerul de col uterin, monitorizarea stării de sănătate, sistemul informatizat al stării de sănătate a populației, imunizările, fumatul, drogurile, alcoolul).

Includerea în cercetare a persoanelor utilizând rețelele de socializare prin metoda „bulgărelui de zăpadă” a condus la participarea unui mare număr de specialiști de sănătate publică (22,07%) și de furnizori de servicii medicale (20%). De asemenea, au participat la studiu funcționari din cadrul autorităților publice locale și centrale (11,72%) și politicieni (1,38%). Cu scopul unei analize mai facile a diferențelor de percepție asupra politicilor de sănătate în funcție de domeniul de activitate a respondenților, aceștia au fost împărțiți în trei categorii: populație generală (44,83%), specialiști și funcționari din domeniul sănătății publice (35,17%) și furnizori de servicii medicale (20,0%).

Majoritatea respondenților sunt înscrși pe lista unui medic de familie, iar 13,16% dintre respondenți declară că nu se află în evidența unui medic de familie. Acest fapt relevă accesibilitatea crescută a respondenților la serviciile de asistență medicală primară. Ponderea respondenților din mediul urban (90,1%) înscrși pe lista unui medic de familie este semnificativ mai mare ($p < 0,001$) comparativ cu a celor din mediul rural (66,3%). Accesibilitatea și adresabilitatea respondenților la serviciile de medicină primară este semnificativ mai mare ($p < 0,001$) pentru furnizorii de servicii de sănătate și specialiștii/funcționarii din domeniul sănătății publice.

Sănătatea auto-percepută diferă semnificativ în funcție de sexul respondenților ($p < 0,001$). Populația umană se caracterizează printr-o speranță medie de viață mai mare comparativ cu bărbații (supra mortalitate masculină), dar au o predispoziție la boli, atât de scurtă durată cât și cronice (supra morbiditate feminină). Diferențele fiziologice, cât și cele comportamentale care țin de stilul de viață determină inegalitățile de gen amintite.

Nivelul de percepția a propriei stări de sănătate se corelează negativ semnificativ statistic cu vârsta respondenților ($p < 0,001$), adică cu cât crește vârsta respondenților cu atât starea de sănătate auto-percepută este mai precară, și invers. Nivelul auto-perceput al stării de sănătate se corelează pozitiv semnificativ statistic cu nivelul de educație ($p < 0,001$), adică cu cât nivelul de educație este mai ridicat cu atât starea de sănătate auto-percepută este mai bună, și invers.

Domeniul de activitate al respondenților reprezintă unul dintre factorii importanți în ceea ce privește încadrarea strategiilor și reglementărilor Ministerului Sănătății în categoria politicilor publice. Diferențe observate sunt statistic semnificative ($p < 0,001$), populația generală răspunzând negativ sau declarând că nu au cunoștințe privind acest lucru în număr mai mare comparativ cu persoanele care furnizează servicii medicale sau cele care sunt specializate în Sănătate Publică, cele care lucrează în cadrul structurilor locale sau centrale ale autorităților publice sau politicienilor.

Compararea distribuției respondenților în funcție de cunoștințele privind politicile autorităților publice locale și domeniul de activitate relevă o diferență semnificativă a acestora ($p < 0,001$), populația generală având, și de această dată, cel mai precar nivel de cunoaștere, declarat sau constat în urma prelucrării răspunsurilor, urmată de categoria furnizorilor de servicii medicale. Categoria respondenților specialiști în Sănătate publică și a funcționarilor din cadrul structurilor autorităților publice locale și centrale are cea mai fermă, clară și corectă opinie.

În opinia respondenților, cea mai mare importanță în procesul de elaborare a politicilor de sănătate îl are opinia Comisiilor de experți din cadrul Ministerului Sănătății (M=3,214), urmată de modelele de bună practică cunoscute la nivel internațional (M=3,063) și de evaluarea impactului pe care politicile implementate le au asupra stării de sănătate a populației (M=3,00).

Doar 21,9% dintre respondenți consideră că elaborarea politicilor din sănătate este un proces transparent, iar cei mai mulți respondenți (43,9%) consideră că elaborarea politicilor nu este transparentă. Respondenții din mediul urban declară în proporție semnificativ statistic mai mare că procesul de elaborare al politicilor publice este caracterizat de transparență ($p<0,001$), la fel cum specialiștii din domeniul Sănătății publice și funcționarii publici au cea mai mare încredere în transparența elaborării, iar furnizorii de servicii medicale cea mai scăzută ($p<0,001$).

Gradul de implicare a structurilor responsabile de elaborarea politicilor publice din sănătate este perceput ca fiind cel mai mare pentru Ministerul Sănătății (89,2%), Colegiul Medicilor (41,0%) și Asociațiile pacienților (40,6%).

Participanții la studiu consideră că cea mai importantă sursă de documentare în elaborarea politicilor publice din sănătate o constituie internetul (M=3,75), urmată de site-ul oficial al Ministerului Sănătății (M=3,405) și mass-media (M=3,264). Populația generală acordă o importanță mai mare medicului de familie ca sursă de documentare ($p<0,001$), mass-mediei ($p<0,001$), familiei ($p<0,001$) și prietenilor ($p<0,001$), în timp ce funcționarii și specialiștii în SP acordă un nivel superior de importanță utilizării site-ului MS pentru documentarea în vederea elaborării politicilor de sănătate.

Populația generală acordă o importanță semnificativ mai mare semnalărilor din mass-media ($p=0,020$) și propunerilor grupurilor de interese ($p<0,001$), specialiștii și funcționarii din domeniul SP reglementărilor de la nivelul Uniunii Europene ($p<0,001$), iar furnizorii de servicii medicale intereselor politice ($p=0,002$). Respondenții s-au implicat predominant în consultarea site-ului MS (35%) și semnarea petițiilor on-line (31,9%).

Percepția femeilor incluse în cercetare asupra performanței sistemului de sănătate din România de a implementa politicile de sănătate este semnificativ statistic mai bună față de percepția bărbaților ($p=0,038$), bărbații considerând în proporție mai mare că întregul sistem medical ar trebui fundamental reformat. Furnizorii de servicii medicale și funcționarii/specialiștii de Sănătate Publică au o percepție nesemnificativ diferită, dar semnificativ mai bună comparativ cu percepția populației generale care consideră în mare parte că sistemul medical românesc are o capacitate limitată de a implementa politicile de sănătate existente.

Domeniul cel mai frecvent menționat de către participanții la cercetare din perspectiva beneficiilor personale în abordare retrospectivă îl constituie vaccinările (54,2%), urmat de serviciile profilactice furnizate de medicul de familie (44,5%) și screening-ul pentru cancerul de col uterin (16,1%). Principalele domenii de care participanții la studiu consideră că au beneficiat membrii comunităților retrospectiv sunt reprezentate de bolile cardiovasculare (61,9%), diabetul zaharat (57,4%), cancerale (52,9%) și hipertensiunea (51,6%).

Principalele domenii de care consideră respondenții că vor beneficia personal, ei sau familiile lor, în abordare prospectivă sunt cancerul (M=4,46±1,32), diabetul zaharat (M=4,20±1,36), hipertensiunea (M=4,15±1,39) și sănătatea mamei și copilului (M=3,89±1,30), iar din perspectivă comunitară sunt hipertensiunea arterială (M=3,77±1,18), cancerul (M=3,70±1,35), diabetul zaharat (M=3,38±1,32).

Respondenții au identificat birocrația (M=4,00) ca fiind principala barieră în procesul de adoptare a politicilor de sănătate, urmată de bugetul redus (M=3,96), salariile mici din sistemul medical (M=3,85) și interesele industriei farmaceutice (M=3,85).

Principala barieră identificată de către respondenți în utilizarea serviciilor care sunt precizate în politicile publice de sănătate este lipsa de timp a medicilor de familie care nu pot consilia pacienții cu privire la politicile de sănătate existente (58,7%). Lipsa de transparență în prezentarea propunerilor legislative (46,5%) și lipsa răspunsurilor la propunerile formulate (34,2%) reprezintă alte bariere importante identificate de către participanții la studiu.

Utilizarea serviciilor de îngrijiri medicale, implicit necesitatea dezvoltării de politici publice de sănătate, este semnificativ diferită din perspectivă individuală (egotropică) față de perspectiva comunitară (sociotropică). (p=0,004) În mod direct, experiența personală asupra utilizării serviciilor de îngrijiri medicale determină percepția asupra acestui domeniu, mai puțin decât poate mass-media influența această percepție. Mass-media poate influența opinia personală a populației, dar experiența personală are rolul determinant în percepția asupra politicilor publice. Astfel, populația studiată a accesat predominant serviciile de medicină preventivă, începând cu consilierea privind renunțarea la fumat și terminând cu examinările de tip screening (ex. screening pentru cancer de col uterin). În mod diferit, respondenții consideră că nevoile principale ale populației se referă la serviciile de tratament și îngrijire pentru boli cronice (cancer, afecțiuni cardiovasculare, diabet zaharat etc.)

Percepția asupra politicilor publice de sănătate diferă semnificativ în abordare retroactivă (în raport cu utilizarea anterioară a serviciilor medicale) față de abordarea prospectivă (proiecția percepției privind utilizarea serviciilor medicale în viitor). (p<0,001) Perspectiva retrospectivă asupra serviciilor de sănătate se axează pe serviciile de medicină preventivă (vaccinări, sănătatea mamei și copilului, examinări de masă de tip screening etc.). Abordarea prospectivă accentuează necesitatea dezvoltării de politici publice pentru serviciile de medicină secundară și terțiară, cu accent pe tratamentul bolilor cronice (boli cardiovasculare, tumori, boli de nutriție și metabolism).

Perspectiva individuală retrospectivă asupra serviciilor de sănătate este determinată de experiența personală, iar cea individuală prospectivă include și alte componente ale predicției la nivel de sistem medical, bazate pe altceva decât propria experiență. Din moment ce individul nu poate să știe în avans de ce servicii va avea nevoie în viitor, percepția asupra sistemului ca întreg oferă o imagine asupra abordării prospective.

Atitudinea prospectivă, fie ea din perspectivă individuală sau colectivă, este determinată în totalitate de surse externe, în mod special de influența mass-mediei, în timp ce atitudinea colectivă retrospectivă include și cel puțin o componentă determinată de experiența individuală.

4.4. Concluzii parțiale

1. Beneficiarii sistemului medical nu se implică suficient în dezbaterile publice, deși cea mai mare parte își exprimă acordul/dezacordul în mediul virtual.
2. Profesioniștii din domeniul medical subliniază necesitatea reformei sistemului sanitar, cu elaborarea unei strategii naționale cu accent pe bolile transmisibile, screening, vaccinare.
3. Decidenții politici consideră că politicile de sănătate trebuie să vizeze în principal prevenția și creșterea calității sistemului național de sănătate.
4. Metodele de cercetare calitative utilizate reprezintă un grad crescut de subiectivism din partea cercetătorului, fiind, de asemenea, dificil de codificat ulterior pentru o analiză de conținut sofisticată și coerentă
5. Utilizarea interviului semi-structurat poate fi profund influențată de intervievator, de multe ori chiar involuntar, acesta având un rol important în direcția generală a discuției
6. Calitatea rezultatelor obținute în urma utilizării focus grupului ca metodă de cercetare este puternic influențată de calitatea moderatorilor. Relația strânsă de dependență a calității rezultatelor și cea a moderatorului este consecința tuturor factorilor care converg spre caracteristicile cercetătorului, incluzând atmosfera creată care conferă libertate de exprimare participanților și utilizarea unui vocabular adecvat. Un moderator prea agresiv sau unul prea binevoitor nu reușește să acopere toate punctele de vedere și există riscul de a nu reuși să fie aduse la suprafață toate informațiile căutate.
7. Majoritatea participanților la cercetare își evaluează starea de sănătate ca fiind peste medie, unul dintre motive fiind selecția populației. Structura atipică a populației de studiu pentru cercetarea cantitativă, cu o pondere crescută a specialiștilor de Sănătate Publică și a persoanelor care lucrează în cadrul autorităților publice locale și centrală, precum și a furnizorilor de servicii de sănătate și o pondere foarte scăzută a politicienilor. Structura respondenților din punct de vedere al domeniului de activitate este determinată de metoda de selectare a lotului (metoda „bulgărelui de zăpadă”).
8. Principala barieră în adoptarea politicilor de sănătate este reprezentată de birocratizarea excesivă în procesul decizional. Bugetul redus alocat domeniului medical (incluzând remunerația furnizorilor de servicii medicale și a funcționarilor și specialiștilor SP), alături de interesele industriei farmaceutice (producători de medicamente, dar și furnizori din domeniu) constituie, de asemenea, bariere importante în adoptarea politicilor de sănătate adecvate.
9. Stimularea utilizării programelor și politicilor de sănătate se consideră că poate fi realizată prin semnalările din mass-media, prin activitatea de promovare a politicilor de sănătate de la nivelul Ministerului Sănătății și la nivelul instituțiilor publice, alături de consilierea primită la nivelul asistenței medicale primare.

10. Sistemul de sănătate își poate suplimenta finanțarea prin creșterea fondurilor de la bugetul de stat, prin reducerea altor cheltuieli ale statului și transferul acestora către sănătate și prin diverse taxe (de exemplu, taxe pe vicii și pe băuturi dulci).
11. Ierarhizarea politicilor publice de importanță personală/individuală apreciate pentru utilizarea în trecut (percepția egotropică retrospectivă) situează pe primele locuri serviciile din sfera preventivă (vaccinări, prevenția din asistența primară și screening-ul pentru cancerul de col uterin).
12. În privința politicilor și programelor pe care individul are intenția de a le utiliza în viitor (percepția egotropică prospectivă) vizează bolile cronice (cancere, diabet zaharat, hipertensiune) și sănătatea mamei și copilului.
13. Din perspectivă sociotropică, atât retrospectiv, cât și prospectiv, politicile referitoare la afecțiunile cronice (boli cardiovasculare, boli de nutriție și metabolism, cancere) sunt cele considerate cele mai importante.

Cap. 5. Concluzii și recomandări

Concluzii

În urma analizei cadrului legislativ al politicilor de sănătate și a evaluării percepției beneficiarilor sistemului sanitar, furnizorilor de servicii medicale și a specialiștilor de sănătate publică asupra procesului de elaborare și implementare a politicilor publice de sănătate, se pot trage următoarele concluzii:

1. Societatea civilă are o interacțiune cvasipermanentă cu inițiatorii de politici publice și de acte normative în domeniul sănătății în baza cadrului legal existent în prezent, astfel ca acestea să ajungă la o formă optimizată acceptată de ambele părți pe fondul transparentizării procesului decizional.
2. Societatea civilă se implică în procesul de luare a deciziilor privind politicile publice din sănătate doar în situații excepționale, pe fondul cunoștințelor limitate asupra drepturilor și responsabilităților cetățenilor în procesul de luarea deciziei în domeniul politicilor de sănătate.
3. Beneficiarii sistemului de sănătate accesează serviciile medicale doar în prezența bolii percepute pe fondul unei slabe informări, prevenției neacordându-i atenția necesară, aceasta aflându-se frecvent la finalul listei de politici cunoscute.
4. Elaborarea politicilor publice de sănătate constituie unul dintre instrumentele prioritare de guvernare, cu implicarea pro-activă a asociațiilor de pacienți. Procesul de adoptare și implementare a politicilor publice necesită un timp îndelungat de așteptare coroborat cu transparența decizională și capacitatea organizațională limitate.
5. Implicarea mass-mediei în procesul de elaborare a politicilor de sănătate favorizează luarea deciziei ceea ce poate corecta limitarea în elaborarea de politici care vizează prevenția primordială și primară. Mass-media are un rol activ în stabilirea agendei politicilor publice și poate influența uneori politicile adoptate.

6. Beneficiarii sistemului medical își exprimă percepția asupra politicilor de sănătate în spațiul public, mai ales în mediul virtual, dar nu se implică în dezbaterile publice, majoritatea exprimându-și reticența privind propria participare la dezbateri pe considerentele unei posibile repercusiuni în plan personal.
7. Programele prioritare pentru sănătatea publică și cele prioritare pentru sănătatea individuală sunt necesare din perspectiva profesioniștilor din sănătate în egală măsură, cu sublinierea adoptării de politici pentru bolile transmisibile, vaccinare, screening și evaluarea și monitorizarea stării de sănătate. Profesioniștii din domeniul medical accentuează necesitatea reformării sistemului medical prin elaborarea și implementarea politicilor de sănătate, cu creșterea rolului serviciilor preventive la nivelul asistenței medicale primare.
8. Politicile publice nu reprezintă doar apanajul autorităților, responsabilitatea revenindu-i unui grup de specialiști, pe baza cercetărilor elaborate de aceștia putându-se să se dezvolte soluții practice bazate pe dovezi. La nivel decizional, politicile publice de sănătate trebuie direcționate cu precădere spre prevenție și îmbunătățirea calității sistemului și a răspunsului la problemele prioritare de sănătate publică.
9. Cei 620 de participanți la studiu sunt predominant de sex feminin, din mediul urban, căsătoriți, asigurați cu includerea unui număr mare de furnizori de servicii medicale (20%) și funcționari, politicieni și specialiști de sănătate publică (35,17%). Percepția asupra propriei stări de sănătate este predominant bună și foarte bună, pe fondul unei accesibilități și adresabilități ridicate la serviciile de sănătate.
10. Respondenții identifică opinia comisiilor de experți din cadrul Ministerului Sănătății drept cel mai important instrument utilizat în elaborarea politicilor de sănătate, urmat de modelele de bună practică recunoscute la nivel internațional și evaluarea impactului politicilor implementate asupra stării de sănătate a populației.
11. Percepția globală a respondenților asupra informațiilor privind politicile publice situează pe primele locuri introducerea cardului de sănătate și domeniile Programelor Naționale de Sănătate și pe cele mai puțin vizibile Strategia de raționalizare a spitalelor sau alte strategii specifice. Cunoștințele specialiștilor SP sunt mai extinse în domeniul studiat comparativ cu populația generală și furnizorii de servicii medicale.
12. Transparența procesului decizional este apreciată ca fiind redusă pentru jumătate dintre respondenți, iar gradul de implicare al structurilor responsabile este diferit perceput, MS, Colegiul Medicilor și asociațiile de pacienți fiind percepute ca având un nivel ridicat de implicare, comparativ cu Parlamentul și APL-urile care au o slabă implicare, mai ales în viziunea femeilor și a populației generale și furnizorilor de servicii medicale.
13. Implicarea mass-media și a asociațiilor de pacienți este pozitiv percepută, ceea ce explică puternicul impact pe care imaginea politicilor de sănătate prezentată în media o are asupra populației. Principalele surse de documentare declarate sunt internetul și mass-media, alături de site-ul MS datorită ponderii crescute a profesioniștilor din domeniul sanitar.
14. Utilizarea serviciilor prevăzute în politicile de sănătate este considerată ca fiind limitată din cauza timpului redus alocat de către medicii de familie care nu acordă suficientă atenție consilierii pacienților cu privire la facilitățile oferite de politicile de sănătate.

15. Atitudinile respondenților privind sistemul de îngrijiri de sănătate sunt mai ales determinate de experiența proprie sau a familiei. Viziunea egotropică diferă de cea sociotropică, accesarea sistemului de îngrijiri medicale în context personal axându-se pe domeniul preventiv al profilaxiei primare (ex. consilierea privind renunțarea la fumat) și secundare (ex. screening-ul cancerului de col uterin), iar în context comunitar pe tratamentul și îngrijirea bolilor cronice (de exemplu, boli cardiovasculare, tumori, diabet zaharat).

16. Abordarea retrospectivă este semnificativ diferită, incluzând prevenția și tratamentul bolilor cronice, comparativ cu abordarea prospectivă care accentuează tratamentul și îngrijirea afecțiunilor cronice. Abordarea retrospectivă rezumă mai ales, dar nu numai, experiența personală, din perspectiva respondentului și a familiei sale, iar cea prospectivă este cel mai adesea bazată pe informații din exterior.

Propuneri și recomandări

Cadrul legislativ de transparentizare a procesului de luare a deciziei publice a generat progrese semnificative în înțelegerea avantajelor pe care le oferă participarea societății civile la actul de decizie publică. Totuși, este necesară continuarea eforturilor de susținere a implicării societății civile cu scopul reducerii neîncrederii între decidenții publici și societatea civilă pentru cooperarea la actul de guvernare, cu înlăturarea percepției decidenților asupra limitării în timp a procesului de consultare publică, alături de conștientizarea societății civile privind accesul la mecanisme pentru dialog civic și social, prin lobby și advocacy.

Consultarea publică în cadrul procesului de dezbatere publică trebuie întărită prin utilizarea expertizei tehnice deținute în afara sectorului guvernamental cu scopul creșterii calității, precum și prin susținerea proiectului legislativ. Pentru implementarea eficientă a politicilor publice elaborate trebuie realizată susținerea atât din partea societății cât și implicarea unor actori non-guvernamentali, care pot chiar limita costurile bugetare.

Implicarea beneficiarilor și comunităților locale, alături de autoritățile de nivel central și local, în elaborarea și implementarea politicilor publice de sănătate asigură creșterea gradului de responsabilizare a acestora privind propria stare de sănătate, a familiilor și comunității din care aceștia provin. Anterior implicării beneficiarilor politicilor de sănătate este necesară radiografierea percepției acestora asupra politicilor publice pentru identificarea măsurilor cele mai potrivite de creștere a implicării beneficiarilor, alături de furnizorii serviciilor de sănătate și decidenți.

Creșterea preocupării autorităților de nivel central și local asupra politicilor de sănătate bazate pe prevenție poate reprezenta o alternativă de scădere a costurilor serviciilor medicale și reducere a impactului bolilor asupra întregii populații. Dezvoltarea programelor de educație pentru sănătate și promovarea sănătății în concordanță cu recomandările Uniunii Europene va contribui la îmbunătățirea stării de sănătate a populației României.

Măsuri pentru corectarea discontinuităților în asigurarea de fonduri pentru implementarea politicilor publice trebuie adoptate astfel încât să se asigure sustenabilitatea și predictibilitatea serviciilor furnizate.

Adaptarea inițiativelor în domeniul politicilor de sănătate care și-au dovedit eficiența în alte țări, concomitent cu creșterea nivelului de cunoștințe privind situația reală de la nivel național/local și a gradului de cunoaștere deținut de către decidenți și furnizorii de servicii medicale. Universitățile se pot implica în creșterea calității politicilor elaborate și a implementării acestora prin revizuirea curriculumelor de pregătire pentru personalul medical și nu numai.

Reducerea reticenței beneficiarilor sistemului de sănătate în privința implicării în dezbaterile publice ce stau la baza elaborării de politici publice necesită un timp îndelungat de implicare a autorităților prin informarea cetățenilor. Populația necesită informare cu privire la rolul societății civile și la existența cadrului legal ce permite interacțiunea societății civile cu inițiatorii politicilor publice, având drept scop adaptarea politicilor la realitățile și nevoile percepute de către beneficiarii lor.

Reforma sistemului de sănătate, considerată prioritară de către profesioniștii sistemului medical, poate fi realizată pe baza unei evaluări corecte și complete a performanțelor întregului sistem, incluzând sistemul de analiză utilizat la momentul actual baza doar pe costuri și beneficii, dar și competitivitatea bazată pe calitate.

Principalele mecanisme care se recomandă a fi utilizate în procesul de elaborare și implementare a politicilor publice de sănătate sunt reprezentate de creșterea rolului comisiilor de experți din cadrul Ministerului Sănătății în elaborarea politicilor de sănătate, alături de adaptarea modelelor de bună practică internaționale (utilizarea instrumentelor de evaluare a ghidurilor și bunelor practici, de exemplu AGREE II, de către specialiști de Sănătate Publică, furnizori de servicii și decidenți) și utilizarea rezultatelor monitorizării și evaluării implementării politicilor asupra stării de sănătate reprezintă.

Cele mai utilizate surse de documentare ale populației și profesioniștilor sunt reprezentate de mass-media și internet, ceea ce determină necesitatea derulării unei analize imagologice a politicilor publice pe baza căreia să se dezvolte un nucleu de popularizare a politicilor publice în curs de elaborare sau implementare în rândul jurnaliștilor.

Sugestii de continuare a cercetării

Cercetarea actuală continuată pe o populație mai largă va putea furniza date mai clare cu privire la percepția asupra sistemului de sănătate și a politicilor publice din domeniu, precum și a utilizării acestora. De asemenea, continuarea studiului prin implicarea mai multor autorități publice și instituții furnizoare de servicii medicale ne poate oferi o perspectivă mai largă privind percepția asupra politicilor de sănătate. Cunoașterea acestora poate contribui la inițierea unei strategii sistematice de sprijinire a procesului de elaborare și implementare a politicilor de sănătate.

Pe de altă parte, continuarea cercetării utilizând aceeași populație va putea determina urmărirea acestora în dinamică, astfel încât se va putea compara percepția privind domeniile politicilor de sănătate în abordare prospectivă cu ceea ce se va realiza, atât din perspectivă personală, cât și din perspectivă comunitară, confruntând predicția cu utilizarea domeniilor respective.

Analiza imagologică a publicațiilor din mass-media poate sublinia diferențele de percepție ale mediei privind politicile de sănătate. Odată identificate punctele critice în informarea populației, care se documentează mai ales utilizând internetul și mass-media, se pot realiza sesiuni de formare a jurnaliștilor, urmate de evaluarea rezultatelor obținute, atât la nivel imagologic, cât și la nivelul percepției publice.

Asociațiile de pacienți și mass-media reprezintă deopotrivă amenințări și oportunități în procesul de elaborare și implementare a politicilor publice de sănătate. Continuarea cercetării în urma dezvoltării de sesiuni de formare a reprezentanților organizațiilor de pacienți și a jurnaliștilor implicați în domeniul politicilor de sănătate poate releva o creștere a nivelului de cunoaștere a populației și o modificare a atitudinilor și practicilor privind utilizarea serviciilor prevăzute în politicile de sănătate.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. Bondar F. Politici publice și administrație publică, Ed. Polirom, București, 2007, p. 20
2. Constituția WHO, 1946, disponibil la <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/index.html>.
3. Mărginean, I., Precupețu, I., Tsanov, V., Preoteasa, A.M., Voicu, B., First European Quality of Life Survey: Quality of life in Bulgaria and Romania, Luxembourg, Office for Official Publications European Communities, 2006 [Electronic version]. Disponibil online la <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/67/en/1/ef0667en.pdf>
4. Alber, J., Köhler, U., Health and care in an enlarged Europe, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, 2004 [Electronic version]. Disponibil online la <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/107/en/1/ef03107en.pdf>
5. Miroiu A. Politici publice, Ed. Economica, București, 2001
6. Regulamentul (UE) NR. 284/2014 AL Parlamentului European și al Consiliului Uniunii Europene din 11 martie 2014. Jurnalul Oficial al Uniunii Europene. L 86. 21.3.2014. P 1-13
7. Bondar F. Politici publice și administrație publică, p. 20, Editura Polirom, București, 2007
8. Mungiu-Pippidi A., Ionita S. Politici publice. Teorie și practică. p. 38. Editura Polirom. București. 2002
9. Hofferbert R. I. The reach and grasp of policy analysis. Comparative views of craft, Tuscaloosa, P. 4, The University of Alabama Press, 1990
10. Easton D. A Framework for Political Analysis, Prentice-Hall, New Jersey, 1965
11. Dye T., Understanding Public Policy, 7th edition, Englewood Cliffs, New Jersey, 1992
12. Thoening J. C. Les politiques publiques, Vol IV, P. XIII, in Madeleine Grawitz, Jean Leca, Traite de science politique, Presses Universitaires de France, Paris, 1985.
13. Pal L. A. Beyond policy analysis: public issue management in turbulent times, 4th edition, Nelson Education, Toronto, 2009
14. Rbere V. J. Elaborarea politicilor locale, Revista transilvană de științe administrative nr. 8/2002. p. 164
15. Jenkins W. I. Policy analysis: a political and organisational perspective. Ed. Martin Robertson, London, 1978
16. Anderson J. Public Policymaking: An Introduction, 3rd edition, P. 3. Houghton Mifflin Company, Boston, 1984
17. Howlett. M., Ramesh M. Studiul Politicilor Publice: Cicluri si subsisteme ale politicii publice, p. 14, Ed. Epigraf, Chisinau 2004
18. Miroiu A. Politici publice, p. 23, Ed. Economica, Bucuresti, 2001
19. Profiroiu M. Politici Publice - Teorie, analiza, practica, p. 14, Editura Economica, Bucuresti, 2006
20. Jones C. O. An Introduction to th Study of Public Policy, Hacourt Brace College Publishers, 1984
21. Profiroiu M. Politici Publice - Teorie, analiza, practica, Ed Economica, Bucuresti, 2006
22. Iorgovan A. Drept Administrativ . Tratat elementar, p. 18-19, Vol 1, Ed. Hercules, 1993
23. Mic dictionar enciclopedic, Ed. stiintifica si Enciclopedica, Bucuresti, 1979, apud Popescu L. G.

24. Dictionar Explicativ al Limbii Române, Ed. Academiei, Bucuresti, 1984, apud Popescu L. G.
25. Popescu L. G. Politici publice, p. 84 – 85, Ed. Economica, Bucuresti, 2005
26. Popescu L. G. Administratie si Politici Publice, p. 226, Editura Economica Bucuresti 2005
27. Yves Meny, J. C. Thoening, Politiques publique, Press Universitaires de France, Paris, 1989, apud Marius Profiroiu
28. Howlett M., Ramesh M. Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems, Oxford Univ Press, 1995
29. Hogwood B.W., Gunn L.A., Policy Analysis for the Real World, Oxford University Press, Oxford, 1984
30. Hogwood B.W., Gunn L.A. Introducere in politicile publice, Editura Trei, București, 2000
31. Brewer G. The Foundations of Policy Analysis, Homewood, IL., Dorsey, 1974
32. Dye T. Understanding Public Policy. P. 22. Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey, 1996
33. Secretariatul General al Guvernului, accesibil la http://www.sgg.ro/index.php?politici_publice, accesat la data 15 iunie 2016
34. Monitorul Oficial al României, nr. 685/2005, cu rectificare în Monitorul Oficial nr. 1163/2005, Hotărârea nr. 775 din 14 iulie 2005 privind aprobarea Regulamentului privind procedurile de elaborare, monitorizare și evaluare a politicilor publice la nivel central. Accesibil la http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Legislatie/HOTARARI-DE-GUVERN/HG775-2005_act.pdf
35. Matei A. Dogaru T.C. Reforma procesului politicilor publice naționale sub imboldul europenizării. Modificări realizate în plan instituțional și legislative în sfera politicilor publice din România, Economie teoretică și aplicată Volumul XVIII (2011), No. 1(554), pp. 76-111
36. Unitatea de Politici Publice. Secretariatul General al Guvernului. Manual pentru elaborarea Propunerii de Politici Publice. Accesibil la http://www.minind.ro/politici_publice/Manual_elaborare_propunere_politici_publice_.pdf
37. Monitorul Oficial al României. Hotărârea nr. 1361/2006 privind conținutul instrumentului de prezentare și motivare a proiectelor de acte normative supuse aprobării Guvernului. Accesibil la <http://lege5.ro/Gratuit/he4teobq/hotararea-nr-1361-2006-privind-continutul-instrumentului-de-prezentare-si-motivare-a-proiectelor-de-acte-normative-supuse-aprobării-guvernului>
38. Monitorul Oficial al României. Hotărârea nr. 561/2009 pentru aprobarea Regulamentului privind procedurile, la nivelul Guvernului, pentru elaborarea, avizarea și prezentarea proiectelor de documente de politici publice, a proiectelor de acte normative, precum și a altor documente, în vederea adoptării/aprobării. Accesibil la <http://lege5.ro/Gratuit/gezdimbvhe/hotararea-nr-561-2009-pentru-aprobarea-regulamentului-privind-procedurile-la-nivelul-guvernului-pentru-elaborarea-avizarea-si-prezentarea-proiectelor-de-documente-de-politici-publice-a-proiectelor-de>
39. Monitorul Oficial al României. Legea nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public. Accesibil la <http://legislatie.resurse-pentru-democratie.org/legea/544-2001.php>
40. Monitorul Oficial al României. Legea nr. 52/2003 privind transparența decizională în administrația publică. Accesibil la <http://legislatie.resurse-pentru-democratie.org/legea/52-2003.php>
41. Monitorul Oficial al României. Legea nr. 24/2000, privind normele de tehnică legislativă pentru elaborarea actelor normative. Accesibil la http://www.dreptonline.ro/legislatie/legea_24_2000_normele_tehnica_legislativa_elaborarea_actelor_normative_republicata_2010.php
42. Matei L. Globalization and Public Policies. Transnational actors' involvement. The Romanian Experiment, Theoretical and Applied Economics, nr. 8, p. 9-11, 2007
43. Matei L. Representing the Local Interests in Governmental Policy Making. The Romanian Experiment, Theoretical and Applied Economics, nr. 8 (525), p. 45-46, 2008
44. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services; 1974
45. Dever, G. E. A. Dimensions of Environmental Health, paper presented at the Georgia Public Health Association, 1974
46. Dever, G. E. A. The Future of Health Services in Georgia, paper presented at a Workshop on Change, Armstrong State College, Savannah, Georgia, 1974
47. Health in All Policies. Disponibil la http://ec.europa.eu/health/health_policies/health_in_eu_initiatives/index_en.htm

48. Consiliul Uniunii Europene. Versiune consolidată a Tratatului privind Uniunea Europeană și a Tratatului privind funcționarea Uniunii Europene și Carta drepturilor fundamentale a Uniunii Europene. Bruxelles, 28 mai 2010. 6655/2/08, REV 2
49. Jakab Z. Sănătate 2020: un cadru european de politici pentru susținerea acțiunilor vizând sănătatea și bunăstarea populației la nivelul guvernului și a societății, 2013
50. Grabbe H. Puterea de transformare a UE. Europeanizarea prin intermediul condițiilor de aderare în Europa Centrală și de Est, p. 75, Editura Epigraf, Chișinău, 2008
51. Secretariatul General al Guvernului. Elaborarea politicilor publice în România – instituții și procedură. Accesibil la http://www.mie.ro/documente/politici_publice/informatii_utile/elaborare_pp.pdf.
52. Iancu, D.C. Uniunea Europeană și administrația publică, p.94. Ed. Polirom, Iași. 2010
53. World Bank. Loan Agreement L4752-RO-Conformed. 2004, disponibil online: www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/ECA/2010/03/18/DEF85D1BA9AF6FAE85256F39006B0A74/3_0/Rendered/PDF/L47521PAL0I1conformed.pdf;
54. World Bank. Report nr. ICR0000620, Implementation, completion and results report on a first Programmatic Adjustment Loan to Romania. 2008
55. World Bank. Second Programmatic Adjustment Loan Project. 2004, disponibil: www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/10/14/000104615_20041014160415/Rendered/PDF/PID010Concept0Stage.pdf
56. Vaduva S., Thomas A. Geopolitics, development and national security. Romania and Moldova at the crossroads. Springer. 2014
57. Kingdon J. Agendas, Alternatives and Public Policy, Boston: Little Brown and Company, Boston, 1984
58. Walters L.C., Aydelotte, J., Miller, J. Putting More Public in Policy Analysis, Public Administration Review, 60, 4. 2000
59. May P.J. Reconsidering Policy Design: Policies and Publics, Journal of Public Policy, 11, pp. 187 – 206, 1991
60. Sabatier P. A. Theories of the Policy Process. Boulder, CO: Westview Press., 1999
61. Mazey S., Richardson J. The logic of organization: Interest groups, - European Union: Power and Policymaking, 1996
62. Goodin R.E. Institutions and Their Design, în R. E. Goodin (ed.), The Theory of Institutional Design, Cambridge University Press, Cambridge. 1996
63. Goodin R.E., Klingemann, H.D. A New Handbook of Political Science, Oxford University Press, Oxford. 1996
64. Kingdon, J. Agendas, Alternatives, and Public Policies, Little, Brown et Co., Boston; prima ed., 1995
65. Rose R. What is Lesson-Drawing?”, în Journal of Public Policy, 11, pp. 3 – 30, 1991
66. Dolowitz D.P., Marsh D. Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making, Governance, 13, pp. 5 – 24, 2000
67. Parsons W. Public Policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis, Edward Elgar, Aldershot, 1995
68. Lindblom C. The Policy-Making Process, Prentice Hall, Englewood Cliffs. 1968
69. Lindblom C. Politics and Markets, Basic Books, New York, 1977
70. Lindblom C.E., Braybrooke D. A Strategy of Decisions, The Free Press, New York. 1963
71. Ionescu G. G., Cazan E., Negrusa A. L. Modelarea și optimizarea deciziilor manageriale, Editura Tribuna Economică, București, 1999
72. Von Winterfeldt, Edwards W. Decision analysis and behavioral research, Cambridge University Press, 1986
73. Potucek M., Vass L. Dimensions of Public Policy: Values, Processes. Implementation and Results in Public Policy CEE. Theories Methods. Practices. 2003
74. Pressman J. Wildavsky, A. Implementation: How Great Expectations in Washington are Dashed in Oakland: or, Why It's Amazing that Federal Programs Work at All, This Being a Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers Who Seek to Build Morals on a Foundation of Ruined Hopes. University of California Press. 1984
75. Robert T. Nakamura, Frank Smallwood. The Politics of Policy Implementation. 175 Fifth Avenue, New York, USA: St. Martin's Press, Inc. 13-14. 1980

76. Rein, Martin and Donald A. Schön. Reframing policy discourse. In Frank Fischer and John Forester, eds., *The argumentative turn in policy analysis and planning*, 145-166. Durham, NC: Duke University Press. 1993
77. Rein M. Schön. D. Frame-critical policy analysis and frame-reflective policy practice. *Knowledge and Policy* 9: 85-104.1996
78. Miroiu A., Dinca G. *Aspecte ale finantarii globale a universitatilor*, Fundatia Coloana Infinitului, Bucuresti, 2000
79. Miroiu A., Dinca G. *Politica finantarii de baza a invatamantului superior*. Editura ARS DOCENDI, Bucuresti, 2000
80. Profiroiu M. *Politici publice. Teorie, analiza, practica*, Editura Economica 2006 Bucuresti
81. Daniel A. Mazmanian, Paul A. Sabatier. 1981. *Effective Policy Implementation*. United States of America: D.C. Heath and Company. 4
82. Rein, Martin. 1983b. Value-critical policy analysis. In Daniel Callahan and Bruce Jennings, eds., *Ethics, the social sciences, and policy analysis*, 83– 111. New York: Plenum Press.
83. Rein, Martin and Schön, Donald A. 1977. Problem setting in policy research. In Carol H. Weiss, ed., *Using social research in public policy making*, 235–251. Lexington: Lexington Books.
84. Radin, B. A. (2000). *Beyond Machiavelli: Policy Analysis Comes of Age*. Washington, DC: Georgetown University Press.
85. Radin, B. A. (2013). *Beyond Machiavelli: Policy Analysis Reaches Midlife* (2nd ed.). Washington, DC: Georgetown University Press
86. Sabatier P.A., Jenkins-Smith H. *Policy change and learning: An advocacy coalition approach*, Boulder, CO; Westview Press. 1993
87. Bardach, E. (2011). *A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving*. Washington, DC: CQ Press.
88. Colebatch, H. K. (Ed.). (2006). *The Work of Policy: An International Survey*. New York, NY: Lexington Books.
89. Dror, Y. (1984). Policy Analysis for Advising Rules. In R. Tomlinson & I. Kiss (Eds.), *Rethinking the Process of Operational Research and Systems Analysis. Frontiers of Operational Research and Applied Systems Analysis* (Vol. 2, pp. 79–124). Oxford, UK: Pergamon Press.
90. Lipsky M. *Street-level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York, NY: Russell Sage Foundation, 1980
91. Bardach E. *A practical guide for policy analysis*. CQ Press, USA, 2012
92. Barrette S., Fudge C. *Policy and action*, Methuen. London. 1981
93. Hjern B. Implementation research: The link gone missing. *Journal of Public Policy* 2: 301-308, 1982
94. Hjern B., Porter D. Implementation structures: A new unit of administrative analysis. *Organization Studies* 2:211-27, 1981
95. Geva-May, I. *Thinking Like a Policy Analyst: Policy Analysis as a Clinical Profession*. New York, NY: Palgrave MacMillan. 2005
96. Howlett, M. *Designing Public Policies: Principles and Instruments*. Abingdon, Oxon, UK: Routledge (highlighting Canada), 2011
97. Scott, C., & Bahler, K. *Adding Value to Policy Analysis and Advice*. Sydney, Australia: University of New South Wales Press. 2010
98. Laswell, H. *A Pre-View of Policy Sciences*. New York, NY: American Elsevier. 1971
99. Majone, G. *Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process*. New York, NY: Yale University Press. 1989
100. Pfeffer, J., Sutton, R. I. *Hard facts, dangerous half-truths, and total nonsense: Profiting from evidence-based management*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press. 2006
101. Scott, C., Bahler, K. *Adding Value to Policy Analysis and Advice*. Sydney, Australia: University of New South Wales Press. 2010
102. Rittel, H., Weber, M. Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169. 1973
103. Tashakkori A., Teddlie C., *Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*, p. 212, SAGE Publications, Inc., 2010.

104. Andrei T. Tehnici nealeatoare de eşantionare utilizate în practica statistică. *Revista Informatica Economica*, nr. 2 (18)/2001, 82-89
105. Dumitrescu, M., *Sondaje statistice si aplicatii*, Editura Tehnica, Bucuresti 2000.
106. Ivorschi R. Analiza SWOT – instrument managerial pentru eficientizarea activităţii. *Romanian Statistical Review* nr. 5 / 2012, 58-65
107. Fayol H. *Administration industrielle et generale*, Edition presentee par P.Morin, Paris, Dunod, 1979
108. Moldoveanu G. *Analiza organizaţională*, Editura Economică, Bucureşti, 2000
109. Russu C. *Management Strategic*, Editura All Beck, Bucureşti, 2001
110. Krueger R.A., Casey M.A, *Metoda focus-grup. Ghid practic pentru cercetarea aplicată*, trad. Rom. Cristina Popa, Polirom, Iaşi (ediţie originală 2000, Sage Publications), 2005
111. Mucchielli, Alex (coord.) *Dicţionar al metodelor calitative în ştiinţele umane şi sociale*, trad. rom. de Veronica Suciu, Polirom, Iaşi (ediţie originală 1996), 2002
112. Vander Zanden, J., W., *The Social Experience. An Introduction to Sociology* (second edition), New York, McGraw-Hill Publishing Company, 1998/1990
113. Rose, R., Newton, K., *Second European Quality of Life Survey: Evaluating the quality of society and public services*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission, 2010. Disponibil online la <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/110/en/1/EF09110EN.pdf>.
114. Anderson, R., Health and health care, in Fahey, T., Maître, B., Whelan, Ch., Anderson, R., Domanski, H., Ostrowska, A., Olagnero, M. and Saraceno, C., *Quality of life in Europe. First European Quality of Life Survey 2003*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2004, 55–62. Disponibil online la <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/105/en/1/ef04105en.pdf>
115. Howitt D, Cramer D, *Introduction to SPSS statistics in psychology: for version 19 and earlier*, Pearson, Harlow, 2011
116. Howitt D, Cramer D, *Quantitative data analysis with SPSS*, Pearson, Harlow, 2008
117. Leonard J. Savage, *The Foundations of Statistics*, 2nd ed., Dover Publications, Inc. New York, 1972.
118. Robert V. Hogg, Allen T. Craig, Joseph W. McKean, *An Introduction to Mathematical Statistics*, 6th ed., Prentice Hall, 2004.
119. Siegel, *Nonparametric Statistics*, McGraw-Hill, 1956
120. Morris H. DeGroot, Mark J. Schervish *Probability and Statistics*, 3rd ed., Addison Wesley, 2001.
121. Snedecor & Cochran, *Statistical Methods*, 8ed, Iowa State University Press, 1989
122. Sokal & Rohlf, *Introduction to Biostatistics* 2ed, W.H. Freeman & Co., 1987
123. Zar, *Biostatistical Analysis* 4ed, Prentice-Hall, 1999
124. Edwards, *An Introduction to Linear Regression & Correlation*, W.H. Freeman& Co., 1976
125. Schork & Remington, *Statistics with Applications to the Biological & Health Sciences* 3ed, Prentice-Hall, 2000
126. Sokal & Rohlf, *Biometry: The Principles & Practice of Statistics in Biological Research* 2ed, W.H. Freeman & Co., 1981
127. Anderson T. *An Introduction to Multivariate Statistical Analysis*, 3rd ed., Wiley-Interscience, 2003
128. Freedman D, Pisani R, Purves R, *Statistics*, 3rd ed., W. W. Norton & Company, 1997.

Anexa nr. 3

Lucrările științifice publice pe perioada doctoratului din teza de doctorat cu titlul „Analiza politicilor publice din sănătate și a utilizării serviciilor preventive”

1. D. Vlad (Georgescu), A. Cucu, P. Armean, L. Brîndușe, S. Teodorescu – **„Assessment of public perception about public health policies”**, Acta Medica Transilvanica, anul XX, nr. 3, 2015, Revista recunoscută CNCSIS categoria B+ (pozitia 9, cod CNCSIS 68), ISSN 2285-7079, ISSN-L 1453-1968
2. D. Vlad (Georgescu), P. Armean, L. Brîndușe, S. Teodorescu, G. Cucu – **„Decision maker’s perception of public health policies”**, Acta Medica Transilvanica, anul XXI, nr. 1, 2016, Revista recunoscută CNCSIS categoria B+ (pozitia 9, cod CNCSIS 68), ISSN 2285-7079, ISSN-L 1453-1968
3. Vlad D., Cucu A, Brinduse L., Teodorescu S. – **„Public policies and decisional transparency in health”**, Congresul Universității de Medicină și Farmacie Carol Davila București, 28-30 mai 2015, Mædica J Clin Med (cod CNCSIS 751, revistă cotate CNCSIS categoria B+), vol 10, suppl, 2015 ISSN: 1841-9038, e-ISSN: 2069-6116