



**UNIVERSITATEA
„ALEXANDRU IOAN CUZA”
din IAȘI**



FEAA
ȘCOALA DOCTORALĂ DE ECONOMIE
ȘI ADMINISTRAREA AFACERILOR

**UNIVERSITATEA “ALEXANDRU IOAN CUZA” IAȘI
FACULTATEA DE ECONOMIE ȘI ADMINISTRAREA AFACERILOR
ȘCOALA DOCTORALĂ DE ECONOMIE ȘI ADMINISTRAREA AFACERILOR
(SDEAA)**

Rezumat teză de doctorat

Particularitățile modelului decizional managerial aplicat în unitățile spitalicești publice din România

**COORDONATOR DE DOCTORAT,
PROF.UNIV. DR. HABIL. DANIELA TATIANA AGHEORGHIESEI**

**DOCTORAND,
MARINELA CARMEN CUMPĂT (PESCLEVEI)**

IAȘI, 2022

CUPRINSUL
REZUMATULUI TEZEI DE DOCTORAT

MULȚUMIRI	7
INTRODUCERE	8
<i>Obiectivul fundamental al cercetării</i>	10
<i>Întrebările cercetării</i>	10
<i>Obiective specifice cu caracter teoretic și metodologic</i>	11
<i>Obiective specifice cu caracter empiric</i>	11
<i>Metodologia cercetării</i>	11
PREZENTAREA SINTETICĂ A CAPITOLELOR TEZEI DE DOCTORAT	12
CONCLUZIILE CERCETĂRII	19
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE	24

CUPRINS

INTRODUCERE	11
PARTEA I	15
ASPECTE TEORETICE ȘI PRACTICE PRIVIND PROCESUL DECIZIONAL ÎN UNITĂȚILE SPITALICEȘTI	15
CAPITOLUL 1	16
PROCESUL DECIZIONAL MANAGERIAL – DELIMITĂRI CONCEPTUALE ...	16
1.1. Decizia – element fundamental în procesul managerial	16
1.1.1. Decizia – definire și clasificare	16
1.1.2. Definierea procesului decizional.....	21
1.1.3. Factori de influență asupra procesului decizional în organizații.....	25
1.1.4. Surse de dovezi utilizate în luarea deciziilor.....	27
1.1.5. Condiții în procesul de luare a deciziilor în organizații	28
1.1.6. Erori în procesul decizional.....	29
1.1.7. Eficacitatea procesului decizional	30
1.2. Analiza modelelor decizionale utilizate în procesele manageriale	31
1.2.1. Modelul raționalității limitate.....	33
1.2.2. Modelul intuitiv de luare a deciziilor	35
1.2.3. Modelul decizional în trei pași	35
1.2.4. Modelul decizional militar sau modelul decizional în cinci pași	36
1.2.5. Modelul decizional în șase pași.....	37
1.2.6. Modelul decizional în șapte pași	38
1.2.7. Modelul decizional CDP	39
1.2.8. Modelul decizional al „coșului de gunoi”	41
1.2.9. Modelul decizional bazat pe recunoaștere (RPD)	42
1.2.10. Modelul Vroom -Yetton - Jago	44
1.3. Etica și procesul decizional organizațional	46
1.3.1. Etica în procesul decizional în unitățile spitalicești	48

1.3.2. Valori și dileme etice în procesul de luare a deciziilor	50
1.3.3. Modele decizionale etice	52
1.3.3.1. Modelul decizional etic simplu	52
1.3.3.2. Modelul decizional etic al intensității morale	53
1.3.3.3. Modelul decizional etic interacționist	55
1.3.3.4 Modelul decizional etic al conștientizării morale.....	58
CAPITOLUL 2	61
Particularități ale procesului decizional în cadrul unităților spitalicești	61
2.1. Decizia în cadrul unităților spitalicești	61
2.1.1. Organizarea unităților spitalicești.....	61
2.1.2. Decizia clinică versus decizia non-clinică în unitățile spitalicești	63
2.1.3. Determinanți ai procesului decizional în cadrul unităților spitalicești.....	65
2.1.4. Rolul managerilor unităților spitalicești în procesul decizional.....	66
2.2. Modele de luare a deciziilor în unitățile spitalicești.....	68
2.2.1. Modelul decizional administrativ (ADM).....	69
2.2.2. Modelul decizional DECIDE	72
2.2.3. Modelul decizional bazat pe dovezi.....	76
2.2.4. Modelul adaptiv de luare a deciziilor	78
2.2.5. Modelul decizional incremental	81
2.3. Modelul decizional utilizat în unitățile spitalicești din România	85
2.3.1. Specificul serviciilor de sănătate din România	85
2.3.2. Aspecte specifice privind luarea deciziilor în cadrul unităților spitalicești din România	88
PARTEA A II-A	92
ASPECTE METODOLOGICE ȘI EMPIRICE PRIVIND IDENTIFICAREA PARTICULARITĂȚILOR PROCESULUI DECIZIONAL MANAGERIAL ÎN UNITĂȚILE SPITALICEȘTI PUBLICE DIN ROMÂNIA.....	92
CAPITOLUL 3	97
Studiu calitativ asupra particularităților procesului decizional managerial în unitățile spitalicești publice din România.....	97

CAPITOLUL 4	170
Studiu cantitativ asupra particularităților procesului decizional managerial în unitățile spitalicești publice din România	170
4.1. Cercetarea cantitativă asupra particularităților procesului decizional managerial în unitățile publice spitalicești din România	170
4.1.1. Definirea populației cercetării studiate	171
4.1.2. Metoda de eșantionare. Eșantionul.....	172
4.1.3. Instrumentul de colectare a datelor	173
4.1.4. Autoadministrarea chestionarului	176
4.2. Metodele statistice folosite în analiza datelor	177
4.2.1. Analiza statistică descriptivă a datelor	177
4.2.2. Analiza statistică a asocierii dintre două variabile categoriale	177
4.2.3. Analiza statistică a Corespondențelor Multiple	178
4.3. Rezultatele cercetării în urma aplicării analizei cantitative	179
4.3.1. Rezultatele analizei descriptive a datelor	179
4.3.2. Verificarea ipotezelor de cercetare.....	187
4.4. Sinteza și interpretarea rezultatelor obținute în urma aplicării analizei rezultatelor cercetării calitative și cercetării cantitative	210
CONCLUZII, CONTRIBUȚII, LIMITE ȘI DIRECȚII VIITOARE DE CERCETARE	217
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE	227
ETICA CERCETĂRII	246
ANEXE	249
Anexa 1. Ghidul de interviu	249
Anexa 2. Analiza interviurilor	251
Anexa 3. Chestionarul	297

MULȚUMIRI

Doresc să exprim recunoștința, respectul și mulțumirile mele conducătorului de doctorat doamnei prof. univ.dr. Daniela Aghiorghiesei, pentru răbdarea cu care m-a susținut și m-a sprijinit pe parcursul anilor de studii doctorale, pentru competența profesională și calitățile umane deosebite, pentru sprijinul profesional cu care m-a îndrumat pe parcursul elaborării tezei de doctorat.

De asemenea, doresc să îmi exprim gratitudinea față de membrii comisiei de îndrumare: prof. univ. dr. Mihaela Onofrei, prof. univ. dr. Laura Asandului, prof. univ. dr. Maria Viorica Bedrului-Grigoruța pentru sfaturile științifice valoroase și sugestiile oferite, pentru discuții purtate, și mai ales pentru încrederea pe care mi-au acordat-o pe toată perioada studiilor.

Mulțumesc distinșilor referenți oficiali prof. univ. dr. Valentin Niță, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza“ din Iași, prof. univ. dr. Ion Popa, Academia de Studii Economice din București, prof. univ. dr. Razvan Nistor Liviu, Universitatea "Babeș-Bolyai" Cluj-Napoca pentru onoarea acordată de a recenza această lucrare.

Mulțumirile mele se întreprind și către colegii din școala doctorală, împreună cu care am dezbătut numeroase teme și care, prin prezentările lor din cadrul seminariilor științifice, mi-au lărgit aria de cunoaștere în domeniul științelor economice.

Țin să mulțumesc managerilor care au răspuns la solicitarea de a participa la studiile de cercetare privind identificarea particularităților modelului decizional managerial aplicat în unitățile spitalicești publice din România, pentru timpul acordat, pentru susținerea și oportunitățile de dezvoltare profesională pe care mi le-au oferit.

Totodată, doresc să adresez mulțumiri speciale familiei mele și prietenilor pentru încurajările lor și pentru sprijinul devotat, exprimate pe parcursul demersului de cercetare doctorală.

INTRODUCERE

Sistemul de sănătate reprezintă modul în care sunt furnizate toate serviciile de sănătate, incluzând oameni, instituții și organizații a căror scop este să asigure accesul tuturor la asistență medicală de înaltă calitate. Datorită complexității sistemului de sănătate, luarea deciziilor în acest domeniu reprezintă o provocare pentru management. Pe de o parte, cadrele medicale trebuie să hotărască rapid cursul potrivit de acțiune atunci când viața oamenilor este în pericol, iar pe de altă parte, managerii unităților spitalicești trebuie să ofere îngrijiri de calitate cu resurse reduse și să genereze, în același timp, venituri semnificative și durabile. În acest context, factorii decizionali sunt obligați să respecte legislația existentă, să înțeleagă și să gestioneze eficient concurența.

În cadrul sistemului de sănătate, spitalele se disting ca entități principale, completând și amplificând eficiența multor alți părți ale acestui sistem, oferind disponibilitate continuă a serviciilor pentru afecțiuni acute și complexe. Scopul principal al unităților spitalicești este de a răspunde eficient nevoilor de sănătate ale populației.

Luarea deciziilor constituie una dintre activitățile esențiale ale managementului, pornind de la etapa de planificare și până la cea de control. Activitățile de luare a deciziilor, care sunt indicatorul realizării managerului, a soluționării problemelor apărute, precum și rata de succes a deciziilor pe care managerul le-a luat, indică realizarea organizațională. De asemenea, luarea deciziilor în unitățile spitalicești este crucială în creșterea calității sănătății comunității. Cu alte cuvinte, luarea deciziilor în unitățile spitalicești reflectă eficiența procesului de management eficient.

Managerii unităților spitalicești își desfășoară activitatea într-un sistem din ce în ce mai cuprinzător și multilateral. Luând în considerare multitudinea de modificări legislative, juridice, economice, tehnice, etice și organizaționale, procesul decizional managerial are un impact direct asupra performanței instituției, a personalului și a comunității pe care o deservește, fiind influențat de o serie de alți factori care ar putea avea ca rezultat succesul financiar, satisfacția pacienților și viabilitatea pe termen lung a organizației. Deși decizii se iau la toate nivelurile manageriale, deciziile luate de managerii de nivel superior au o aplicabilitate mai largă, afectează mai mulți oameni și au un impact mai mare.

După anii '90 sistemul de sănătate al României a fost implicat într-un proces de reformă, când și-a schimbat modul de organizare și funcționare, depunându-se eforturi semnificative pentru a-l face mai eficient și pentru a oferi cele mai bune servicii posibile populației.

Performanța sistemului de sănătate din România și a spitalelor publice nu este un obiectiv major la nivel național, aceasta nu este evaluată prin intermediul unui model exhaustiv, fiind astfel condiționată în esență de expertiza managerului. Indicatorii de performanță ai sistemului sanitar românesc, deși sunt în curs de ameliorare, rămân profund nefavorabili, în comparație cu mediile Uniunii Europene, reflectând un management deficitar incapabil să răspundă nevoilor de sănătate din ce în ce mai diversificate ale populației.

Performanța spitalelor publice este influențată de elemente precum reticența managerilor de a utiliza tehnici și metode moderne de management pentru evaluarea performanței angajaților, a tehnologiei medicale din spitale și a calității serviciilor. Totodată, lipsește o viziune managerială pentru a utiliza surse suplimentare de finanțare, precum: contracte de sponsorizare, închirierea spațiilor spitalului, închirierea de echipamente medicale, contracte de cercetare medicală.

Există o presiune crescută pentru managerii unităților spitalicești publice de a folosi resursele disponibile cât mai eficient, pentru a obține rezultate remarcabile. În plus, trebuie să asigure calitatea ridicată a îngrijirii la un cost mai scăzut și mai competitiv, să atingă performanțe și să ofere servicii medicale similare spitalelor din străinătate, constrânși fiind de resursele materiale de cele mai multe ori insuficiente, de implicarea factorului politic, de incertitudini în domeniul economic, precum și de un arsenal de norme și reglementări care determină proceduri de lungă durată.

Considerăm că eficientizarea activității spitalului și creșterea performanței acestuia se află în strânsă legătură cu modul în care managerul adoptă decizii strategice. Astfel de decizii sunt: recrutarea salariaților, achiziționarea de noi elemente tehnologice, alocarea și utilizarea resurselor financiare. În cadrul unităților spitalicești publice, factorii de decizie trebuie să hotărască cum să orienteze și să organizeze instituția, cum să controleze procesele din sistem, luând decizii în mod frecvent în urma informațiilor colectate. Deciziile luate de manageri nu se concentrează doar pe oferirea celor mai bune servicii pacienților, ci și pe îndeplinirea obiectivelor de performanță stabilite. În cele din urmă, performanța unității spitalicești este afectată de deciziile adoptate de managementul acesteia.

Studiul literaturii de specialitate cu privire la procesul decizional în cadrul unităților spitalicești evidențiază faptul că managerii nu iau în considerare dovezi pertinente ale cercetării, atunci când iau decizii. De asemenea, există puține studii asupra managerilor unităților

spitalicești, deoarece aceștia se bazează pe informații în timp ce sunt implicați în luarea deciziilor.

La nivelul țării noastre, nu au fost realizate studii referitoare la modelele decizionale utilizate de managerii unităților spitalicești publice, la factorii de influență a deciziilor manageriale, la stilurile manageriale sau studii care să arate pe ce se bazează managerii în luarea deciziilor, cum utilizează fluxurile de informații, care sunt persoanele cu care se consultă, dacă se consultă, impactul pe care aspectele etice îl au asupra procesului decizional managerial.

Având în vedere cele menționate, precum și necesitatea identificării particularităților procesului decizional managerial în cadrul unităților spitalicești publice din România care să ofere bazele conturării unei teorii de orientare a activității decizionale de management spre performanță, am considerat cercetarea fundamentată teoretic, Grounded Theory, ca fiind cea mai potrivită paradigmă pentru abordarea prezentei teme de cercetare.

Obiectivul fundamental al cercetării

În acest context, obiectivul general al prezentului demers de cercetare îl reprezintă identificarea particularităților modelului decizional managerial aplicat în unitățile spitalicești publice din România.

Întrebările cercetării

Întrebările cercetării au fost formulate în raport cu obiectivul fundamental al cercetării și reprezintă punctul de plecare în analiza propusă prin cele două studii. Acestea sunt prezentate în cele ce urmează:

Întrebarea 1. Ce factori influențează managerii unităților spitalicești publice din România în luarea deciziilor și în ce condiții?

Întrebarea 2. Cum iau managerii unităților spitalicești publice din România decizii? Ce surse de informații folosesc, care sunt criteriile de selecție, pe cine se bazează în luarea deciziilor?

Întrebarea 3. Cum influențează valorile și dilemele etice managerii spitalelor publice din România în luarea decizii?

Întrebarea 4. Care sunt modelele pe care le urmează managerii unităților spitalicești publice din România în luarea deciziilor?

Pe baza celor patru întrebări de cercetare sus-menționate, au fost formulate obiectivele specifice de cercetare, atât cu caracter teoretic și metodologic (studiul calitativ), cât și cu caracter empiric (studiul cantitativ). Acestea sunt prezentate pe cele două categorii mai jos:

Obiective specifice cu caracter teoretic și metodologic

OTM 1. Generarea unui model teoretic privind particularităților ce caracterizează procesul decizional la nivelul unităților spitalicești publice din România.

OTM 2. Creșterea credibilității modelului teoretic privind particularitățile procesului decizional la nivelul unităților spitalicești publice din România prin mixarea obiectivelor calitative.

Obiective specifice cu caracter empiric

OSE 1. Identificarea factorilor care influențează deciziile manageriale adoptate în unitățile spitalicești publice din România.

OSE 2. Identificarea modelelor de decizie pe care le iau managerilor unităților spitalicești publice din România.

OSE 3. Determinarea importanței elementelor de unicitate a unităților spitalicești publice din România în luarea deciziei manageriale.

OSE 4. Determinarea relațiilor dintre stilul managerial și modelul decizional adoptat în unitățile spitalicești publice din România.

Metodologia cercetării

Având în vedere părerea conform căreia constatările care rezultă din două sau mai multe metode sporește credința că rezultatele sunt valabile și nu reprezintă un artefact metodologic (Bouchard, 1976), am combinat cercetarea calitativă cu cercetarea cantitativă cu ajutorul triangulării metodologice. Așadar, extragerea premiselor din analiza calitativă (pe baza interviului) stau la baza formulării cadrului teoretic al acestei cercetări, care este consolidată cu ajutorul autoetnografiei. Teoria formulată în primul studiu reprezintă fundamentul teoretic celui de-al doilea studiu, care pornește de la o anchetă prin sondaj (pe baza de chestionare), care continuă cu extragerea și formarea eșantionului pe baza datelor culese din chestionare și care are în vedere evaluarea unor ipoteze de lucru prin care să se valideze empiric modelul teoretic propus. În cele din urmă, scopul coroborării celor două tipologii de metode a fost de a consolida abordarea metodologică pentru a răspunde obiectivului fundamental al cercetării: identificarea particularităților procesului decizional managerial în unitățile spitalicești publice

din România. De asemenea, s-a dorit surmontarea limitelor inerente fiecărui tip de cercetare și combinarea avantajelor fiecăreia.

PREZENTAREA SINTETICĂ A CAPITOLELOR TEZEI DE DOCTORAT

În acord cu obiectivele propuse, lucrarea este structurată în două părți, urmate de concluzii, referințe bibliografice și anexe. Prima parte, intitulată *Aspecte teoretice și practice privind procesul decizional în unitățile spitalicești*, cuprinde două capitole ce au în vedere realizarea unei analize critice a literaturii de specialitate privind procesul decizional managerial (Capitolul 1) și cea ce implică acesta în cadrul unităților spitalicești în general și a unităților spitalicești publice din România în particular (Capitolul 2).

În primul capitol ne-am propus să realizăm o analiză critică a literaturii de specialitate privind un domeniu de cercetare complex ce vizează procesul decizional managerial și ceea ce implică acesta în cadrul unităților spitalicești în general și a unităților spitalicești publice din România în particular.

În construirea acestui demers am plecat de la definirea conceptului de decizie managerială și realizarea unei analize a tipologiilor acesteia, ținând cont de criteriile și factorii cu rol determinant prezentați în studiile de specialitate. În acest sens am observat modul de organizare și elementele de identificare a unităților spitalicești, caracteristicile distinctive ale deciziilor non clinice, determinanții dar și rolul managerilor în procesul decizional în unitățile spitalicești.

Ulterior, am urmărit să plasăm decizia în cadrul procesului decizional managerial, punând accent pe caracteristicile, factorii de influență, sursele de informații, condițiile, rolul managerilor și eficacitatea procesului decizional managerial. Pentru a putea avea informații cât mai complete asupra domeniului cercetat am realizat mai întâi analiza la nivelul organizațiilor, apoi am restrâns la nivelul unităților spitalicești la modul general, și în cele din urmă la nivelul unităților spitalicești publice din România în mod particular.

Astfel, am reușit să identificăm particularitățile procesului decizional, a elementelor de specificitate și a modului de organizare a unităților spitalicești, dar și determinarea aspectelor specifice luării deciziilor manageriale în unitățile spitalicești din România.

Următorul pas a fost ancorarea procesului decizional managerial în cadrul unui traseu decizional cunoscut în literatura de specialitate sub denumirea de model decizional. Partea a doua a celui de-al doilea capitol prezintă modelele de luarea a deciziei manageriale, etapele, determinanții, criteriile dar și limitele acestora în procesul decizional în unitățile spitalicești identificate în literatura de specialitate. Altfel spus, am dorit să analizăm care sunt pașii pe care

un manager îi parcurge în luarea unei decizii, cu scopul de a identifica caracteristicile comune și a trasa particularitățile modelului decizional managerial aplicat în unitățile spitalicești publice din România. Ultima parte a capitolului doi descrie specificul serviciilor de sănătate și particularitățile, domeniul și carențele procesului decizional în unitățile spitalicești din România. În acest sens, am analizat modelele decizionale manageriale prezentate în studiile teoretice și practice existente atât în țară, cât și în străinătate, concluziile obținute constituind premisele pentru conturarea direcției de cercetare empirice a prezentei lucrări doctorale.

Partea a doua a cercetării, intitulată *Metode de cercetare calitativă și cantitativă în perspectiva elaborării metodologiilor mixte*, cuprinde două capitole ce includ atât aspecte metodologice, cât și empirice privind studiul empiric al prezentei lucrări realizat după coordonatele unei cercetări mixte. Potrivit acestei abordări, au fost realizate două studii empirice coroborate între ele pentru a conduce la atingerea aceluiasi obiectiv fundamental.

Primul studiu realizat în cadrul Capitolului 3 este de tip calitativ și permite atât dezvoltarea cadrului teoretic al cercetării de față, cât și elaborarea unor ipoteze de lucru care vor fi verificate prin cel de-al doilea studiu.

În această etapă a cercetării, datele privind procesul decizional managerial la nivelul unităților spitalicești din România au fost culese prin utilizarea metodei anchetei pe bază de interviuri. Dintre tipurile de interviuri existente în literatura de specialitate, am ales interviul în profunzime semi-structurat. S-a urmărit identificarea unor opinii, atitudini, percepții, motivații ale participanților la discuție privind factorii care influențează procesul decizional, care sunt criteriile de adoptare a anumitor decizii, care sunt sursele de dovezi, care sunt etapele parcurse pentru luarea unei decizii, cum utilizează fluxurile de informații, care sunt persoanele cu care se consultă, dacă se consultă, precum și impactul pe care aspectele etice îl au asupra procesului decizional managerial.

În ceea ce privește interviul ca instrument de cercetare, pretestarea acestuia s-a realizat în perioada 04.12.2017-11.01.2018, când au fost intervievați 4 manageri ai unor unități spitalicești din județul Iași, din care o unitate privată și trei unități publice.

A fost aplicat un ghid de interviu care a cuprins întrebări referitoare la provocările și modelele de decizie specifice ale managerilor unităților spitalicești. S-a constatat faptul că ghidul de interviu nu răspundea în totalitate scopului cercetării, acela de a identifica particularitățile procesului decizional managerial la nivelul unităților spitalicești publice din România. Nu erau incluse întrebări care să genereze răspunsuri privind factorii care influențează procesul decizional și dovezile pe care se bazează managerii în luarea deciziilor.

Drept urmare, s-a luat decizia de a elimina din eșantion unitățile spitalicești private și de a completa ghidul de interviu cu întrebări suplimentare privind sursele de dovezi sau factorii de influență.

Eșantionarea pentru studiul calitativ a fost realizată prin metoda eșantionării intenționate raționale (Gill, 2020). Pornind de la criteriul ca participanții să fie manageri ai unor unități spitalicești publice, am obținut astfel un eșantion de 10 participanți.

Cele 10 interviuri au fost aplicate în Regiunea Nord-Est a României, managerilor unităților spitalicești publice din Județele Iași, Suceava, Neamț, Focșani și Vaslui. Datele astfel obținute au fost sintetizate și prelucrate utilizând analiza de conținut tematic-categorială, ce presupune o tehnică de analiză a textului, prin conținut înțelegând cuvinte, imagini, înțelesuri, simboluri, idei, etc.

Toate temele și/sau conceptele identificate pe baza afirmațiilor selectate din cele 10 interviuri au fost sintetizate într-un tabel, ceea ce a permis mai ușor compararea informațiilor / datelor atât pentru fiecare interviuat în parte, cât și între cei 10 intervievați. Prin procesul de comparare s-au stabilit legături între teme și/sau concepte, ceea ce a permis mai departe stabilirea sau definirea categoriilor semantice, care a presupus de fapt etapa codării axiale. În cele din urmă, codarea selectivă a permis unirea categoriilor semantice într-o categorie de bază. Această categorie a reprezentat teza centrală a studiului calitativ și ideea centrală din spatele teoriei fundamentate.

Scopul utilizării interviului a fost de a dobândi o înțelegere aprofundată a experiențelor managerilor referitoare la modul în care iau decizii și a semnificației pe care o aceștia o atribuie activității manageriale. În continuare, pentru a îmbunătăți fiabilitatea și valabilitatea informațiilor, analizelor, interpretărilor și concluziilor colectate prin intermediul anchetei pe bază de interviuri, am ales să comparăm datele obținute prin analiza interviurilor cu datele generate de autoetnografia analitică – comparare ce presupune de fapt realizarea triangulării datelor.

Autoetnografia este o metodă de cercetare calitativă care utilizează experiența personală a cercetătorului pentru a descrie și critica convingerile, practicile și experiențele culturale. Justificarea alegerii acestei metode derivă din poziția cercetătorului, ce deține de peste 14 ani funcția de manager al unui spital public și de peste 20 de ani funcții de conducere în unitățile spitalicești publice din județul Iași. Drept urmare, fenomenul studiat, respectiv particularitățile procesului decizional managerial în unitățile spitalicești publice din România a fost foarte familiar cercetătorului. Situația generată de pandemia COVID 19 a reprezentat una dintre cele mai mari provocări a managerilor unităților spitalicești publice din România și

implicit și a cercetătorului prezentei lucrări. Necunoscutul situației, incertitudinea și neprevăzutul au dominat anii 2020-2022, când managerii spitalelor românești au fost puși în fața unor probleme unice, atipice, a căror rezolvare a necesitat implicarea totală a acestora în procesul decizional.

Așadar, cu ajutorul celor două metode calitative, metoda anchetei pe bază de interviuri și autoetnografia, s-au putut realiza comparații între propriile experiențe ale cercetătorului, în calitatea sa de manager, cu analiza realizată asupra datelor culese prin interviuri, susținute cu alte analize similare din literatura de specialitate, permițând astfel prin inducție conturarea unui model cu un înalt grad de generalitate.

Analiza efectuată în această etapă a cercetării a evidențiat că procesul decizional managerial la nivelul unităților spitalicești este cu atât mai complex cu cât unitățile spitalicești publice sunt caracterizate de anumite elemente care le oferă particularitate în raport cu alte organizații. Dintre acestea, cele care subliniază cel mai bine provocările specifice sistemului sunt: natura personalizată a serviciilor de sănătate, complexitatea procesului de îngrijire, vulnerabilitățile, nevoia de sprijin și susținere a pacienților, lipsa unei ierarhii clare precum și natura avansată a tehnologiilor utilizate.

O altă caracteristică observată este atitudinea în general pozitivă față de managementul bazat pe dovezi folosit de managerii unităților spitalicești publice din România în luarea deciziilor. S-au evidențiat modelul administrativ, urmat de modelul bazat pe surse de dovezi, modelul adaptativ, și nu în ultimul rând modelul DECIDE și modelul incremental de luare a deciziilor, toate contribuind la conturarea particularităților ce caracterizează procesul decizional managerial în unitățile spitalicești publice din România.

Cercetarea calitativă realizată prin triangularea anchetei pe bază de interviu, consolidată prin autoetnografiere și studiile de specialitate din domeniu, au condus la realizarea primelor două obiective specifice ale lucrării doctorale.

Cadrul teoretic obținut în cercetarea calitativă a constituit alături de aprofundarea literaturii de specialitate premisele definirii ipotezelor pentru abordarea cantitativă, menită să valideze statistic cadrul teoretic pe un eșantion mai larg, dintr-un areal geografic mai mare.

În Capitolul 4, ne-am propus verificarea ipotezelor de lucru corespunzătoare studiului cantitativ – formulate din cadrul teoretic fundamentat pe baza studiului calitativ – în vederea identificării particularităților procesului decizional managerial în unitățile spitalicești publice din România. În acest sens, capitolul este structurat astfel: prezentarea și descrierea etapelor aplicării anchetei prin sondaj, culegerea datelor folosind ca instrument chestionarul,

prezentarea metodelor statistice folosite în analiza datelor, analiza statistică descriptivă a datelor și verificarea ipotezelor de lucru specifice studiului cantitativ.

Pentru a avea evidența spitalelor publice existente la nivelul țării noastre am utilizat datele preluate de pe Institutului Național de Statistică. Astfel am putut constata că în România sunt 368 de unități spitalicești publice.

Instrumentul de cercetare utilizat pentru culegerea datelor a fost chestionarul. Dintre limitele utilizării chestionarului, au fost identificate riscul pierderii spontaneității răspunsurilor și posibilitatea producerii unor erori datorate neînțelegerii itemilor chestionarului. Chestionarul a fost introdus în platforma Google Docs care oferă acces criptat și securizat pentru fișierele create.

Pentru optimizarea metodei de cercetare, chestionarul a fost pretestat pe un subșantion de 19 manageri aleși aleator de la nivelul unităților spitalicești publice din România. Scopul pretestării a constat în îmbunătățirea nivelului de înțelegere a întrebărilor propuse spre a fi analizate având loc în faza premergătoare culegerii datelor. Rezultatele preliminare au arătat că nivelul de înțelegere a întrebărilor a fost unul ridicat, însă nivelul de variabilitate la anumiți itemi a fost scăzut, participanții nereușind să facă distincția între diferite elemente. Prin urmare, s-a decis eliminarea, gruparea sau redenumirea anumitor categorii. Atât înainte, cât și după etapa de pretestare, chestionarul a fost transmis pentru evaluare echipei de experți formată din două cadre didactice universitare, un expert în management și un expert în statistică din cadrul Facultății de Economie și Administrarea Afacerilor, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza” din Iași, care au validat versiunea finală a chestionarului.

În elaborarea chestionarului, au fost folosite 31 de întrebări închise care au inclus mai multe variante de răspuns și au permis respondenților să aleagă una sau mai multe dintre aceste variante, cât și 18 întrebări deschise, acest tip de întrebări permițând respondenților să răspundă deschis, cu propriile cuvinte (Foddy, 1994). În formularea întrebărilor închise am ales scala de tip Likert prin care respondenților li s-a oferit posibilitatea de alegere dintre șase răspunsuri: *în foarte mică măsură(1), în mică măsură(2), în destul de mică măsură(3), în destul de mare măsură(4), în mare măsură(5), în foarte mare măsură(6)*. În literatura de specialitate scala Likert este privită ca o abordare a măsurării opiniilor (Bryman, 2001).

Chestionarul a cuprins 7 secțiuni, secțiunile 2-7 au fost dedicate conceptelor cheie. Ultima parte a secțiunii 7 a fost destinată culegerii datelor de natură socio-demografică despre managerii respondenți la studiu.

Chestionarele au fost autoadministrate electronic, prin intermediul platformei Google Docs. Potențialii participanți la studiu au primit informațiile de contact ale investigatorului

(telefon, e-mail) pentru a se asigura că pot confirma participarea la studiu. În cazul în care potențialii participanți nu au răspuns la invitația inițială, chestionarul a fost retransmis, la distanță de 1 săptămână. Un total de 271 chestionare au fost trimise managerilor de nivel mediu și superior prin e-mail.

S-a optat pentru furnizarea electronică a chestionarului, datorită gradului de ușurință pe care acest mod de colectare a datelor îl oferă acestora (Lefever, Dal și Matthíasdóttir, 2007). Având în vedere că studiul s-a realizat la nivel național, transmiterea prin e-mail a facilitat comunicarea rapidă cu persoane aflate în locații îndepărtate, care altfel ar fi putut fi greu accesibile. De asemenea, culegerea datelor în format electronic a diminuat riscul de eroare în constituirea bazei de date (Lefever, Dal și Matthíasdóttir, 2007).

Dintre metodele statistice utilizate, o primă metodă de analiză statistică aplicată a fost analiza descriptivă. Tabelele de contingență au fost folosite pentru a analiza asocierile dintre două variabile categoriale pentru lotul de respondenți studiat (Jaba, 2002), iar coeficientul gamma (numit și statistica gamma, sau coeficientul lui Goodman și Kruskal) pentru a arata „puterea” asocierii dintre două variabile categoriale. Analiza Corespondențelor Multiple (ACM) este o extensie a analizei corespondențelor și face parte din familia metodelor multivariate care se aplică în studiul asocierii categoriilor variabilelor categoriale din seturi de date complexe.

Datele au fost colectate în perioada 16.05.2022–02.06.2022, fiind completate 122 de chestionare. Cea mai mare rată de răspuns s-a înregistrat la nivelul Regiunii Nord Est (65%), urmată de Regiunea Sud Est (44%). La polul opus, rate de participare scăzute s-au înregistrat în cazul Regiunilor Sud-Muntenia (17%) și București Ilfov (22%). Datele obținute au arătat că 53% dintre respondenți sunt bărbați, iar 43% sunt femei.

Nivelul de educație al managerilor care au participat la studiu a fost în mare reprezentat de nivelurile superioare: mai mult de jumătate dintre acești manageri (52%) au o calificare post-universitară; 43% au studii în domeniul medical și 38% au studii economice.

Prin analizarea rezultatelor obținute din cercetarea cantitativă am observat că ipoteza 1 a fost confirmată parțial, ipoteza 2 a fost validată, ipoteza 3 a fost validată parțial și ipoteza 4 a fost invalidată. Ceea ce reiese din verificarea ipotezelor mai sus menționate este că managerii unităților spitalicești publice din România sunt influențați în luarea deciziilor manageriale de factorul economic, că nivelul de conștientizare a influenței factorului politic nu este la un nivel înalt contrar așteptărilor și că procesul decizional managerial este influențat de dileme și valori etice care însă nu impactează asupra acestuia prin scăderea vitezei de răspuns la problematica decizională. Prin urmare, cu ajutorul ipotezelor 1, 2, 3 și 4 am reușit să identificăm factorii

care influențează deciziile manageriale adoptate în unitățile spitalicești publice din România și să realizăm astfel primul obiectiv specific cu caracter empiric (OSE1) conform schemei metodologice a cercetării.

Validarea ipotezelor 5 și 6 au condus la identificarea modelelor de decizie specifice managerilor unităților spitalicești publice din România, respectiv modelul bazat pe surse de dovezi și modelul incremental, realizând astfel obiectivul specific cu caracter empiric numărul 2 (OSE2).

Prin confirmarea ipotezei 7 conform căreia adoptarea deciziilor manageriale în unitățile spitalicești publice din România este influențată de elementele de unicitate care le caracterizează, am reușit să determinăm importanța acestor elemente în luarea deciziilor manageriale, altfel spus să realizăm obiectivul specific numărul 3 (OSE3) al cercetării empirice.

Nu în cele din urmă, obiectivul specific cu caracter empiric numărul 4 a fost realizat prin validarea ipotezei 8 care a reliefat faptul că managerii unităților spitalicești publice din România practică un stil consultativ în luarea deciziilor, bazându-se de multe ori pe echipă.

Prin urmare, din cele expuse, putem conchide că studiul cantitativ a oferit acuratețe cercetării susținând obiectivul general al lucrării și anume: identificarea particularităților modelului decizional managerial la nivelul unităților spitalicești publice din România.

Pentru a furniza o imagine de ansamblu a particularităților identificate am considerat oportună incorporarea acestora într-un cadru structurat, care să ofere într-o manieră sintetizată răspunsuri la întrebările cercetării.

CONCLUZIILE CERCETĂRII

Prezenta cercetare doctorală a abordat una dintre cele mai importante problematice ale sistemului sanitar, și anume faptul că indicatorii de performanță ai sistemului sanitar românesc, deși sunt în curs de ameliorare, rămân profund nefavorabili, în comparație cu mediile Uniunii Europene, reflectând un management deficitar care nu poate să răspundă pe deplin nevoilor de sănătate din ce în ce mai diversificate ale populației.

Analiza studiilor realizate în domeniu a arătat că eficientizarea unităților spitalicești și creșterea performanței acestora se află în strânsă legătură cu modul în care managerii iau decizii strategice. La nivelul țării noastre, nu au existat prea multe preocupări care să vizeze observarea procesului decizional managerial în cadrul unităților spitalicești. Cu scopul de a deschide noi orizonturi într-o zonă de cunoaștere mai puțin explorată și a crea puncte de reper care să contribuie la îmbunătățirea mediului spitalicesc românesc, am considerat oportună abordarea actualei teme de cercetare și anume: identificarea particularităților modelului decizional al unităților spitalicești publice din România.

În realizarea demersului de cercetare vizat, ancorat în realitatea actuală existentă, am plecat de la studierea literaturii de specialitate, incursiune cu ajutorul căreia am stabilit stadiul cercetării în domeniu. Rezultatele obținute au direcționat cercetarea spre conturarea unui cadru metodologic care a vizat mixarea metodei calitative realizate cu ajutorul anchetei pe bază de interviu și a autoetnografierii cu metoda cantitativă realizată cu ajutorul anchetei pe bază de chestionar.

Constatările obținute atât din studiul calitativ, cât și din cel cantitativ au oferit răspunsuri la întrebările de cercetare emise.

În continuare, concluziile cercetării sunt prezentate structurat pe răspunsurile întrebărilor de cercetare:

1. Factorii care influențează managerii unităților spitalicești publice din România în luarea deciziilor

- Datele colectate pentru această cercetare arată că deciziile managerilor spitalelor publice din România sunt influențate de determinanți interni și externi mediului spitalicesc, ce interacționează de cele mai multe ori imprezvizibil și cu impact asupra vitezei de luare a deciziei.
- Factorii de mediu extern identificați și analizați au fost factorul politic, urmat de factorul economic și într-o proporție mai mică factorul social și factorul geografic.

- Determinatul politic și determinantul economic au fost identificați cu rol de influență semnificativ în deciziile manageriale în unitățile spitalicești publice din România.
- Multitudinea de actori implicați în adoptarea deciziilor manageriale în spitalele publice din România determină variații în elaborarea criteriilor și stabilirea alternativelor decizionale susceptibile de a provoca dispute publice.
- Managerii spitalelor publice din România își selectează soluția decizională dintre alternativele ce creează un echilibru între obținerea suportului politic, fără să piardă suportul grupurilor importante din unitate și din comunitate și eficiența procesului decizional.
- Managerii intervievați au menționat, cel puțin o dată în cadrul interviului, factorul economic ca fiind determinant în luarea deciziilor manageriale. Aceștia au menționat impactul restrictiv pe care resursele economice și financiare îl au asupra selectării soluției decizionale optime, limitarea alternativelor fezabile și alegerea unei soluții decizionale de compromis care în final are impact asupra stării de sănătate a populației.
- O altă concluzie rezultată din discutarea constatărilor din acest studiu arată că în ceea ce privește influența factorilor de mediu intern, aspectele de etică și latura morală a procesului decizional reprezintă determinanți majori cu impact semnificativ asupra vitezei de luare a deciziei. Pandemia COVID-19 a scos la iveală sensibilitatea și fragilitatea unităților spitalicești care s-au văzut puse în fața unor situații necunoscute, imprevizibile și care de cele mai multe ori au implicat aspecte etice așa cum a reieșit din prezenta cercetare.
- Concluzia care reiese în urma discuțiilor este că managerii trebuie să conștientizeze importanța influenței factorului politic și a factorului economic în procesul decizional managerial de la nivelul unităților spitalicești publice din România pentru a identifica alternativa cea mai bună ca soluție decizională.
- Elementele de unicitate ale unităților spitalicești sugerează ca, pe lângă raționalitatea alternativelor, să se ia în considerare și aspectele etice ale acestora.
- Deciziile adoptate în interesul unității spitalicești și deciziile în interesul pacientului nu sunt întotdeauna convergente, starea de vulnerabilitate și nevoia de sprijin a pacienților, natura personală și personalizată a serviciilor de sănătate generând dileme etice din ce în ce mai complexe, procesul de decizie managerială fiind pus din ce în ce mai mult față în față cu dileme etice dintre cele mai complexe.

2. Sursele de informații și criteriile de selecție pe care se bazează managerii unităților spitalicești publice din România în luarea deciziilor

- Managerii unităților spitalicești publice din România utilizează surse de dovezi în procesul decizional managerial, recunosc utilitatea acestora și consideră că această abordare îmbunătățește calitatea deciziilor manageriale.
- Cele mai importante surse de dovezi în luarea deciziilor manageriale de către managerii unităților spitalicești din România sunt: experiența profesională, judecata membrilor comitetului director și a membrilor comisiilor și comitetelor dar și sistemul informațional spitalicesc, tabloul de bord al managementului, dovezile interne și așteptările părților interesate observate prin participarea la rapoartele de gardă sau la întâlnirile din zona administrativă. În egală măsură, managerii intervievați au considerat legislația, rapoartele și planurile naționale, regionale sau locale ca fiind surse importante de dovezi.
- Un procent mai mic au menționat etica și convingerile religioase ca fiind surse pe care se bazează în luarea deciziilor.

3. Influența valorilor și dilemelor etice asupra deciziilor adoptate de managerii spitalelor publice din România

- Constatările studiului au relevat faptul că managerii unităților spitalicești publice din România iau decizii în contextul presiunilor profesionale, sociale și economice, care intră în conflict cu sau ascund probleme morale. Frecvent aceștia se confruntă cu multiple posibilități etice, unele având un potențial mai mare pentru beneficii pe termen lung.
- Managerii intervievați au adus în atenție o serie de subiecte sensibile, generate de confruntări de valori între diferiți stakeholderi cu nevoi, interese, așteptări, background-uri și personalități diferite, medii cu specific cultural diferit, context strategic și/sau situații conjuncturale de incertitudine, presiuni din mediul intern și extern, resurse insuficiente, lipsă de competență și/sau experiență, ambiguități legislative.
- De asemenea, s-a observat că existența aspectelor etice în luarea deciziilor implică un studiu atent și o judecată temeinică din partea managerilor.

- Valorile și dilemele etice influențează procesul decizional managerial în unitățile spitalicești publice din România prin faptul că generează alternative multiple, rezultate și consecințe mixte, evenimente neașteptate și implicații personale. Toate acestea conduc la încetinirea vitezei de răspuns în decizii ce vizează domenii precum adoptarea bugetului și alocarea resurselor, recrutarea, formarea și dezvoltarea personalului, achizițiile de tehnologie sau planificarea strategică.
- De asemenea, răspunsurile oferite de managerii participanți la studiu au arătat că de cele mai multe ori deciziile luate în beneficiul unei anumite categorii de persoane interesate (pacienți, angajați, furnizori, alte instituții etc.) poate reprezenta negarea unei obligații față de o altă categorie, pandemia COVID-19 oferind cele mai multe exemple în acest sens.

4. Modelele pe care le urmează managerii unităților spitalicești publice din România în luarea deciziilor

- Prin prezenta cercetare am reușit să identificăm o serie de forme, tehnici și instrumente specifice managerilor unităților spitalicești publice din România în luarea deciziilor concretizate în ceea ce literatura de specialitate definește ca fiind modelul decizional.
- Modelul administrativ, urmat de modelul bazat pe surse de dovezi și modelul adaptativ sunt cele mai utilizate modele de decizie de către managerii unităților spitalicești din România, pe locul trei situându-se modelul DECIDE și modelul incremental de luare a deciziilor.
- În ceea ce privește utilizarea modelului administrativ, cercetarea a concluzionat faptul că managerii unităților spitalicești din România se asigură că problemele sunt clar definite, că includ în procesul de luare a deciziilor persoanele direct vizate, monitorizează îndeaproape punerea în aplicare a deciziei și solicită feedback.
- Majoritatea managerilor au menționat utilizarea modelului bazat pe dovezi în achiziționarea de tehnologie. Se constată o îndepărtare de deciziile profesionale care se bazează pe experiență și intuiție considerate mai puțin raționale, și o orientare spre o paradigmă bazată pe dovezi. Modelul decizional bazat pe dovezi îi ajută pe manageri să se utilizeze de expertiza și judecata profesională privind validitatea și valoarea diferitelor tipuri de dovezi în deciziile pe care le iau.

- O concluzie a prezentei cercetări este faptul că managerii unităților spitalicești din România iau o serie de decizii în mod rațional, gândite, calculate, măsurate, însă utilizează și stilul adaptativ caracterizat prin flexibilitate și intuiție în luarea unor decizii care implică adoptarea de măsuri urgente, cum ar fi procurarea de sânge pentru un pacient programat la intervenție chirurgicală și pentru care centrul de transfuzii nu a furnizat sângele cerut.
- Din analiza datelor colectate prin anchete, managerii unităților spitalicești din România utilizează modelul DECIDE în procesul decizional, urmând pașii descriptivi ai acestui model: definirea problemei care necesită găsirea unei soluții, elaborarea criteriilor, considerarea tuturor alternativelor, identificarea celei mai bune alternative, dezvoltarea și implementarea unui plan de acțiune și evaluarea și monitorizarea soluției alese.
- Nu în cele din urmă, managerii intervievați utilizează și modelul incremental pentru luarea deciziilor, reprezentat prin caracterul negocierilor politice și condiția existenței compromisurilor între factorii implicați în procesul decizional.

Prin identificarea particularităților modelului decizional managerial din cadrul unităților spitalicești publice din România, așa cum au fost percepute de către managerii din domeniul sanitar românesc, și confirmate de literatura de specialitate, nu ne-am propus să creăm tipare decizionale ci să constituim un instrument care să ajute sistemul sanitar să progreseze și să răspundă provocărilor din ce în ce mai complexe.

Stabilirea factorilor de influență, criteriile, sursele de dovezi utilizate, modelele, precum și stilul managerial decizional, toate acestea conduc la conștientizarea faptului că luarea deciziilor în unitățile spitalicești publice din România într-o anumită manieră influențează performanța acestora și prin urmare a întregului sistem sanitar românesc.

Așadar, considerăm că, răspunsurile oferite de prezenta cercetare doctorală trasează liniile directoare pentru orientarea procesului decizional managerial spre performanța unităților spitalicești publice din România, astfel încât putem afirma că scopul cercetării de față a fost realizat.

REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

1. Adair, J. (2007). *Decision Making și Problem Solving Strategies*, Kogan Page Limited, Philadelphia.
2. Adams, T., Holman Jones. S., Ellis, C. 2015. *Autoethnography: Chapter 1*, Oxford University press.
3. Adelano Awowale, A. (2017). *Decision Making in Healthcare Systems: Roles and Responsibilities*. College Park: Faculty of the Graduate School of the University of Maryland.
4. Agheorghiesei, D.T., Poroch, V.(2013). *Repere în managementul eticii în instituțiile spitalicești*, Editura Universitară „Grigore T.Popa”, Iași, pp.7-8.
5. Alonso, J. M., Clifton, J., Diaz-Fuentes, D. (2022). Corporatization and political ideology: The case of hospitals in Spain. *Public Administration*, 100:324-337. <https://doi.org/10.1111/padm.12776>.
6. Al-Tarawneh, H. (2012). The Main Factors beyond Decision Making. *Journal of Management Research*, 4(4), 1-23.
7. Alvino, L., Franco, M. (2017). The decision-making process between rationality and emotions. *International Journal of Scientific Research and Management*, 5(9), 7074-7092.
8. Anderson, L. (2006). Analytic autoethnography. *Journal of Contemporary Ethnography*, 35,373-395.
9. Armstrong, R.W. (1996). [The relationship between culture and perception of ethical problems in international marketing](#), *Journal of Business Ethics*, 15 (11):1199 - 1208.
10. Astărăstoae, V., (2010), Este necesar o analiză etică a sistemului de sănătate românesc?, *Revista Română de Bioetică*, vol. 8, nr. 1.
11. Ashmos, D., McDaniel Jr., R.R. (1991). Physician participation in hospital strategic decision making: the effect of hospital strategy and decision content. *Health Services Research*, 26(3): 375-401.
12. Atkinson, P. (1997). Narrative turn or blind alley? *Qualitative Health Research*, 7, 325-344.
13. Atkinson, M.M. (2011). Lindblom's lament: Incrementalism and the persistent pull of the status quo. *Policy and Society*, 30(1), 9-18.
14. Babbie, E. (2016). *The Practice of Social Research, Fourteenth Edition*. Cenge Learning. Boston.

15. Baghbanian, A., [Kebriaei, A.](#), [Khavarpour, F.](#), Hughes, I. (2012). Adaptive decision-making: how Australian healthcare managers decide. *Australian Health Review*, 36:49-56.
16. Bagheri-Lankarani K., Mohammad Alinejad, Z., Mooghali, A., Joulaei, H., Akbari, M. (2015). An Analytical Study of Health System Managers' Decision-Making Models. *Shiraz E-Medical Journal*, 16(8).
17. Baltag, D., Cumpăt, C.M., Filip, A.L. (2013). *Performanță în serviciile de sănătate publică, derularea programelor naționale de sănătate - criteriu de performanță în serviciile de sănătate publică*, Editura Universității "Alexandru Ioan Cuza", Iași.
18. Barbiero, A., Hitaj, A. (2020). Goodman and Kruskal's Gamma Coefficient for Ordinalized Bivariate Normal Distributions. *Psychometrika* 85:905-925. <https://doi.org/10.1007/s11336-020-09730-5>.
19. Barends, E. R. (2014). *Evidence-based Management: The Basic Principles*. Amsterdam: Center for Evidence-Based Management.
20. Bath, P., Booth, A. (2008). Healthcare managers' decision making: Findings of a small scale exploratory study. *Health Informatics Journal*, 14(4), 247–258.
21. Bazeley, P. (2013). *Qualitative Data Analysis: Practical Strategies*, London: Sage Publications Inc.
22. Bazeman M. (2001). *Judgment in Managerial Decision Making*. 5th ed, Wiley Text Books, New York.
23. Bazzoli, G.J. și colab.(2007). Hospital Financial Condition and Operational Decisions Related to the Quality of Hospital Care. *Medical Care Research and Review*, 64(2): 148-168.
24. Bărbat, A. (1971). *Teoria statisticii sociale*. Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza” din Iași.
25. Beh, E.J. (2004). Simple correspondence analysis: a bibliographic review. *International Statistical Review*, 72(2):257–284.
26. Bellut, S. (2002). *Les processus de la décision : démarches, méthodes et outils*. AFNOR.
27. Benowitz, E.A. (2001). *Principles of Management*. New York: Hungry Minds, Inc.
28. Benowitz, E. A. (2002), *Principles of management*, Hungry Minds, Inc, New York, p. 43.
29. Berchet, C., Habchi, G. (2000). Modelling for simulation of manufacturing systems control. *4th Int. Conf. on Engineering Design and Automation EDA'2000*, (pg. 250-256). Orlando - Florida, United States.
30. Besciu, C.E., Cazacu, F. (2018). Performance Management of the Romanian Hospitals: A General Radiography of the Quality of Emergency Services, *Proceedings of the 12th*

- International Management Conference “Management Perspectives in the Digital Era”, 195-201.*
31. Begun, J. W., White, K.R., Mosser, F . (2011). Interprofessional care teams: the role of the healthcare administrator”, *Journal of interprofessional care* 25(2), 119-123.
 32. Birken, S. A., Lee, S. Y. D., Weiner, B. J. (2012). Uncovering middle managers' role in healthcare innovation implementation, *Implementation Science*, 7(1), 28.
 33. Bradley, E.H., Hplmboe, E.S., Mattera, J.A., Roumanis, S.A. (2003). The roles of senior management in quality improvement efforts. What are the key components? Practitioner application. *Journal of Healthcare Management*, 48 (1).
 34. Bradu, O., Sandu, A. (2009). Perspective epistemice și axiologice în supervizarea apreciativă. *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*, 24, 95-102.
 35. Briner, R.B., Denyer, D., Rousseau, D.M. (2009). Evidence-Based Management: Concept Cleanup Time?. *The Academy of Management Perspectives*. 23(4):19-32.
 36. Bryman, A. (1984). The Debate about Quantitative and Qualitative Research: A Question of Method or Epistemology? *The British Journal of Sociology*, 35(1), 75-92.
 37. Bryman, A. (2001). *Social Research Methods*, Oxford University Press.
 38. Bouchard, T.J. (1976). Unobtrusive measures: An inventory of uses. *Sociological Methods and Research*, 4, 267-300.
 39. Bochner, A. P., Ellis, C. (1996). *Talking over ethnography*. In C. Ellis și A. P. Bochner (Eds.), *Composing Ethnography: Alternative Forms of Qualitative Writing* (pp. 13-45). Walnut Creek, CA: Alta Mira Press.
 40. Bochner, A., Ellis, C. (2016). *Evocative autoethnography: Writing lives and telling stories*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
 41. Bostan, I., Grosu, V., Influențe de natură economico-managerial manifestate la nivelul sistemelor de sănătate publică, *Revista Română de Bioetică*, vol. 8, nr. 2, 2.
 42. Buchholz, R.A., Rosenthal, S.B. (2001). A Philosophical Framework for Case Studies. *Journal of Business Ethics* (29)25–31.
 43. Buchbinder, S. B., Thompson, J. M, (2010). *Career opportunities in health care management: Perspectives from the field*, Jones & Bartlett Publishers.
 44. Castro, F.M., Guccio, C., Pignataro, G., Rizzo, I. (2014). The effects of reimbursement mechanisms on medical technology diffusion in the hospital sector in the Italian NHS. *Health Policy* 115(2): 215–229.

45. Casali, G.L. (2007). A Quest for Ethical Decision Making: Searching for the Holy Grail, and Finding the Sacred Trinity in Ethical Decision-Making by Managers, *Social Responsibility Journal*, 3(3):50 - 59.
46. Carter, N. (2014). The Use of Triangulation in Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5):545–548.
47. Chang, H. (2008). *Autoethnography as method*. Left Coast Press.
48. Chang, H. (2016). Autoethnography in health research: Growing Pains?, *Qual Health* 26(4), 443-51.
49. Charmaz, K. (2000). Grounded theory: Objectivist and constructivist methods. *The Handbook of Qualitative Research*.
50. Chelcea, S. (2001). *Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și calitative*. București: Editura Economică.
51. Cheer, K., MacLaren, D., Tsey, K. (2016). The use of grounded theory in studies of nurses and midwives' coping processes: A systematic literature search. *Contemporary Nurse A Journal for the Australian Nursing Profession*, 51:1-32.
52. Chestnut, D. (2013). Theory Management on Decision Making. http://www.ehow.com/facts_6962551_theory-management-decision-making.html.
53. Cicea, C., Bușu, C., Armeanu, E. (2011). The Swot Analysis of the Romanian Health Care System and the Key Elements for Resources Allocation, *Management Research and Practice*, vol. 3(3):32-41.
54. Clausen, S.E. (1998). *Applied Correspondence Analysis: An Introduction*. Thousand Oaks, Calif, USA: Sage: (Quantitative applications in the social science).
55. Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2000). *Research Methods in Education*. 5th Edition, Routledge Falmer, London.
56. Cohen, M.D., March, J.G., Olsen, J.P.(1972) A garbage can model of Organizational Choice, *Administrative Science Quarterly* Vol. 17, pp. 1-25.
57. Coffey, A. (1999). *The ethnographic self*. Sage. London.
58. Comisia Europeană -Profilul de țară din 2015 în ceea ce privește sănătatea.
59. Comisia Europeană -Profilul de țară din 2019 în ceea ce privește sănătatea.
60. Corbin, J., Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

61. Coulter, A. (2004). Perspectives on health technology assessment: Response from the patient's perspective. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 20(1): 92–6.
62. Creswell, J.W. (1994). *Research Design: qualitative și quantitative approaches*, Thousand Oaks, Sage.
63. Cumpăt, C.M. (2018). Main Challenges Faced by Healthcare Managers, *Proceedings of the 35th Balkan Medical Week* (Athens, Greece, 25-27 September 2018).
64. Cumpăt, C.M. (2019). Building quality decision making in healthcare, *5th BASIQ International Conference on New Trends in Sustainable Business and Consumption. Conference Proceedings*.
65. Cumpăt, C.M., Zugravu, B.G. (2020). *Boala cronică, o perspectivă interdisciplinară, provocări economice ale bolilor cronice și repere în estimarea costurilor acestora*, Editura Polirom, 2020.
66. Cumpăt, C.M., Zouri, M. (2019). Current Managerial Challenges in Romanian Public Hospitals. *19th International Conference on Social Sciences - Proceedings Book*, 185-19.
67. Cumpăt, C.M., Zouri, M., Zouri, N., Ferworn, A. (2019). Managerial Decision Support System for Evaluating the Influence of Nosocomial Infections: A System Dynamics Approach, *Proceedings of the 2019 2nd International Conference on Computers in Management and Business Cambridge, ICCMB2019*.
68. Cumpăt, C.M, Zouri, N., Leon-Constantin, M.M., Maștaleru, A., Moroșan, E., Mitu, F., Zouri, M. (2021), Influencing Medical Decisions in a Clinical Rehabilitation Hospital, *Revista Medico-Chirurgicală a Societății de Medici și Naturaliști din Iași-România*, Vol 125 No 2: The Medical- Surgical Journal.
69. de Andreis, F. (2020). A Theoretical Approach to the Effective Decision-Making Process. *Open Journal of Applied Sciences*, 10, 287-304.
70. Dahlberg, K., Drew, N., Nystrom, M. (2001). *Reflective Life World Research. Studentlitteratur*, Lund.
71. Dean J. W., Sharfman M.P. (1993). Procedural rationality in the strategic decision-making process, *Journal of Management Studies*, 30(4):587-610.
72. Dean, J. W. (1996). Does Decision Process Matter? A Study of Strategic Decision-Making Effectiveness. *The Academy of Management Journal*, 39(2), 368–396.
73. Denzin, N.K. (1978). *Sociological methods: A sourcebook*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Duggleby, W. (2005). What about focus group interaction data? *Qualitative Health Research*, 15: 832–840.

74. Denzin, N. K., Lincoln, Y. S. (2000). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed., pp. 1-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
75. Doebbeling, B. N., Flanagan, M. E. (2011). Emerging perspectives on transforming the healthcare system: redesign strategies and a call for needed research. *Medical care*, 49, S59-S64.
76. Drucker, P. (2008). *Management* (ed. Revised Edition). Harper Business.
77. Duane Ireland, R., Chet Miller, C. (2004). Decision-Making and Firm Success. *The Academy of Management*, 18(4), 8-12.
78. Dubas-Jakóbczyk, K., Albrecht, T., Behmane, D., Bryndova, L., Dimova, A. Džakula, A, Habicht, T., Murauskiene, L., Scîntee, S:G:, Smatana, M., Velkey, Z., Quentin, W. (2020). Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis. *Health Policy*, 124(4): 368-379, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.003>.
79. Duncan, R. B. (1973). Multiple Decision-making Structures in Adapting to Environmental Uncertainty: The Impact on Organizational Effectiveness. *Human Relations*, 26(3), 273-291.
80. Duran, A. (2019). Assessment of Public Hospital Governance in Romania: Lessons From 10 Case Studies”, *Int J Health Policy Manag*, 8(4), 199-210.
81. Ellis, C., Bochner, A. P. (2000). Autoethnography, personal narrative, reflexivity: Researcher as subject. In N. K. Denzin și Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 733-768). London: Sage.
82. Ellis, C., Adams, T., Bochner, E. (2011). Autoethnography: an overview. *Forum: Qualitative Social Research*, 12, Article 10.
83. Einsiedel Jr., A.A.(1983). Decision-making and problem solving skills: the rational versus the tha garbage can model of decision-making, *Project Management Quarterly*, 14(4), 52-57.
84. Embertson, M. K. (2006). The importance of middle managers in healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*, 51(4), 223.
85. Foddy, W.H. (1994). Constructing Questions for Interviews and Questionnaires: Theory and Practice, *Social Research*. New Edition, Cambridge University Press, Cambridge, UK.
86. Fulmer, R.M. (2004). The Challenge of Ethical Leadership, *Organizational Dynamics*, 33(3): 307–317.

87. Frunză, A. (2017). *Supervizarea și dezvoltarea profesională a asistenților sociali*. Iași, România: Editura Lumen.
88. Friedman, L. H., Goes, J. B., Orr, R. (2000). The timing of medical technology acquisition: Strategic decision making in turbulent environments/Practitioner application. *Journal of Healthcare management*, 45(5), 317.
89. Gay, L. R., Airasian, P. (2000). *Educational Research: competencies for analysis and application (6th edition)* Upper Saddle River, Prentice Hall.
90. Gill, P. Stewart, K., Treasure, E., Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: Interviews and focus groups. *British dental journal*. 204:291-5.
91. Gill, S.L. (2020). Qualitative Sampling Methods, *Journal of Human Lactation*.
92. Glaser, B. (1978). *Theoretical Sensitivity*. The Sociology Press, Mill Valley, CA.
93. Glaser, B.G., Strauss A. (1967), *The discovery of Grounded Theory, Strategies for Qualitative Research*, New Brunswick, (USA).
94. Graham, J. (2004). How do small business managers make strategic marketing decisions? A model of process, *European Journal of Marketing*, 38 (5-6), 659-674.
95. Greenacre, M., Blasius, J. (Eds.) (2006). *Multiple correspondence analysis and related methods*, Chapman and Hall.
96. Golafshani, N. (2003). Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report*. 8. 597-607.
97. Goodman L.A., Kruskal W.H. (1954). Measures of association for cross classifications. *Journal of the American Statistical Association*, 49:732-764.
98. Goulding, C. (1999). Consumer research, interpretive paradigms and methodological ambiguities, *European Journal of Marketing*, 33 (9/10):859-873.
99. Goulding, C. (2005). Grounded theory, ethnography and phenomenology A comparative analysis of three qualitative strategies for marketing research. *European Journal of Marketing*, 39(3/4):294-308.
100. Guo, R., Berkshire, S.D., Fulton, L.V., Hermanson, P. M. (2019), Predicting intention to use evidence-based management among U.S. healthcare administrators: Application of the theory of planned behavior and structural equation modeling, *International Journal of Healthcare Management*, 12(1), 25-32.
101. Guo, K.L. (2008). A Decision-Making Model for More Effective Decision Making by Health Care Managers, *The Health Care Manager*, 27(2): 118–127.
102. Hair, J.F., Tatham, R.L., Anderson, R.E., Black, W. (1998). *Multivariate Data Analysis*. 5th edition. Upper Saddle River, NJ, USA: Prentice-Hall; 1998.

- 103.Hall, R.T.(2000). *An introduction to healthcare organizational ethics*, Oxford University Press, New York, p.7.
- 104.Hansson, S. O. (1994). *Decision Theory. A Brief Introduction*. Stockholm: Royal Institute of Technology.
- 105.Harrison, F. E. (1996). A process perspective on strategic decision making. *Management Decision*, 34(1), 46-53.
- 106.Hatch, M. J., Cunliffe, A. L. (2006). *Organization Theory: modern, symbolic and postmodern perspectives* (ed. 3). Oxford: Oxford University Press.
- 107.Hazan, H. (2001). *One Voice: On Qualitative Voice in Research*. In: N. Tzabar Ben-Yehoshua, (Ed). Traditions and trends in qualitative research. Lod: Dvir.
- 108.Herzke, C., Bonsall, J., Bertram, A., Yeh, H. C., Apfel, A., Cofrancesco, J. Jr. (2020). Gender Issues in Academic Hospital Medicine: a National Survey of Hospitalist Leaders. *Journal of General Internal Medicine*, 35(6), 1641–1646. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05527-0>.
- 109.Hilal, N., Harb, S., Jamal, D., El-Jardali, F. (2019). The use of evidence in decision making by hospital managers in Lebanon: A cross-sectional study. *The International Journal of Health Planning and Management*, 35, e45-e55.
- 110.Hitchcock, G., Hughes, D. (1995). *Research and the teacher (2nd ed.)*. Routledge. London.
- 111.Holian, R. (2002). Management decision making and ethics: practices, skills and preferences. *Management Decision*, 40(9):862-870.
- 112.Iancu, E., Nica, I.C. (2020), Challenges, Restrictions And Quality Management In Hospital Units from Romania, *Management șiMarketing*, Vol 17(1):73-82.
- 113.Ionescu, D.I. (2015), Strategic Management In Public Hospitals In Romania. *Business Excellence and Management*, 5(6): 70-78.
- 114.Ionescu, A.M. (2008). *Introducere în analiza statistica multivariată*, Editura Universității ”Alexandru Ioan Cuza”, Iași.
- 115.Jaba, E. (2002). *Statistica. Ediția a treia*, Editura Economică, București.
- 116.Janati, A., [Hasanpoor](#), E., [Hajebrahimi](#) , S., [Sadeghi-Bazargani](#), H. (2017), Health Care Managers’ Perspectives on the Sources of Evidence in Evidence-Based Hospital Management: A Qualitative Study in Iran”, *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 27(6):659-668.
- 117.Johnson, R.A., Wichern, D.W. (2007). *Applied Multivariate Correspondence Analysis*. 6th edition. Upper Saddle River, NJ, USA: Prentice-Hall.

118. Jones, T. M. (1991). Ethical Decision Making by Individuals in Organizations: An Issue-Contingent Model. *Academy of Management Review*, 16(2), 366–395.
119. Joppe, M. (2000). The Research Process, *The Quantitative Report Journal*, 8(4), 597-607.
120. Kalaitzi, S., Cheung, K. L., Hiligsmann, M., Babich, S., Czabanowska, K. (2019). Exploring Women Healthcare Leaders' Perceptions on Barriers to Leadership in Greek Context. *Frontiers in Public Health*, 7, 68. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00068>
121. Kovner, A., Rundall, T. (2006). Evidence-Based Management Reconsidered. *Frontiers of health services management*. 22(3-22).
122. Kidholm, K. și colab.. (2015), Hospital managers' need for information in decision-making: An interview study in nine European countries, *Health Policy*, 119(11), 1424–1432.
123. Klein, G.A. (1993). A Recognition Primed Decision (RPD) Model of Rapid Decision Making, Decision making in action: Models and methods, *Ablex Publishing*, 138–147.
124. Kvalnes, Ø. (2019). *Moral Reasoning at Work: Rethinking Ethics in Organizations*, Springer International Publishing, pp. 11–19.
125. Kuziemsky, C. (2016). Decision-making in healthcare as a complex adaptive system. *Healthcare management forum*. 29, pg. 4-7. CA: Los Angeles: SAGE Publications.
126. Lai, C. K. și colab. (2014). Reducing implicit racial preferences: I. A comparative investigation of 17 interventions. *J. Exp. Psychol.*
127. Lal, P., Lim-Applegate, H., Scoccimarro, M. (2001), The adaptive decision-making process as a tool for integrated natural resource management: focus, attitudes, and approach, *Conservation Ecology*, 5(2): 11.
128. Lankarani, K.B și colab. (2015). An Analytical Study of Health System Managers' Decision -Making Models, *Health Policy Research Center*, 16(8).
129. Lapan, S.D., Quartaroli, M.T., Riemer, F.J. (2012). *Qualitative Research- an Introduction to Methods and Designs*, John Wiley&Sons.
130. Ledger, J. (2010). The gold standard of management? Evidence-based management and healthcare delivery, *London Journal of Primary Care*, 3(2):93–97.
131. Lefever, S., Dal, M., Matthíasdóttir, A. (2007). Online data collection in academic research: advantages and limitations. *British Journal of Educational Technology*, 38(4), 574–582.
132. Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

133. Liang, Z., Howard, P., Wang, J., Xu, M., Zhao, M. (2020). Developing senior hospital managers: does 'one size fit all'? - evidence from the evolving Chinese health system. *BMC Health Services Research*, 20(1), 281. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05116-6>.
134. Lin, L.-M., Wu, J.-H., Huang, I.-C., Tseng, K.-H., Lawler, J. J. (2007). Management development: a study of nurse managerial activities and skills. *Journal of Healthcare Management*, 52(3), 156–69.
135. Liverani, M., Hawkins, B., Parkhurst, J. O. (2013). Political and institutional influences on the use of evidence in public health policy. A systematic review. *PloS ONE*, 8(10), e77404. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077404>.
136. Longueville, B., Le Cardinal, J., Bocquet, J., Daneau, P. (2003). Towards a Project Memory for Innovative Product Design: A Decision Making Process Model. În A. Folkesson, M. Norell, K. Gralen, și U. Sellgren, *Proceedings of ICED 03, the 14th International Conference on Engineering Design* (pg. 457-458). Stockholm.
137. Löfgren, K. (Producer). (2013). *Qualitative analysis of interview data: A step-by-step guide*.
138. Lomardi, D. (2001). *Handbook for the new health care manager: practical strategies for the real world*, The Jossey-Bass, Chicago.
139. MacDonald, E.F., Gonzalez, R., [Papalambros](#), P.Y. (2009). Preference Inconsistency in Multidisciplinary Design Decision Making, *Journal of Mechanical Design*, Vol 131, (3).
140. Macovei, L.A., Burlui, A., Cardoneanu, A., Cumpăt, C.M., Rezuș, E. (2019). Female patients with rheumatoid arthritis - hospitalization costs, *Romanian Journal of Rheumatology* - Volume XXVIII, no.4.
141. March, J. (2004). *A primer on decision making - how decisions happen*. New York: The Free Press.
142. Marchisotti, G.G. (2018). Decision-making at the first management level: The interference of the organizational culture. *Revista de Administração Mackenzie*, 19(3), 1-26.
143. Maștaleru, A., Cumpăt, C.M., Radu, G., Mitu, O., Zota, I.M., Leon-Constantin, M.M., Mitu, F. (2018). Impact of ageing in Metabolic Syndrome, *Proceedings of the 35th Balkan Medical Week* (Athens, Greece, 25-27 september 2018).
144. Maștaleru, A., Furnică, C., Trandafir, L., Cumpăt, C.M., Leon-Constantin, M.M. (2017). *Managementul hipercolesterolemiei*, Simpozionul Internațional „Universul Științelor”.
145. Maștaleru, A., Leon-Constantin, M.M., Jitaru A., Oancea, A., Cojocaru, C., Gavril, R., Cumpăt, C.M., Mitu, F. (2019). *Medicamentul, tradiție și modernitate Volumul I, Hipercolesterolemia familială - actualități*, Editura Gr. T. Popa, U.M.F. Iași.

146. McConnell, T. (2018). Moral Dilemmas, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Metaphysics Research Lab, Stanford University.
147. Megford, K. (2006). Caught with a fake ID: Ethical questions about slippage in autoethnography. *Qualitative Inquiry*, 12, 853-864.
148. Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management Science*, 26, 322-341.
149. Miri, S. A., Mansor, N. N. A., Alkali, A., Chikaji, A. (2014). *The Role of First Line Nurse Manager*. *Review of European Studies*, 6(4), 31.
150. Morrison, E. (2011). *Ethics in Health Administration: A Practical Approach for Decision Makers*, Jones & Bartlett Learning, Sudbury. Massachusetts, pp. 1-2.
151. Negulescu, O.H. (2014). Using a decision-making process model in strategic management *Review of General Management*, 19(1), 111-123.
152. Noble H, Heale R. (2019). Triangulation in research, with examples. *Evidence-Based Nursing* 22, 67-68.
153. Nutt, P. (2005). Comparing Public and Private Sector Decision-Making Practices. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16, 289-318.
154. Oetjen, R., Oetjen, D.M., D. M., Rotarius, T. (2008). Administrative Decision Making. A Stepwise Method. *The Health Care Manager*, 27(1), 4-12.
155. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021). Romania: Country Health Profile 2021. *State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris.
156. O'Fallon, M.J., Butterfeld, K.D. (2005), A review of the empirical ethical decision-making literature: 1996-2003, *Journal of Business Ethics*, 59 (4): 375-413.
157. Olivier, T.S. (2005), The politics of public health policy, *Annual Review of Public Health*, 27: 195-233.
158. Omarli, S. (2017). Which Factors have an Impact on Managerial Decision-Making Process? An Integrated Framework. *Essays in Economics and Business Studies*, 1, 83-93.
159. Pacheco Junior, J.M.C., Gomes R. (2016). Decision making and senior management: the implementation of change projects covering clinical management in SUS hospital, *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8):2485-2495.
160. Paina, L., Ungureanu, M., Olsavszky, V. (2016). Implementing the Code of Practice on International Recruitment in Romania – exploring the current state of implementation and what Romania is doing to retain its domestic health workforce. *Human Resources for Health*, 14:22-31.

161. Patton, M.Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Sciences Research*, 34:1189–1208.
162. Patton, M. Q. (2002.) *Qualitative Research și Evaluation Methods (3rd Edition)*. Thousands Oaks, Sage.
163. Pavlenko, A. (2002). Narrative study: whose story is it anyway? *TESOL Quarterly*, 36, 213- 21.
164. Pavlenko, A. (2007). Autobiographic narratives as data in applied linguistics. *Applied Linguistics*, 28, 63-18.
165. Peer, K.S., Rakich, J.S. (1999). Ethical Decision Making in Healthcare Management, *Hospital Topics*, 77(4): 7-14.
166. Pérez-Sánchez, S., Madueño, S. E., Montaner, J. (2021). Gender Gap in the Leadership of Health Institutions: The Influence of Hospital-Level Factors. *Health equity*, 5(1), 521–525. <https://doi.org/10.1089/heq.2021.0013>.
167. Perry, F. (2002). The tracks we leave : ethics in healthcare management, *Health Administration Press*, Chicago, Illinois, p.186.
168. Pezalla, A. E., Pettigrew, J., Miller-Day, M. (2012). Researching the researcher-as-instrument: an exercise in interviewer self-reflexivity. *Qualitative research: QR*, 12(2), 165–185.
169. Popa, M. (2018). *Metodologia cercetării (note de curs): Eșantionarea*, Universitatea din București, București.
170. Popa, I., Stefan, S.C, Giurgiu, A., Drăghici, M.S. (2016). Strengths and Weaknesses of Health Services Management in Romania, *Transylvanian Review of Administrative Sciences*, 49(E), pp. 95-112.
171. Popescu, C., Asandului L., Fatulescu, P. (2014). A Data Envelopment Analysis for Evaluating Romania's Health System. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 109, 1185 – 1189.
172. Rea, L.M., Parker, R.A. (2005). *Designing and conducting survey research: a comprehensive guide*, 3rd ed.
173. Reddy, S. (2013). Decision Making Techniques. *Management Sciences*, 2(1), 73-79.
174. Rest, J. R. (1986). *Moral Development: Advances in Research and Theory*, Praeger, New York, p.3
175. Richards, R. (2008). Writing the Othered Self: Autoethnography and the Problem of Objectification in Writing About Illness and Disability. *Qualitative Health Research*, 18(12), 1717–1728.

176. Richardson, L. (2000a). Evaluating ethnography. *Qualitative Inquiry*, 6, 253-255.
177. Robbins, S., Coulter, M. (2011). *Management* (ed. 11). New Jersey: Prentice Hall.
178. Roggenkamp, S.D., White, K.R., Bazzoli, G.J. (2005). Adoption of hospital case management: economic and institutional influences. *Soc Sci Med*. 60, 2489–2500.
179. Rundall, T.G. (2004). Doctor-Manager Relationships in the United States and the United Kingdom, *Journal of Healthcare Management*, 49(4), 251-268.
180. Russel-Jones, N. (2000). *The Decision Making Pocketbook*. Alresford, UK: Management Pocketbooks Ltd.
181. Sandu, A. (2012). *Metode de cercetare în știința comunicării*. Iași, România: Editura Lumen.
182. Sandu, A. (2018). Constructionist Grounded Theory- GT. Conceptual and Methodological Clarifications. *Revista Românească pentru Educație Multidimensională*, 10(1): 183-209.
183. Shkedi, A. (2004). *Words of Meaning: Qualitative Research—Theory and Practice*. Ramot Publishers, Tel Aviv University, Tel Aviv.
184. Shkedi, A. (2015). *Words of meaning- qualitative research: theory and practice. 9th Ed*, Tel Aviv, Ramot.
185. Shepherd N.G., Mooi, E., Elbanna, S., Rudd. J. M. (2021), Deciding Fast: Examining the Relationship between Strategic Decision Speed and Decision Quality across Multiple Environmental Contexts, *European Management Review*, 18:1-22.
186. Sfez, L., Thoenig, J. (1974). Critique de la décision. *Sociologie du travail Conditions de travail. Le taylorisme en question*, 16(4), 431-433.
187. Simon, H. (1960). *The New Science of Management Decision*. New York, NY: Harper și Row.
188. Simon, H. (1977). *The new science of management decision, 2nd Edition*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall.
189. Spiggle, S. (1994). Analysis and interpretation of qualitative data in consumer research. *Journal of Consumer Research*, 21(3):491-503.
190. Suddaby, R. (2006). From the editors: What grounded theory is not.. *Academy of Management Journal*, 49(4), 633–642.
191. Szymaniec-Mlicka, K. (2017). The decision-making process in public healthcare entities –identification of the decision-making process type. *Management*, 21(2), 191-204.
192. Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (1996). *Using Multivariate Statistics. 4th edition*. Boston, Mass, USA: Allyn and Bacon.

193. Tanggaard, L. (2007). Learning at trade vocational school and learning at work: Boundary crossing in apprentices' everyday life. *Journal of Education and Work*, 20, 453-466.
194. Teddlie, C., Tashakkori, A. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. In A. Tashakkori și C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioral research* (pp. 3-50). Thousand Oaks, CA: Sage.
195. Tenbrunsel, A. E., Smith-Crowe, K. (2008), Chapter 13: Ethical Decision Making: Where We've Been and Where We're Going, *The Academy of Management Annals*, 2(1):545 — 560.
196. Tashakkori, A., Teddlie, C. (1998). *Mixed Methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches (Vol. 46)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
197. Tohidi, H., Jabbari, M.M. (2012). Decision role in management to increase effectiveness of an organization. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 31:825 – 828.
198. Trevino, L.K. (1986). Ethical Decision Making in Organizations: A Person-Situation Interactionist Model, *The Academy of Management Review*, 11(3):601-617.
199. Toma, S. (1994). *Profesorul factor de decizie*. București: Editura Tehnică, 1994.
200. Tracy, S.J. (2013). *Qualitative Research Methods*, John Wiley & Sons, Ltd, Publication.
201. Turpin, S.M., Marais, M.A. (2004). Decision-making: Theory and practice, *ORiON*, 20(2): 143-160.
202. Urquhart, C., Lehmann, H., Myers, M.D. (2010). Putting the 'theory' back into grounded theory: Guidelines for grounded theory studies in information systems. *Information Systems Journal*, 20(4), 357-381.
203. Valentine, S., Godkin, L. (2019). Moral intensity, ethical decision making, and whistleblowing intention, *Journal of Business Research*, 98:277-288.
204. Vlădescu, C., Astărăstoae V., Scînteie S. (2010). Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului. România. Analiză de situație (I), *Revista Română de Bioetică*, vol. 8, nr. 2, 2010.
205. Vlădescu, C., Scîntee, S.G., Olsavszky, V., Hernández-Quevedo, C., Sagan, A. (2016). Romania: health system review, *Health systems in transition*, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
206. Vroom, V.H., Yetton, P. W. (1973). *Leadership and Decision-Making*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.
207. Vroom, V.H., Jago, A.G. (1988). „*The New Leadership: Managing Participation in Organizations*”, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

208. Walford, G. (2004). Finding the limits: Autoethnography and being and Oxford University proctor. *Qualitative Research*, 4, 403-417.
209. Wall, D.K. (1993). A model of decision making under bounded rationality. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 23, 331-352.
210. Walker, K. (1993). Values, Ethics, and Ethical Decision-Making, *Adult Learning*, 5(2):13-27.
211. Walshe, K., Smith, J. (2006). *Healthcare managements* (ed. 1). Open University Pres.
212. Weber, L.J. (2001). *Business ethics in healthcare : beyond compliance*, Indiana University Press, Bloomington, Indiana, p. 5.
213. Weinberger, H., Cohen, J., Tadmor, B., Singer, P. (2015). Towards a framework for untangling complexity: The interprofessional decision-making model for the complex patient, *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 66(2), 392-407.
214. Weiner, B. J., Shortell, S. M., Alexander, J. (1997). Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: the effects of top management, board, and physician leadership, *Health services research*, 32(4), 491.
215. Williams, I., Brown, H. (2014). Factors influencing decisions of value in health care: a review of the literature, *Health Services Management Centre*, 1, 1-39.
216. Yilmaz, K. (2013). Comparison of Quantitative and Qualitative Research Traditions: epistemological, theoretical, and methodological differences. *European Journal of Education*. 48 (2), 311-325.
217. Yukl, G., Mahsud, R., Hassan, S., Prussia, G.E. (2013), An Improved Measure of Ethical Leadership, *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 20(1):38-48.
218. Zeleny, M. (1981). Descriptive Decision Making and Its Application, *Application Science*, ed. Randall L. Schultz (Greenwich, Conn: JAI Press, 1981), I, 333.
219. Zinn, J. S., Mor, V. (1998). Organizational structure and the delivery of primary care to older Americans. *Health services research*, 33, 354.
220. Zota, I.M., Sascău, R.A., Stătescu, C., Boișteanu, D., Roca, M., Leon-Constantin, M.M., Vasilcu, T.F., Gavril, S.R., Anghel, L., Mitu, O., Costan, V., Cumpăt, C.M., Mitu, F. (2020), Quality of life in Moderate-Severe OSA Patients from North - Eastern Romania, *Revista de cercetare și intervenție social*, vol.68.
221. Zouri, N. Zouri, M., Cumpăt, C.M. (2019). Visual Analysis for health data in support of managerial decisions, *Proceedings of The IRES International Conference*, 172nd

International Conference on Science, Technology and Management (ICSTM), Toronto, Canada.

- 222.Zouri, N., Zouri, M., Cumpăt, M.C. (2019). *Medicamentul, tradiție și modernitate, Volumul I, Managementul utilizării terapiei medicamentoase - de la classic la modern*, Editura Gr. T. Popa, U.M.F. Iași.
- 223.Zouri, M., Cumpăt, C.M., Zouri, N., Leon Constantin, M.M., Maștaleru, A., Ferworn, A. (2019). Decision Support for Resource Optimization Using Discrete Event Simulation in Rehabilitation Hospitals, *Revista de cercetare și intervenție socială*, vol.65.
- 224.Zouri, M., Zouri, N., Cumpăt, M.C., Ferworn, A. (2019). An Investigative Approach for Knowledge Discovery of ECG Data Based on Ontology, *International Journal of Medical Dentistry*, 23.
- 225.Zouri, N., Zouri, M., Cumpăt, C.M., Ferworn, A. (2019). Knowledge discovery in support of health management decision process: implementation oportunități, *5th BASIQ International Conference on New Trends in Sustainable Business and Consumption. Conference Proceedings*.
- 226.Wertz, F.J., Charmaz, K., McMullen, L.M., Josselson, R., Anderson, R., McSpadden, E. (2011), *Five Ways of Doing Qualitative Analysis, Phenomenological Psychology, Grounded Theory, Discourse Analysis, Narrative Research, and Intuitive Inquiry*, The Guilford Press New York.