

SOLUȚII DE FINANȚARE DURABILĂ A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

Sorin Gabriel Anton^[1]

Rezumat

În România, precum în multe alte țări în curs de dezvoltare, sistemul de sănătate se confruntă cu unele provocări majore, cum ar fi îmbătrânirea populației, progresul tehnologic, migrația medicilor, creșterea costurilor cu îngrijirea sănătății, pandemiile și bolile determinate de stilul de viață. În aceste condiții, identificarea unor resurse financiare suplimentare și utilizarea eficientă a resurselor limitate existente ar trebui să reprezinte preocupări majore pentru orice factor de decizie din sistemul de sănătate din România. Scopul lucrării este de a evalua nevoile de finanțare ale sistemelor de sănătate din România și de a recomanda soluții durabile de finanțare menite să asigure accesul tuturor cetățenilor la serviciile de sănătate.

Cuvinte cheie: *finanțare, îngrijirea sănătății, acces la servicii de sănătate, reforma sectorului de sănătate, grupuri vulnerabile, România.*

Introducere

Pe parcursul ultimelor două decenii, România a introdus o serie de reforme în sectorul sănătății, în contextul schimbărilor politice, sociale și economice^[2]. Reformele s-au axat pe finanțarea sistemului de sănătate, furnizarea de servicii de sănătate, managementul sistemului sanitar, precum și pe dezvoltarea resurselor (Anton & Onofrei, 2012). Comparativ cu alte noi țări membre ale Uniunii Europene (UE), rezultatele acestor reforme au fost slabe (Anton, 2012). Prin urmare,

^[1] Cercetător post-doctoral la Centrul de Bioetică și Politici de Sănătate - Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași & Lector dr., Departamentul Finanțe, Monedă și Administrație publică, Facultatea de Economie și Administrarea Afacerilor, Universitatea “Al. I. Cuza”, Iași, Romania, 0232201450, sorin.anton@uaic.ro

^[2] A se vedea Pîrvu, D. (2008) pentru o revizuire cuprinzătoare a reformelor în sistemul de sănătate românesc.

performanța sistemului de sănătate românesc (măsurată în termeni de rezultate/output), precum și accesul la serviciile de sănătate este încă scăzut comparativ cu cel raportat pentru alte țări din Europa Centrală și de Est (ECE), cât și pentru țările industrializate. Sectorul de sănătate din România poate fi caracterizat prin nivele mai scăzute ale productivității, rezultate (output) mai slabe decât cele obținute de către alte state membre ale UE, precum și de o subfinanțare cronică a sistemului.

Scopul lucrării este de a identifica resurse financiare suplimentare pentru sistemul de sănătate românesc, în scopul de a asigura un acces mai ridicat la servicii de sănătate de calitate. Problema finanțării sistemului de sănătate a constituit subiectul a numeroase studii în literatura de specialitate (Organizația Mondială a Sănătății, 2010; Fondul Monetar Internațional, 2010). Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a dedicat raportul său anual din 2010 pentru problema finanțării sănătății, în scopul de a obține acoperirea universală (*universal coverage*) (Organizația Mondială a Sănătății, 2010). Fondul Monetar Internațional a analizat implicațiile macro-fiscale ale reformei sistemului de sănătate în mai multe economii avansate și emergente (Fondul Monetar Internațional, 2010).

Evoluția cheltuielilor cu sănătatea în România în perioada 2000-2010

Cheltuielile totale cu sănătatea ca pondere în Produsul Intern Brut (PIB) au variat între 5,1% și 5,7% în perioada 2000-2010. România a cheltuit, în medie, aproximativ 5.41% din PIB-ul său pe sănătate în timpul perioadei 2000-2010, sumă mai mică decât oricare nivel înregistrat în țările UE (a se vedea tabelul nr.1). Media UE pentru sănătate pentru aceeași perioadă a fost de 8,94% din PIB. Țările cu venituri mari din UE au cheltuit între 9.5-11.9% din PIB pentru sănătate în anul 2010, în timp ce statele cu venituri medii și mici au cheltuit între 6% și 8% din PIB. În plus, mai multe studii au evidențiat faptul că eficiența cheltuielilor cu sănătatea din România este scăzută comparativ cu alte țări din ECE (Anton & Onofrei, 2012).

Comparativ cu alte țări din UE, cheltuielile totale cu sănătatea și resursele sunt orientate spre asistența medicală spitalicească, medica-

mente și salarii. Jumătate din cheltuielile totale cu sănătatea din România este alocată pentru finanțarea spitalelor, un sector caracterizat de ineficiență. Numărul de paturi de spital la 100.000 de locuitori pentru România este mai mare decât media pentru UE-12^[1] și UE-27. Se constată o rată de internare la 100 de pacienți mai mare decât media UE (23.57 în România față de numai 17.7 în UE) și o durată medie de spitalizare mai lungă comparativ cu media UE. De asemenea, există o pondere relativ ridicată a cheltuielilor cu medicamentele în totalul cheltuielilor cu sănătatea (aproximativ 33% din cheltuielile totale cu sănătatea).

Tabelul 1. Cheltuielile totale pentru sănătate ca procent din PIB în Uniunea Europeană (2000-2010)

Țări	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Austria	9.9	10.0	10.0	10.2	10.3	10.3	10.2	10.2	10.4	11.0	10.1
Belgia	8.1	8.3	8.5	10.0	10.1	10.0	9.6	9.6	10.0	10.8	10.7
Bulgaria	6.2	7.4	7.6	7.6	7.3	7.3	6.9	6.8	7.0	7.2	6.9
Cipru	5.8	5.8	6.1	6.8	6.4	6.4	6.3	6.1	6.0	6.1	6.0
Cehia	6.3	6.4	6.8	7.1	6.9	6.9	6.7	6.5	6.8	8	7.9
Danemarca	8.7	9.1	9.3	9.5	9.7	9.8	9.9	9.9	10.2	11.5	11.4
Estonia	6.0	5.5	5.6	5.6	5.8	5.0	5	5.1	5.9	6.7	6.0
Finlanda	7.2	7.4	7.8	8.2	8.2	8.4	8.3	8.0	8.3	9.1	9.0
Franța	10.1	10.2	10.6	10.9	11.0	11.2	11.1	11.1	11.2	11.9	11.9
Germania	10.4	10.5	10.7	10.9	10.7	10.8	10.6	10.5	10.7	11.7	11.6
Grecia	7.9	8.8	9.1	8.9	8.7	9.7	9.7	9.8	10.1	10.6	10.3
Ungaria	7.2	7.2	7.6	8.4	8.1	8.3	8.1	7.6	7.3	7.6	7.3
Irlanda	6.1	6.7	7.0	7.3	7.5	7.6	7.5	7.6	8.8	9.4	9.2
Italia	8.0	8.2	8.3	8.3	8.6	8.9	9.0	8.6	9	9.4	9.5
Letonia	6	6.1	6.2	6.1	6.5	6.3	6.8	7	6.6	6.6	6.7
Lituania	6.5	6.3	6.4	6.5	5.7	5.8	6.2	6.2	6.6	7.5	7
Luxemburg	7.5	7.4	8.3	7.7	8.2	8	7.7	7.1	6.8	7.9	7.8
Malta	6.7	7.2	8.1	8.4	8.9	9.3	9.3	8.7	8.3	8.5	8.7

[1] UE-12 cuprinde cele douăsprezece state membre ale UE localizate în Europa Centrală și de Est: Bulgaria, Cipru, Republica Cehă, Estonia, Ungaria, Letonia, Lituania, Malta, Polonia, România, Slovacia și Slovenia.

Olanda	8	8.3	8.9	9.8	10	9.8	9.7	9.7	9.9	12	11.9
Polonia	5.5	5.9	6.3	6.2	6.2	6.2	6.2	6.4	7	7.4	7.5
Portugalia	9.3	9.3	9.3	9.8	10.1	10.4	10.1	10	10.1	10.7	11
România	5.2	5.4	5.7	5.3	5.5	5.5	5.1	5.2	5.4	5.6	5.6
Slovacia	5.5	5.5	5.6	5.8	7.2	7	7.4	7.8	8	9.1	8.8
Slovenia	8.3	8.6	8.6	8.6	8.3	8.4	8.3	7.8	8.4	9.3	9.4
Spania	7.2	7.2	7.3	8.2	8.2	8.3	8.4	8.5	9	9.6	9.5
Suedia	8.2	8.9	9.2	9.3	9.1	9.1	9	8.9	9.2	10	9.6
Marea Britanie	7	7.2	7.6	7.8	8	8.2	8.5	8.4	8.9	9.8	9.6
Media EU	7.4	7.6	7.9	8.1	8.2	8.3	8.2	8.1	8.4	9.1	8.9

Sursa: European Health for All Database - HFA-DB

România are cel mai scăzut nivel al cheltuielilor totale cu sănătatea pe cap de locuitor la paritatea puterii de cumpărare (PPC) din toate țările UE. Nivelul acestui indicator în 2010 (811 USD) este de două ori mai mic decât media pentru țările UE-12 (1,601.79 USD) și de patru ori mai mic decât media pentru UE-27 (3,230.14 USD), așa cum este reflectat în tabelul nr. 2.

Conform datelor furnizate de Organizația Mondială a Sănătății, Biroul Regional pentru Europa, sănătatea în România este finanțată în principal din resurse publice (aproximativ 78,1% din total cheltuieli cu sănătatea). În prezent, principalele resurse publice pentru sistemul de finanțare a sănătății sunt: Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate (FNUASS), bugetul național, bugetele locale, veniturile proprii, donații și sponsorizări. Cele mai multe cheltuieli sunt finanțate prin contribuții obligatorii de asigurări de sănătate plătite de angajați și angajatori la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate. Ponderea sectorului privat în totalul cheltuielilor cu sănătatea în România este printre cele mai scăzute din UE (a se vedea tabelul 2), dar a crescut ușor din 2007, anul în care resursele publice s-au dovedit a fi insuficiente pentru finanțarea sistemului de sănătate. În 2010, doar 21,9% din cheltuielile totale pentru sănătate provin din surse private, cum ar fi co-plăți, plăți informale ale pacienților și plăți de la companii private de asigurări. În medie, celelalte țări ale UE cheltuiesc mai mult pentru asistența medicală decât România și o mare parte a cheltuielilor lor provine din resurse private. De exemplu, în Cipru, aproape 60% din

cheltuielile totale de sănătate sunt finanțate din surse private. În alte țări - Republica Cehă, Danemarca și Marea Britanie - sistemul de sănătate este finanțat în principal din surse publice.

Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate, principala sursă de finanțare pentru sistemul de sănătate românesc, s-a dovedit a fi nesustenabil în punct de vedere financiar în ultimii trei ani și a cunoscut deficite persistente: 1,9 miliarde lei în 2008, 2.15 miliarde în 2009, și 4,2 miliarde lei în 2010 (0,7% din PIB). Aceste deficite bugetare au fost acoperite începând cu anul 2008 prin transferuri de la bugetele naționale (Anton, 2012). Drept consecință, creșterea cheltuielilor private cu sănătatea - (co) plățile directe ale pacienților pentru servicii și asigurările private de sănătate - reprezintă o soluție firească pentru finanțarea durabilă a sistemului de sănătate românesc dat fiind nivel redus al acestora în prezent (a se vedea tabelul nr.2).

Tabelul 2. Finanțarea sistemelor de sănătate din Uniunea Europeană (2006-2010)

Țări/An	Cheltuielile totale pentru sănătate pe cap de locuitor (PPP \$), estimări OMS					Cheltuielile publice cu sănătate ca % din cheltuielile totale cu sănătatea, estimări OMS				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Austria	3722.1	3880.6	4128.5	4288.3	4387.9	76.0	76.4	77.2	77.7	77.5
Belgia	3280.1	3437.9	3715.0	3947.8	4025.1	73.9	73.5	75.0	75.1	74.7
Bulgaria	763.5	841.7	972.2	994.7	947.4	57.0	58.2	58.5	55.4	54.5
Cipru	1651.5	1720.0	1867.3	1874.2	1841.6	42.4	42.6	41.5	41.5	41.5
Cehia	1556.5	1660.7	1838.5	2107.3	2051.0	86.7	85.2	82.6	84.0	83.7
Danemarca	3575.3	3747.5	4030.7	4345.4	4537.1	84.6	84.7	85.0	85.0	85.1
Estonia	954.8	1101.2	1310.8	1338.3	1226.3	73.7	76.5	79.0	78.4	78.7
Finlanda	2763.7	2910.1	3158.4	3225.5	3280.9	74.8	74.4	74.5	74.7	75.1
Franța	3484.1	3670.6	3801.1	3969.3	4020.7	78.7	78.3	77.7	77.9	77.9
Germania	3565.9	3724.2	3962.6	4218.8	4332.3	76.4	76.4	76.6	76.9	77.1
Grecia	2607.9	2723.7	2998.0	3053.7	2853.2	62.0	60.4	59.9	61.7	59.4
Ungaria	1485.9	1431.7	1495.5	1510.4	1468.6	72.5	70.3	71.0	69.7	69.4
Irlanda	3178.0	3472.9	3766.3	3756.9	3704.0	76.8	76.9	76.7	74.9	69.2
Italia	2725.3	2769.6	3009.2	3071.3	3021.7	76.6	76.6	77.5	77.9	77.6
Letonia	1014.8	1197.6	1187.7	1066.4	1092.5	64.1	60.7	62.5	61.7	61.1

Lituania	999.5	1137.4	1300.0	1291.9	1299.5	69.5	73.0	72.4	73.4	73.5
Luxemburg	6084.1	6030.3	6075.7	6591.6	6743.0	85.1	84.1	84.1	84.0	84.4
Malta	2058.2	2033.7	2095.8	2140.9	2261.4	69.3	66.9	64.9	64.8	65.5
Olanda	3700.7	3944.6	4227.7	4880.8	5037.8	75.6	75.2	75.3	79.0	79.2
Norvegia	4608.4	4887.8	5228.9	5352.7	5426.1	83.8	84.1	84.3	84.1	83.9
Polonia	934.3	1077.8	1264.7	1390.7	1476.1	69.9	70.8	72.2	72.3	72.6
Portugalia	2302.8	2419.2	2508.6	2689.9	2818.5	66.1	65.7	65.1	67.8	68.2
România	567.8	670.0	814.7	818.4	811.0	79.7	82.1	82.0	79.0	78.1
Slovenia	1349.9	1619.4	1859.5	2084.2	2060.2	68.3	66.9	67.8	65.7	65.9
Slovenia	2104.0	2119.9	2442.6	2551.0	2551.6	72.3	72.3	73.4	73.4	73.7
Spania	2536.1	2734.9	2971.4	3066.8	3027.2	71.3	71.5	72.6	73.6	72.8
Marea Britanie	2964.0	3007.5	3233.6	3438.0	3479.6	81.3	81.3	82.4	84.2	83.9
EU	2464.4	2591.6	2787.6	2928.3	2954.9	72.9	72.8	73.0	73.1	72.7

Sursa: *European Health for All Database - HFA-DB*

Sistemul românesc de sănătate combină cheltuielile scăzute cu sănătatea (atât publice, cât și private, în termeni absoluți și relativi) cu valori scăzute ale indicatorilor stării de sănătate. Performanța României este una dintre cele mai slabe din toate țările UE în ceea ce privește principalii indicatori ai stării de sănătate: rata mortalității infantile, rata de mortalitate la copiii sub 5 ani, speranța de viață la naștere, rata mortalității materne, precum și incidența tuberculozei (Dornescu & Manea, 2012). De exemplu, speranța de viață la naștere în România (73 de ani) este cea mai mică din Uniunea Europeană, cu excepția Lituaniei. Rata mortalității infantile a scăzut cu 50% în 2009 față de anul 2000, dar indicatorul este încă unul dintre cele mai mari din Uniunea Europeană. România a înregistrat cea mai mare incidență a tuberculozei (la 100.000 de locuitori pe an), în Uniunea Europeană, chiar dacă tendința este descendentă în ultimii ani. De asemenea, România are cel mai mare număr de cazuri de alte boli infecțioase, cum ar fi sifilis, hepatită, rubeolă și oreion, ca și consecințe directe ale standardelor scăzute de educație și de trai (Anton, 2012).

Sistemul actual de finanțare poate fi caracterizat printr-un nivel (foarte) scăzut de co-plăți, scutiri pe scară largă din contribuțiile la Fondul Național Unic de Asigurări Sociale de Sănătate și, prin urmare, un număr redus de contribuabili la fondul social de sănătate. În 2010,

numărul de persoane care au plătit contribuțiile la fond a fost de 6,7 milioane, în timp ce 21,5 milioane de persoane beneficiază de serviciile de sănătate. Începând cu 2011, numărul de contribuabili salariați a crescut la 8,7 milioane, în timp ce 21,5 milioane de persoane beneficiau de servicii de sănătate în aceeași măsură. Acest dezechilibru între numărul de contribuabili salariați și cel al beneficiarilor de servicii de sănătate exercită o presiune suplimentară asupra finanțelor publice.

Noi surse de finanțare pentru sistemul de sănătate românesc

Toate sistemele de sănătate, indiferent de nivelul de dezvoltare economică, se confruntă cu lipsa de resurse financiare. Acest fapt este în prezent exacerbă de criza economică actuală, care a determinat multe guverne din țările în curs de dezvoltare să-și reconsidere nivelul cheltuielilor publice cu sănătatea. În același timp, criza demografică - concretizată în țările în curs de dezvoltare în îmbătrânirea populației, scăderea natalității și migrația forței de muncă tinere - și progresul tehnologic readuc în discuție problema alocării resurselor limitate în sistemele de sănătate, luând în considerare criteriile de eficiență.

În anii anteriori, România a implementat o serie de măsuri pentru a crește nivelul resurselor disponibile pentru asistență medicală. De exemplu, România a început să impoziteze consumul de țigări și a introdus taxa pe cifra de afaceri a companiilor din industria farmaceutică (în 2010) în scopul de a diversifica și de a crește veniturile pentru sănătate. În pofida acestor reforme, sistemul de sănătate românesc este încă finanțat în principal din contribuții obligatorii la asigurările sociale de sănătate și din transferuri de la bugetul de stat.

Mai multe instituții specializate și rapoarte au evidențiat nevoia de finanțare suplimentară a sistemului de sănătate și au sugerat diferite mecanisme de finanțare. Banca Mondială (2012) a recomandat "noi mecanisme formale de co-plată pentru a reduce plățile informale, precum și dezvoltarea și reglementarea pieței suplimentare de asigurări voluntare, în colaborare cu eforturile de a raționaliza pachetul de beneficii". Organizația Mondială a Sănătății, în raportul anual din 2010 - *Finan-*

țarea Sistemelor de Sănătate: Calea la o acoperire universală - oferă câteva recomandări privind modul de îmbunătățire a finanțării sănătății, în scopul de a atinge o acoperire universală.

În opinia noastră principala provocare pentru sistemele de sănătate din România este de a îmbunătăți mixul de resurse pentru asistența medicală (medici, paturi de spital, și farmaceutice) cu scopul de a oferi un acces mai mare la serviciile medicale. România este încă în procesul de dezvoltare a unei strategii pentru reforma sectorului de sănătate. Scopul acestei reforme ar trebui să fie un *rol tot mai mare a sectorului privat în domeniul sănătății*. Măsurile de reformă ar trebui să includă:

(1) introducerea de noi mecanisme formale de co-plată pentru de a reduce plățile informale. Dovezile empirice sugerează că, în România, nivelul plăților informale în sectorul spitalicesc este foarte mare. Aceste mecanisme de co-plăți ar trebui să fie proiectate cu mare atenție pentru a nu afecta grupurile cu venituri reduse și grupurile vulnerabile;

(2) dezvoltarea și reglementarea pieței suplimentare de asigurări voluntare de sănătate. Chiar dacă Legea nr. 212 din 27 mai 2004 a introdus asigurările private de sănătate, dezvoltarea acestei piețe este încă limitată. Potrivit Comisiei de Supraveghere a Asigurărilor, piata de asigurări private de sănătate a fost estimată la 5,2 milioane de euro, reprezentând 1,37% din totalul pieței de asigurări de viață (Comisia de supraveghere a Asigurărilor, 2012). Pe de altă parte, putem observa o dezvoltare rapidă a rețelei private de furnizori de servicii de sănătate alcătuită din spitale, policlinici private și farmacii;

(3) înființarea de societăți private de asigurări de sănătate ca societăți pe acțiuni și reglementarea adecvată a activităților lor;

(4) modificarea statutului mai multor spitale din instituții guvernamentale autonome în entități semi-independente non-profit, în scopul de a crește competiția între furnizorii de servicii medicale;

(5) înființarea unor unități medicale care sa ofere servicii de sănătate grupurilor vulnerabile pe baza principiilor economiei sociale.

În același timp, noi măsuri pentru creșterea eficienței resurselor existente ar trebui să fie adoptate. Eficiența sistemului de sănătate românesc poate fi îmbunătățită prin scăderea costurilor cu medicamentele și reducerea dependenței de asistența medicală spitalicească. În plus,

reforme în managementul sistemului sanitar și activitățile de achiziții sunt necesare pentru a spori eficiența cheltuielilor cu sănătatea.

Concluzii

Sistemul de sănătate românesc este în principal finanțat din fonduri publice, prin contribuțiile la asigurările obligatorii de sănătate, iar furnizarea serviciilor medicale se face prin sistemul public de unități sanitare. România trebuie să reformeze sistemul de finanțare a sănătății pentru a oferi un acces mai bun la o gamă de servicii necesare și pentru a îmbunătăți rezultatele din domeniul sănătății. Din punct de vedere financiar, principalele provocări sunt găsirea de resurse financiare suplimentare necesare sistemului și folosirea optimă a acestora. Cheltuielile totale pentru sănătate din România au crescut ușor de la 5.1% la 5.58% din PIB în perioada 2006 - 2010, dar este încă cel mai scăzut nivel din Uniunea Europeană. Subfinanțarea sistemului de sănătate este adesea citată ca fiind una dintre principalele probleme din România (Societatea Academică din România, 2010).

Sistemul de finanțare a sănătății este o combinație de resurse publice și private. Întrucât cheltuielile publice nu pot crește în mod semnificativ în viitor, ca urmare a deficitelor publice ridicate, principala provocare pentru factorii de decizie este de a aduce mai mulți bani în sistem din surse private. În cazul României, principalele resurse private ar trebui să fie asigurările de sănătate private și co-plățile. Dezvoltarea pieței asigurărilor private de sănătate și introducerea de mecanisme de co-plată au potențialul de a mobiliza mai multe fonduri pentru sănătate și de a crește concurența între furnizorii de servicii medicale. Scopul acestor acțiuni este dublu: servicii mai bune pentru pacienți și acces mai mare la serviciile de sănătate de bază.

Mulțumiri

Această lucrare a fost realizată în cadrul proiectului „Studii postdoctorale în domeniul eticii politicilor de sănătate” cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007- 2013 și implementat de Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași în cadrul contractului numărul POSDRU/89/1.5/S/61879.

Bibliografie

1. Anton, S. G. (2012). Financing Health Care in Romania and Implications on the Access to Health Services. *The USV Annals of Economics and Public Administration*, Vol. 12, Issue 1(15), 195-200.
2. Anton, S. G., Onofrei, M. (2012). Health Care Performance and Health Financing System in Selective Countries from Central and Eastern Europe. A Comparative Study. *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, 35E, 22-32.
3. Comisia de Supraveghere a Asigurărilor (2012). *Raport asupra pieței de asigurări și a activității desfășurate în anul 2011*. București.
4. Dornescu, V., Manea, T. (2013). Migrația medicilor români: Dimensiuni socio-demografice și economice. *Revista de Economie Socială*, Vol. 3, Issue 1, 121-158.
5. International Monetary Fund (2010). *Macro-Fiscal Implications of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies – Case Studies*. Washington: International Monetary Fund.
6. Pîrvu, D. (2008). *The Reform of the Health System Financing in Romania*. ISRIC Working Paper Series, WP No. 07.
7. Societatea Academică din România (2010). *Criză și reformă în sistemul de sănătate. O radiografie la zi*. București.
8. World Bank (2012). *ECA Knowledge Brief: World Bank Health Sector Assists Crisis-Hit Eastern Europe Countries*, Disponibil online la <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/0,,contentMDK:22297688~pagePK:146736~piPK:146830~theSitePK:258599~isCURL:Y,00.html> [2012].

9. World Health Organisation (2010). *The World Health Report 2010 – Health systems financing: the path to universal coverage*. World Health Organization: Geneva.

10. World Health Organisation (2012). *European Health for All Database*. Disponibil online la <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2> [ultima accesare în data de 10.11.2012].