

SPECIFICUL SISTEMELOR DE SĂNĂTATE ÎN ȚĂRILE EUROPENE: AVANTAJE ȘI DEZAVANTAJE

Dumitru TINTIUC¹, Tudor GREJDIANU¹, Leonid MARGINE¹, Alexandru LAVRIC¹, Pavel GĂSCĂ²,

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu,

²Centrul de sănătate publică Ocnița

Summary

The specifics of health systems in European counters

In this state is made an analysis of the health systems in which it is shat the systems themselves are not good or bad, efficient and inefficient, but the way of application of one systems turns out a highly per formant systems in our bower per formant. The recent history shows that the whole worldly is booking nay for health systems much belier, not such expensive and efficient for the wellbeing of European citizens.

Keywords: health systems, advantages, disadvantages.

Резюме

Специфика систем здравоохранения в европейских странах

В этой работе сделан анализ систем здравоохранения, в которых системы сами по себе не являются хорошими или плохими, эффективными или неэффективными, но способ их применения и внедрения делает их высокоэффективными или малоэффективными, а иногда требуется их поменять. История показывает, что в настоящее время весь мир находится в поиске более лучшей системы здравоохранения, с меньшими затратами и более эффективной для здоровья населения европейских государств.

Ключевые слова: системы здравоохранения, преимущества, недостатки.

Actualitatea temei. Sănătatea este un bun fundamental al omului, care nu se poate cumpăra în cadrul unei piețe, iar determinanții ei sunt bagajul genetic, stilul de viață, mediul înconjurător și îngrijirile de sănătate. Medicina socială reprezintă ansamblul cunoștințelor, deprinderilor și atitudinilor orientate spre menținerea și îmbunătățirea sănătății și vizează grupa sau grupele de persoane, precum și rolul factorilor sociali, economici, de mediu care influențează starea de sănătate.

Sistem(e) – ansamblu de elemente (principii, reguli, forțe etc.) dependente între ele și formând un întreg organizat, care pune ordine într-un domeniu de gândire teoretică sau face ca o activitate practică să funcționeze potrivit scopului urmărit.

Teoria sistemelor, atribuită biologului canadian Ludwig von Bertalanfy, a dinamizat semnificativ cercetarea științifică a primelor decenii ale postmoder-

nității. Această teorie a stimulat îndeosebi gândirea sintetică, holistică și de tip global, în care abordarea structuralistă era ignorată sau minimalizată.

Avantajele induse de gândirea sistemică au permis înțelegerea lucrurilor ca o totalitate (holon), într-o viziune integratoare, globală (dimensiunea macro- și mondo-).

Structuralism – atribuit, în general, lui Levy Strauss – apare ca o contrabalansare a sistemismului, stimulând gândirea analitică și adâncirea în intimitățile lucrurilor (dimensiunea micro-).

Sistemul de sănătate este ansamblul funcțional al elementelor și relațiilor ce determină starea de sănătate a indivizilor și populațiilor, fiind alcătuit din elemente aflate în interacțiune, aparținând sistemelor politic, social și economic, precum și sistemului cultural, sisteme existente într-o țară la un moment dat.

Sănătatea, conform Organizației Mondiale a Sănătății, se definește ca fiind „buna stare completă fizică, psihică și socială, și nu doar absența bolii sau a handicapului”, definiție ce surprinde caracterul pozitiv și parțial subiectiv al conceptului de sănătate, iar *boala* este privită ca „o stare nedorită, morbidă”.

Sistemul de servicii de sănătate este ansamblul structurilor organizate care furnizează bunuri și servicii către indivizi și populație, în vederea ameliorării sau a menținerii stării de sănătate, iar **sistemul de îngrijiri de sănătate** este ansamblul de resurse (umane, materiale, financiare, informaționale, temporale) structurate și utilizate în modalități variabile pentru a produce *îngrijiri de sănătate* – se concretizează prin activitățile medico-sanitare care au ca scop ameliorarea sau menținerea stării de sănătate a indivizilor și diminuarea incapacității datorate bolilor.

Istoria arată că întreaga lume se află în căutarea unui sistem de îngrijiri de sănătate cât mai bun, adică mai puțin costisitor și mai benefic pentru sănătatea cetățeanului. Un exemplu elocvent este creșterea masivă a cheltuielilor pentru sănătate în SUA (de la cca 5% în 1950 la peste 16% în anul 2000), fără ca starea de sănătate a populației să se îmbunătățească în aceleași ritmuri. În consecință, este absolut firesc ca politicienii, economiștii, juriștii și planificatorii de sănătate din SUA să vorbească despre un nou sistem de sănătate sau, cel puțin, de reformarea celui existent.

Tipologii și caracteristici ale sistemelor de sănătate. Un sistem sanitar poate fi analizat și caracterizat ținând cont de două aspecte importante: fluxul financiar și organizarea sa.

Din punctul de vedere al fluxului financiar, indiferent de tipul sistemului sanitar, există trei mari actori: terțul plătit, furnizorul și consumatorul sau pacientul. În funcție de diferitele tipuri de relații care se realizează între aceștia, se pot descrie mai multe

tipuri de sisteme sanitare. O analiză făcută de Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OECD) a identificat 7 asemenea modele, care vor fi descrise în continuare (OECD, 1992).

1. Modelul cu plată voluntară – „din buzunar” este cea mai simplă formă a pieței sanitare private, fără asigurări, cu plata directă, din buzunar, pe baza tranzacțiilor directe între consumatorii și furnizorii de servicii medicale.

Plata serviciilor depinde de capacitatea de plată. Atunci când veniturile sunt insuficiente sau când cheltuielile sanitare sunt neașteptat de mari, modelul nu asigură un acces adecvat și echitabil la asistența medicală. De asemenea, eficiența micro- și cea macroeconomică sunt dubitabile. Chiar dacă consumatorii au libertate de alegere deplină, suveranitatea pacientului este discutabilă din cauza existenței unei puternice asimetrii informaționale între pacienți și medici, precum și din cauza monopolului deținut de furnizorii medicali. Acest model este satisfăcător doar pentru intervenții minore sau de rutină.

Acest model joacă doar un rol minor, suportiv, în cadrul altor sisteme. Este utilizat mai ales pentru plata medicamentelor în totalitate sau parțial. De asemenea, consultațiile medicale private pot fi plătite astfel. Aproape toate principiile ce stau la baza politicilor de sănătate moderne ar rămâne nesatisfăcute prin utilizarea unui astfel de mecanism de plată.

Funcționarea piețelor medicale private poate fi întâlnită prin introducerea asigurărilor de sănătate voluntare, rămânând însă în continuare efectele secundare nedorite.

Modelul implică:

- plata directă, per act, a furnizorilor;
- competiție între companiile de asigurare;
- prime în funcție de riscurile individuale.

2. Modelul de asigurare voluntară cu rambursarea pacienților:

- nu există legături între furnizori și asigurători;
- rambursarea banilor pacienților pentru serviciile medicale acoperite de polițele lor de asigurare;
- competiție între companiile de asigurare;
- prime în funcție de riscurile individuale.

Poate exista împărțirea costurilor între pacienți și asigurători.

Acest model este considerat superior plății directe, pacienții putându-se asigura împotriva unor cheltuieli medicale neașteptate prin intermediul primelor plătite. Totuși, costurile administrative dintr-un asemenea sistem adaugă cca 10% la costurile primelor medicale actuale. De asemenea, sunt descrise alte două dezavantaje. Mai întâi, atunci când consumatorul este protejat de aceste asigurări, apare fenomenul de hazard moral: nu există stimulente

pentru reducerea cererii, care poate fi indusă chiar de către furnizori (medici). Al doilea dezavantaj major constă în apariția inechității sistematice, accesul la asigurări și deci la asistența medicală va fi în relație cu capacitatea de plată.

Companiile private de asigurare vor încerca să scape de persoanele cu risc crescut de îmbolnăvire sau să le stabilească prime mari: ca atare, persoanele cu afecțiuni preexistente și cu venituri reduse vor avea mari dificultăți și vor fi excluse de la asigurările private de sănătate, apărând fenomenul selecției adverse.

Este modelul „convențional” pentru SUA, dar rar pentru Europa. Modelul este utilizat preponderent pentru alte sectoare decât cel medical (asigurări de viață, de bunuri etc.). Se întâlnește pe piața privată din Anglia și Olanda.

3. Modelul de asigurare obligatorie cu rambursarea pacienților. Problemele legate de echitate și selecția riscurilor întâlnite în modelul anterior pot fi diminuate prin introducerea obligativității asigurărilor în funcție de venituri (o cotă procentuală din venitul individual), fapt ce duce la fenomenul “solidarității”, cei bogați cotizând și pentru cei cu venituri mai reduse.

Acest model are aceleași mari principii întâlnite anterior:

- plata directă (per act) a medicilor de către pacienți;
- prime obligatorii în funcție de venituri;
- fonduri finanțatoare care nu sunt în competiție;
- nu există conexiuni între furnizori și finanțatori;
- rambursarea cheltuielilor făcute de pacienți în concordanță cu cele prevăzute în schema de asigurare;
- poate, de asemenea, exista împărțirea costurilor între pacient și asigurător (coplăți).

Deși pot exista multiple fonduri de boală (după localizarea geografică, profesiune etc.) și chiar libertatea cetățenilor de a alege între fonduri, trebuie să existe prime uniforme și subsidiaritate în fonduri, pentru a prezerva principiul solidarității amintit anterior, deci competiția nu poate avea loc.

Deși prin acest model se poate obține o anume echitate în accesul la serviciile sanitare și în plata lor, continuă să persiste unele din problemele întâlnite la modelul privat echivalent: hazardul moral, cererea indusă de ofertă și tendința spre costuri administrative mari. Din nou, hazardul moral poate fi contrabalansat prin introducerea coplăților. Elemente din acest tip de model se întâlnesc în Belgia și Franța.

4. Modelul de asigurare voluntară contractuală. Piețele private europene au realizat de multă vreme aranjamente de asigurare voluntară care implică relații contractuale între asigurători și furnizorii independenți.

Aceste aranjamente permit anumitor furnizori să realizeze servicii medicale parțial sau total „gratuite” pentru membrii asigurați. Acest model arată astfel:

- servicii furnizate liber pacienților asigurați;
- competiție între companiile de asigurare;
- prime de asigurare fixe, comunitare de obicei;
- plata per act sau capitație prin intermediul terțului plătitor;
- competiție între furnizori (linia punctată) este dirijată de asiguratorii, și nu de pacienții individuali.

Acest model a fost sau este întâlnit în diferite variante: asiguratorul poate fi controlat de consumatori (precum era situația în Europa anilor '20-'40 ai sec. XX), de doctorii sau alți furnizori, de organizații private independente atât ale furnizorilor, cât și ale consumatorilor.

Aceste scheme pot acoperi practica primară, ca și pe cea spitalicească, caracteristicile esențiale ale acestui model fiind:

- opțiunea consumatorilor este, de obicei, restrânsă de contractele încheiate cu anumiți furnizori;
- asiguratorul are atât stimulentele, cât și mijloacele de a negocia servicii economice, dar și de calitate bună pentru consumatorii care cotizează.

Dacă asistența spitalicească este furnizată sub acest model, atunci medicii din asistența primară acționează, de obicei, ca un filtru pentru pacienți.

Acest model poate fi unul mai eficient, datorită puterii deținute atât de asigurator, cât și de rolul de filtru al medicului de asistență primară. Atunci când doctorii sunt și proprietarii companiei de asigurare, acest avantaj potențial se diminuează mult. Există, de asemenea, costuri administrative mai scăzute, ca în modelul de asigurare convențional, calitatea prestațiilor fiind prezervată. Dezavantajele majore sunt legate de capacitatea redusă în realizarea echității și solidarității.

În Europa aceste modele au fost abandonate, deoarece se adresau în principal celor ce lucrau, lăsând neacoperită o parte importantă a populației. De asemenea, erau nepopulare pentru doctorii, datorită puterii financiare locale care îngreua sensibil veniturile medicilor, fiind înlocuite de fondurile de asigurare obligatorie cu remunerarea medicilor per act, cu tarife negociate central.

5. Modelul contractual public se regăsește în schemele de asigurări obligatorii europene și are la bază:

- servicii furnizate consumatorilor eligibili în mod liber;
- contribuții obligatorii legate de venituri;
- plata per act sau capitație prin intermediul fondurilor de asigurare către furnizorii independenți.

Și acest model poate avea mai multe variante. Sursa de finanțare poate fi impozitul general, nu doar primele de asigurare. Terțul plătitor poate fi, în locul fondurilor de boală, guvernul central sau local sau chiar doctorii de prim nivel pentru cei de la al doilea nivel. Spitalele pot fi organisme publice.

Principalele caracteristici ale acestui model sunt:

- terțul plătitor este un organism public, care are relații contractuale cu furnizorii; altfel spus, există o separare între finanțatori și plătitori;
- frecvent, metoda de plată este dependentă de cantitatea și calitatea muncii prestate.

Este comun pentru furnizorii europeni aflați în acest tip de sistem să fie liberi să facă contracte cu orice fond de asigurări, pe baza principiului libertății de alegere. Acest aspect sporește opțiunile pacienților, prin comparație cu modelul voluntar, dar cu prețul transformării fondurilor de boală locale în simple oficii de plată pasive. Acest aspect reduce puterea locală a fondurilor (monopson). Ca urmare, negocierea tarifelor are loc, de regulă, între reprezentanții regionali sau naționali ai furnizorilor și finanțatorilor.

Modelul contractual public are mai multe din caracteristicile versiunii private. Menține libertatea de alegere a furnizorilor de către pacienți, deși acest lucru depinde de natura clauzelor contractuale. Nu oferă, de regulă, libertatea alegerii asiguratorului. Eficiența macroeconomică tinde să devină responsabilitatea guvernului, existând și un grad sporit de microeficiență. Dacă plata e prin capitație, se pot face economii substanțiale, în comparație cu modelul bazat pe rambursarea cheltuielilor. De asemenea, costurile administrative sunt mai scăzute. Fiind obligatoriu, asigură acoperire universală și nivelul de echitate dorit.

Este modelul dominant pentru asistența primară în Germania, Irlanda, Anglia și pentru spitalele din Germania, Belgia, Olanda, Anglia. E utilizat parțial și în asistența primară în Franța și Belgia.

6. Modelul de asigurare voluntară cu integrare între furnizor și asigurator

La începutul dezvoltării pieței medicale private europene, unele grupuri de asiguratorii au considerat mai util să angajeze medici cu salariu și să fie și proprietarii facilităților medicale, mai ales pentru asistența primară.

Caracteristicile acestui model sunt:

- servicii furnizate liber pacienților;
- competiție între asiguratorii;
- prime voluntare fixe;
- integrare verticală între asiguratorii și furnizorii, cu plata prin salarii și bugete prospective;

- libertatea de alegere a medicului de către pacienți este limitată de alegerea companiei de asigurare.

Astfel, acest model prezervă libertatea alegerii companiei de asigurare, dar restrânge scala furnizorilor. Are un bun potențial pentru eficiență micro- și macroeconomică prin:

- stimulentele competiției;
- managementul furnizării serviciilor medicale (prin "filtrele" asistenței primare și contractele la angajare);
- economii administrative prin integrare verticală.

Deși pot exista stimulente pentru subutilizarea serviciilor, acestea sunt contrabalansate de nevoia companiei de asigurare de a atrage și menține consumatorii într-o piață liberă competitivă. Ca și cu orice model voluntar, cu acesta este dificil de obținut protecția grupurilor vulnerabile, deoarece dobândirea asigurării este dependentă de capacitatea de plată, iar grupele cu risc vor trebui să plătească mai mult.

Este tipul utilizat în SUA, în HMO (organizații integrate de furnizare a serviciilor de sănătate), fiind puțin utilizat în Europa.

7. Modelul de asigurare obligatorie cu integrare între furnizare și asigurare (modelul public integrat). Varianta publică a modelului anterior a fost larg adaptată în sistemele obligatorii.

Caracteristicile acestui model sunt:

- servicii furnizate liber pacienților;
- terți plătitori organizați de organisme finanțatoare publice, de obicei, autoritățile publice centrale sau locale;
- finanțare prin contribuții legate de venituri obligatorii, deseori prin impozite generale;
- plata medicilor se face, de obicei, prin salarii și bugete prospective.

În general, în acest model guvernul este atât asigurătorul, cât și furnizorul principal (chiar și în SUA, unde există Departamentul de Stat pentru Veterani, ca exemplificare a acestui model). Pot exista și aici variante ale modelului, incluzând finanțarea prin asigurări sociale. În general, consumatorii nu au libertatea de alegere a asigurătorului.

Versiunea publică a modelului integrat duce la limitarea libertății alegerii atât a furnizorilor, cât și a asigurătorilor. Prin comparație cu modelul integrat privat, tendința de subutilizare a serviciilor nu mai este contrabalansată de necesitatea de a atrage și menține noi clienți, de vreme ce asigurarea este obligatorie. Comparativ cu modelul contractual public, alegerea de către pacient a medicului de asistență primară și de către acesta a spitalului, deși există teoretic, practic este ineficientă. Bani nu urmează pacientul când plata se face prin salarii și bugete globale. Astfel, furnizorii eficienți sunt "stimulați" prin

mai multă muncă, dar nu și prin resurse sporite. "Coada" pentru servicii este frecventă, iar pacienții sunt tratați ca niște recipienți pasivi, și nu ca niște "clienți" ce trebuie mulțumiți. Lipsesc și stimulentele pentru ca furnizorii să-și minimizeze costurile. De exemplu, cheltuielile reduse ale unui spital nu pot fi păstrate, ci de obicei sunt urmate de o creștere a lor.

Se poate aprecia, în acest context, că modelul din Republica Moldova al sistemului de asigurări de sănătate se apropie cel mai mult de ceea ce am descris sub denumirea de model public integrat, cu avantajele și dezavantajele menționate anterior.

În mod tradițional, în funcție de sursele de finanțare, au fost descrise următoarele tipuri de sisteme de sănătate:

1. **Sistemul național de sănătate**, numit și *model Beveridge*, de asemenea, după numele celui ce l-a introdus în Anglia după cel de-al Doilea Război Mondial, finanțat prin impozite.

Sistemul național de sănătate (NHS) a fost introdus în Marea Britanie în 1942 (preluat de la Suedia, care l-a introdus în 1930). Acest sistem de sănătate a fost modelat de la an la an, în funcție de necesități. În 1990, în Marea Britanie s-au introdus modificări în sistemul de sănătate, pentru a se lărgi sfera sectorului privat și a scădea astfel cheltuielile bugetare.

Caracteristici:

- bugetul pentru sănătate este aprobat de parlament și de Ministerul Sănătății; bugetul se repartizează autorităților regionale; de la acestea fondurile se repartizează autorităților districtuale, iar de la nivelul fiecărui district fondurile se distribuie unităților sanitare (spitale, medicină generală);
 - accesul la serviciile de sănătate este gratuit pentru orice cetățean (sau rezident); acoperirea este generală;
 - asistența medicală este acordată și gestionată de salariați ai statului;
 - medicii sunt fie salariați, fie plătiți prin capitație (după numărul pacienților înscrși pe lista lor);
 - se practică, dar pe scară redusă, *coplata* de către solicitant a unei părți din costul unor prestații;
 - spitalele primesc un buget global.
- Sistemul național de sănătate există în:
- țările nordice și din Europa de Vest: Suedia, Norvegia, Finlanda, Irlanda, Danemarca;
 - țările din sudul Europei: Spania, Portugalia, Italia, Canada (introdus în 1970).

Avantaje:

- acoperire largă, cu impact pozitiv asupra stării de sănătate a populației;
- controlul cheltuielilor; accesibilitate la serviciile medicale;
- gratuitate în momentul utilizării serviciilor de sănătate.

Dezavantaje:

- medicii sunt lipsiți de stimulente;
- există lungi liste de așteptare pentru anumite acte medicale;
- sistemul este excesiv de birocratic;
- există riscul moral și selecția adversă: *riscul moral* este un termen generic utilizat pentru a descrie creșterea utilizării serviciilor de sănătate datorită erodării relației financiare dintre consumatorul de servicii de sănătate și îngrijirile de sănătate solicitate (între consumatorul și actul de consum); astfel, medicul nu este stimulat să scadă solicitarea de servicii de sănătate (cererea), pentru că el este salarizat global pentru toată munca efectuată; totodată, *selecția adversă* apare atunci când terțul plătitor încearcă să limiteze costurile îngrijirilor medicale refuzând să asigure acoperirea cu îngrijiri de sănătate a persoanelor sau grupelor populaționale cele mai bolnave și care necesită îngrijirile cele mai scumpe.

2. **Sistemul de asigurări sociale de sănătate**, numit și *sistem bismarkian*, după numele celui care l-a introdus în Germania, la sfârșitul secolului XIX, bazat pe prime obligatorii de asigurare dependente de venituri, și nu de starea de sănătate a celor asigurați.

Sistemul asigurărilor publice obligatorii de sănătate (asigurări de boală) a fost introdus în Germania în 1883 și ulterior în Austria, Belgia, Franța și Olanda.

Caracteristici:

- sistemul este finanțat din contribuția obligatorie a salariaților și patronilor plătită la casele de asigurări (numitre și fonduri). Aceste case de asigurări sunt conduse în Germania de profesioniști, iar în Franța – de sindicate. Patronii își asigură angajații, făcând contract cu o anumită casă de asigurări. În Germania, patronul plătește 50% din contribuție, restul de 50% fiind plătit de salariat; în Franța, patronul plătește maxim 60% din cotizație, restul fiind plătit de salariat. Dacă venitul depășește un plafon prestabilit, salariatul este obligat să recurgă la asigurările private;
- acoperirea este largă, dar acolo unde asigurarea nu este obligatorie rămân categorii de populație fără acces la serviciile de sănătate; cetățenii fără venituri au asigurat un plan minim de asigurări plătit de guvern;
- în acest sistem taxa (prima de asigurare) este în funcție de venitul angajatului;
- casele de asigurări (fondurile) contractează cu spitalele și medicii de familie sau medicii de medicină generală "pachetul" de servicii de sănătate care urmează a fi oferit asiguraților, restul serviciilor fiind plătite de solicitant;
- contractele cu practicienii au la bază taxa per serviciu/prestație, iar spitalele sunt finanțate prin bugete globale.

Avantajele asigurărilor publice obligatorii de sănătate:

- asistența de urgență este obligatorie și gratuită;
- cetățenii fără venituri au asigurat un pachet minim de servicii de sănătate finanțat de guvern.

Dezavantajele asigurărilor publice obligatorii de sănătate:

- contribuția (taxa) este în funcție de venit, populația achită taxe proporționale cu veniturile, dar are acces la serviciile de sănătate după nevoie;
- banii adunați nu pot fi bine controlați;
- salariul personalului poate fi diferit de la un an la altul;
- bugetul acumulat este deseori insuficient pentru acoperirea cheltuielilor;

3. **Sistemul voluntar de asigurări**, caracteristic pieței private de sănătate, cu finanțare privată, primele de asigurare fiind corelate cu riscurile asiguraților (modelul "suveranității" consumatorului). În SUA se cheltuie pentru sănătate 11% din produsul național brut, constituind cea mai scumpă asistență medicală, datorită tehnologiei de vârf din domeniu.

Începând cu 1995–1996, s-a încercat o reformare a sistemului de sănătate, pentru a asigura o mai mare acoperire a populației și o mai bună accesibilitate financiară a îngrijirilor de sănătate.

Avantaje:

- creează posibilități de opțiuni mai mari pentru pacienți, întărind astfel poziția consumatorilor de servicii de sănătate;
- oferă persoanelor sentimentul că au dreptul să beneficieze de serviciile pe care le-au plătit;
- nu există plăți clandestine.

Dezavantaje:

- asigurarea privată nu este obligatorie;
- 15–17% din populația sub 65 de ani nu este asigurată;
- a scăzut speranța de viață la naștere;
- s-a deteriorat starea de sănătate a populației.

4. **Sistemul centralizat de stat (de tip Se-mașko)**. Acest tip de sistem de sănătate este caracteristic fostelor țări socialiste.

Caracteristici:

- este finanțat de la bugetul de stat;
- este controlat de stat printr-un sistem de planificare centralizată;
- statul are monopolul serviciilor de sănătate, care sunt proprietatea sa;
- personalul medical este în întregime salariat al statului;
- accesul la servicii este general;
- nu există sector privat;
- prioritatea socială scăzută a sistemului de sănătate.

Dezavantaje:

- este lipsit de competiție și inițiativă;
- "funcționarizează" activitatea medicală;
- este subfinanțat, neperformant și ineficient;
- impact redus asupra stării de sănătate a populației.

Bibliografie

1. Dănăiață I. *Managementul prin excepție*. În: Sisteme, metode și tehnici de management al organizațiilor. Coordonator Nicolescu O., București: Editura Economică, 2000.
2. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, vol. I-III. Michigan: Health Administration Press, Ann Arbor, 1985.
3. Drucker P.F. *Management: Tasks, Responsibilities, Practices*. London: Pan Books Ltd, 1979.
4. Drugan T., Igan S., Achima A. *Informatica medicală elementară*. Cluj-Napoca: Editura Alma Mater, 2002.
5. Enăchescu D., Marcu M. Gr. *Sănătate publică și management sanitar*, București: Editura All, 1998.
6. Jivan A. *Managementul serviciilor*, Timișoara: Editura de Vest, 1998.
7. Nicolescu O., Verboncu I. *Management*, București: Editura Economică, 1999.
8. Vulcu L., Cojan A. *Management, note de curs pentru conducerea serviciilor medicale sau sociale*, vol. I, Sibiu, 1996.
9. Zorlețan T., Burduș E., Căprărescu G. *Managementul organizației*, București: Editura Economică, 1998.

Prezentat la 28.06.2013

UNELE ASPECTE DE IMPLEMENTARE A MANAGEMENTULUI CALITĂȚII ÎN SERVICIUL SPITALICESC

Valeriu OBADĂ,
Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie Nicolae Testemițanu

Summary**Aspects of the implementation of quality management in hospitals**

In this article it is shown the quality is the rate of satisfaction obtained through the medical services offered to the patients. It is mentioned that the key of quality management is "the man of whole quality" which represents in fact the implication of the whole medical team to achieve a performance.

There are described and analyzed those three types of criteria: structural criteria, process criteria, and result criteria which are used in the measurements of the quality.

Keywords: quality management, hospital, criteria.

Резюме**Некоторые аспекты внедрения менеджмента качества в больницах**

В статье описывается качество медицинских услуг, которое измеряется удовлетворенностью клиентов, в зависимости от особенности оказанных медицинских услуг.

В документе описывается, что ключ к менеджменту качества – это "человек сумарного качества", который является участником медицинской команды учреждений здравоохранения и способствует качественным достижениям здравоохранения.

В работе проводится анализ типов критериев: критерии структуры, критерии процесса и критерии результата. Все перечисленные критерии используются для измерения качества в здравоохранении.

Ключевые слова: менеджмент качества, больница, критерии.

Actualitatea temei. Definiția calității îngrijirii de sănătate se bazează pe valori unice din cadrul culturii (atât cultură profesională, cât și cultură etică) și pe contextul situației. Este imposibil să definești calitatea îngrijirii, fără a ține seama de valorile ce se află în spațiile individului, de situația lui socială și profesională.

Organizația Mondială a Sănătății definește calitatea ca fiind „caracteristica unui proces sau serviciu care determină nivelul de excelență”. Calitatea înseamnă asigurarea unei practici bune, dar și introducerea unor proceduri și tehnici noi, concomitent cu reducerea costului și creșterea productivității în vederea satisfacerii pacientului.

Comisia Unită pentru Acreditarea Organizațiilor de Îngrijire a Sănătății din SUA a identificat nouă componente ale calității îngrijirii. Statul cere fiecărei organizații de îngrijire a sănătății să definească calitatea folosind aceste componente și ținând seama de perspectivele clienților organizației. Aceste componente sunt enumerate mai jos.

Dimensiunile Calității Îngrijirii Asistenței Medicale Spitalicești conform Comisiei Unite:

Accesibilitatea îngrijirii – ușurința cu care pacienții pot obține îngrijirea de care au nevoie, atunci când au nevoie.

Specificitatea îngrijirii – gradul până la care se asigură o îngrijire corectă, dată de starea curentă a activității.

Continuitatea îngrijirii – gradul până la care îngrijirea necesară pacienților este coordonată între practicieni și între organizații în timp.

Eficacitatea îngrijirii – gradul până la care îngrijirea este abordată într-o manieră corectă, fără erori, în funcție de starea curentă a activității.

Efectivitatea îngrijirii – gradul până la care un serviciu are potențialul să satisfacă nevoile pentru care este folosit.