

PRINCIPII ȘI MECANISME  
DE APLICARE A IERARHIZĂRII PRIORITĂȚILOR  
DE PRESTARE A SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Iurie MALANCIUC,  
Centrul Național de Management în Sănătate

### Summary

#### **Principles and mechanisms for implementing the prioritizations' hierarchy of health service delivery**

*Limited public finances can not satisfy the growing demands, in results it is necessary to choose which services and whom will provide. Making this election causes a permanent situation of interest's conflict between patient – physician – manager – government. The author developed causes of these conflicts, their evolution and remedies, in the study of the problem situation of health in several countries. It has made an analysis of moral, political and financial dilemmas of hierarchy problem of health services. Methods and principles for optimal and fair implementing of prioritization mechanisms for the provision of health services is the essence of this study.*

**Key words:** health insurance, medical services, basic package, negative and positive lists, DRG (diagnosis related group), co-pay, coupler, unofficial payments.

### Резюме

#### **Методы и принципы иерархизации приоритетов оказания медицинских услуг**

*Недостаточное финансирование системы здравоохранения не удовлетворит никогда запросы пациентов и самой системы. В результате появляется необходимость делать выбор кому и какие медицинские услуги будут оказаны. Этот выбор создает непрерывный конфликт между: пациентом – врачом – менеджером – государством. Проблема появления напряженности, ее развитие и пути решения были изучены автором на основе практики многих стран в решении этой постоянной проблемы всех систем здравоохранения. В работе проанализированы моральные, политические и финансовые дилеммы иерархизации медицинских услуг. Методы и принципы, как можно более корректно и оптимально примененные в иерархизации приоритетов оказания медицинских услуг, являются основой данной работы.*

**Ключевые слова:** страхование здоровья, медицинские услуги, базовый пакет, позитивные/негативные списки, DRG (diagnosis related group), сооплата, неформальные платежи.

### Introducere

Istoria sistemelor de ocrotire a sănătății nu cunoaște perioade în care sursele financiare ar fi fost suficiente cerințelor. Și la moment în toate țările, indiferent de situația lor economică, actul medical calitativ este în insuficiență financiară. Această situație de permanentă insuficiență de mijloace generează continuu conflicte între tendința de a presta servicii medicale de o calitate admisibilă, în cel mai rău caz, și încadrarea a unei cantități pe cât se poate mai mari de servicii în sumele financiare disponibile. Conflictul dat în final evidențiază în prim-planul cel mai vizibil problemele sociale de acces la serviciile medicale, problemele juridice de garantare a calității actului medical și o altă problemă, care este discutată foarte rar și timid, de ordin etic.

Finanțele publice limitate nu pot îndești cerințele crescute și ca urmare apare necesitatea de a alege. Alegerea scopurilor în condițiile de luptă a intereselor trebuie făcută în favoarea ocrotirii sănătății. A face o alegere înseamnă a acorda prioritate cuiva în defavoarea altcuiva. Aceasta și se numește *elaborare de priorități* sau *ierarhizare*, ceea ce în esență este „în primul rând; sarcina imediată”. Necesității ce se consideră importantă și stringentă i se dă prioritate asupra celei mai puțin importante.

În ocrotirea sănătății se disting două tipuri de divizare:

- I. între variantele alternative de acțiune în funcție de necesitățile pacientului;
- II. între variantele alternative de acțiune, în legătură cu insuficiența de surse financiare sau din considerente de cost/eficiență a metodelor.

Divizările de primul tip de obicei se consideră problemă profesională a lucrătorilor medicali, care zilnic au de ales între diverse cure de tratament, între diferite metode de intervenții chirurgicale etc. Divizările de tipul doi, însă, pun deja probleme de ordin etic, și anumite întrebări ca, de exemplu, „Cum, cine și în baza la ce apreciază prioritățile?”. Problema se agravează și prin faptul că nu există demarcare strictă între aceste două tipuri de divizare.

### Materiale și metode

Obiectul studiului este calitatea și complexitatea decizională a actului de ierarhizarea a priorităților serviciilor medicale acordate populației, aplicat la diferite nivele ale managementului medical. Rezultatele studiului au fost obținute prin analiza literaturii de specialitate din țară, de peste hotare, a surselor accesibile din internet, a unor acte

legislative și instructiv-metodice (instrucțiuni, recomandări metodice, scrisori informative etc.), utilizând metoda documentară și de analiză comparativă.

### Ierarhizarea priorităților

Spoște volumul de cercetări empirice care descriu practica de ierarhizare în diferite țări. După părerea lui Kleina (1993), în sistemele de sănătate sunt trei nivele de elaborare a priorităților:

- ⇒ la *nivelul macroeconomic* este necesar de a decide în privința priorității a însuși sistemului de sănătate față de celelalte domenii care pretind finanțare publică; tot la acest nivel se decide repartizarea surselor alocate pe zone geografice și domenii de activitate;
- ⇒ la *nivelul intermediar* se decide alocarea de finanțe pentru anumite metode de tratament (cardiochirurgie, transplantologie etc.), la fel se determină și categoria de pacienți care vor fi tratați în primul rând;
- ⇒ la *nivelul primar* se decide la patul fiecărui pacient aplicarea sau neaplicarea noilor metode de tratament, a metodelor costisitoare.

La nivel macroeconomic, deciziile aparțin politicienilor; la nivel intermediar deciziile sunt luate de politicieni, administratori și profesioniști, pe când la nivel primar decizia aparține numai profesioniștilor. Adesea, din cauza lipsei de sistematizare în procesul de ierarhizare, deciziile sunt neînțelese și spontane.

Refuzul total sau amânarea serviciilor medicale necesită crearea unui sistem de recomandări pentru luarea unor asemenea decizii. Astfel, se creează *sistemul de priorități*. Crearea priorităților înseamnă să spui „Nu” cuiva din pacienți sau unor metode de tratament.

În anul 1992, în Suedia a fost creată o comisie parlamentară care avea ca scop analiza principiilor etice de bază în ocrotirea sănătății:

- a) principiul demnității umane;
- b) principiul necesității și solidarității: sursele trebuie îndreptate acolo unde de ele au mai mare nevoie; solidaritatea prevede posibilități egale pentru toți, dar atenția sporită trebuie orientată asupra celor slabi;
- c) principiul cost/eficiență, care trebuie să fie rezonabil, să ducă la însănătoșire și la ridicarea calității vieții.

Au fost elaborate cinci nivele de prioritate:

1. Cel mai de jos include: asistența medicală în alte situații decât maladiile sau traumatismele (de exemplu, avorturile care, după părerea membrilor comisiei, trebuie excluse din lista priorităților).
2. Puțin mai sus se situează stările limitrofe (în-sămânțarea extracorporală, de exemplu; de

remarcat că într-o țară bogată ca Norvegia aceste servicii se achită numai în proporție de 2/3 din cost).

3. Pe această treaptă se situează maladiile cronice și cele acute ne semnificative.
4. Este poziția unde se situează „*procedurile cu utilitate demonstrată*” (include toată abilitatea și reabilitarea).
5. Stările cu pericol pentru sănătate și viață.

Este important că profesorul Pier-Eric Liss – reprezentantul Centrului Național de Apreciere a Priorităților din Suedia – recomandă de a nu utiliza ca bază pentru selectarea priorităților așa parametri ca vârsta înaintată, nașterea prematură a copilului, posibilitățile economice și situația socială ale pacientului. Se recomandă combinarea recomandărilor și priorităților.

### Dileme morale ale medicului în ierarhizarea serviciilor prestate

Activitatea cotidiană a lucrătorului medical este o permanentă ierarhizare a pacienților, a volumului de serviciile medicale acordate și a calității lor. În procesul de acordare a serviciilor medicale personalul este nevoit să ia decizii chiar și dramatice pentru pacient și care sunt condiționate de o multitudine de factori de ordin managerial, material sau etic.

Medicul poate fi limitat în timp pentru a acorda asistența medicală de calitate din cauza erorilor manageriale, cum ar fi: insuficiența de personal și supraîncărcarea personalului, dirijarea neomogenă a fluxurilor de pacienți, selectarea unei transportări inadecvate stării și pierderea timpului în care prognosticul de viață și sănătate a pacientului era mai mare și alte cauze de acest gen. Instituția medicală cu edificii necorespunzătoare, dotare cu utilaj, aparataj și instrumentar depășit, lipsa de medicamente și consumabile sunt alte cauze care induc necesitatea de a efectua o ierarhizare a serviciilor în procesul de acordare a asistenței medicale. În medicina primară, medicul de familie deține prima și cea mai „valoroasă” etapă de ierarhizarea a serviciilor medicale destinate pacientului.

Deciziile de ordin etic pot fi ilustrate prin exemplul când medicul este impus să decidă prioritatea de acordare a disponibilității sale pentru un pacient cu șanse majore de însănătoșire sau unei persoane muribunde, unui pacient cu același prognostic de însănătoșire, dar cu vârstă înaintată, sau medicul este în dilema de a salva un pacient cu șanse mai mici de însănătoșire, dar un om emerit, o personalitate culturală, politică, religioasă, sau alt pacient anonim.

La fel se sesizează aspectul etic al alegerii medicului de a acorda asistența medicală și de a însănătoși un număr mare de pacienți cu afecțiuni mai puțin

majore, dar cu efect economic major și a trata doi-trei pacienți cu patologii foarte complicate și care necesită resurse materiale și umane considerabile, dar prezintă realizări profesionale de performanță, însă impact economic minor.

Indiferent de calitățile sale morale înalte, de devotamentul și vocația sa, medicul este obligat să facă aceste alegeri, să divizeze pacienții în baza unor anumite criterii profesionale, cum ar fi: de vârstă, de însănătoșire, de impact material, de impact social sau moral. Cu toate că aceste alegeri, îndeosebi cu caracter dramatic pentru pacienți, nu sunt așa de frecvente, totuși ele induc în activitatea medicului necesitatea de a lua decizii dificile și chiar extrem de dureroase.

Totalitatea deciziilor luate lasă o semnificativă urmă de îndoială în memoria decizionalului: este decizia lui corectă, era mai bine să salveze zece pacienți sau numai unul de altă valoare sau vârstă? Fiecare persoană își are propria valoare socială, are impactul său material pentru comunitate. Cui, oare, în afară de Puterea Divină, îi este dat să facă această alegere? Cu atât mai mult că adoptarea acestor decizii nu este motivată nici moral și nici material pentru lucrătorii medicali, ba chiar provoacă cel mai des sancțiuni și blamare nefondată.

### **Dileme în ierarhizarea serviciilor medicale în managementul medical**

Faptul că principiile de ierarhizare aplicate în virtutea atribuțiilor de serviciu ale unui medic și ale managerului instituției date diferă, adesea sunt și contradictorii, nu denotă faptul că medicul este binevoitor, sensibil, altruist, iar managerul o persoană dură, feroce, pragmatică. Același medic, peste un timp, devine manager al instituției și operează cu aceleași principii manageriale de ierarhizare a serviciilor medicale. Aceste diferențe sunt induse de funcțiile atribuite fiecăruia de regulamentele de activitate și fiecare are scopurile sale. Misiunea medicului, în calitate de manager, este să asigure o cât mai mare eficiență a actului medical.

Tradițional s-a stabilit că principiile de ierarhizare ce țin preponderent de morală le va decide medicul curant, pe când principiile cu aspect preponderent managerial, social și ce țin de aspectul material sunt atribuite managerului instituției. În funcțiile managerului se regăsesc și obligațiile de a crea condiții de tratament și altor pacienți, posibil cu probleme și mai dificile de sănătate. Activitatea profesională a medicului este direcționată totdeauna spre un singur scop – viața și sănătatea pacientului, pe când scopul managerului este multidimensional și foarte variat, ține de atingerea obiectivelor puse de administrația publică centrală și de deciziile politice ale actualei guvernări.

În funcție de obiectivele trasate de guvernare, managementul sistemului de sănătate poate avea o foarte largă varietate de aplicare a principiilor de ierarhizare în direcțiile axiologice sociale, juridice și etice. Asemenea decizii ca susținerea sau diminuarea natalității se decid la nivel de politici naționale. Reglementările juridice ale activității instituțiilor medicale, ale asigurărilor medicale, parteneriatului public–privat țin de nivelul guvernului țării, pe când principiile de ierarhizare ale aspectelor etice sunt într-o măsură mai mică asumate de managerii instituțiilor, ei își asumă doar monitorizarea, și revin medicului curant.

Nu toate țările au ca obiectiv sporirea calității actului medical și acceptă servicii de o calitate aproximativă dar pe principii de o suficientă echitate. Multe țări mai păstrează unele principii de discriminare în acordarea serviciilor medicale, îndeosebi țările ex-sovietice, inclusiv Moldova. Ele au păstrat sistemul de discriminare pe segregare socială mai mult sau mai puțin fardată. De menționat existența unor „anclave” ca așa-numita „*Diracție a patra*”, unde nomenclatura beneficiază de cu totul alt volum și calitate de asistență medicală. Serviciile medicale ale militarilor, polițiștilor, securității etc. sunt fondate cu același scop și pe aceleași principii. Estimările efectuate în câteva țări ex-sovietice au demonstrat că numai *Diracția a patra* atrage din bugetul țării până la 20% din sursele alocate în întregime sănătății, pentru doar 0,1% din populație.

Criteriile de eficiență a actului medical este o problemă complicată și orice imprecizie sau ambiguitate în definirea lor creează spații în care se poate manifesta subiectivismul și arbitrarul deciziilor manageriale.

Sistemul public în sănătate, în toate țările lumii, indiferent de ponderea lui, deține puterea de decizie a politicilor de sănătate pentru țara dată. Ca și în toate sistemele publice, în țările cu o economie dezvoltată bugetul instituțiilor medicale publice este impus. Odată fiind limitat, acest buget, indiferent de ponderea lui în PIB-ul țării, este destinat în majoritatea sa necesităților populației doar din lista serviciilor medicale prioritare. Managementul instituțiilor medicale prevede totuși un suficient câmp de fluctuație în dirijarea fondurilor alocate din buget instituțiilor medicale, dar este nevoit să țină cont de principalele legități ale economiei de piață și ale managementului financiar. Să analizăm dilema unei singure abordări – a salarizării personalului medical din instituție.

Calea cu o rezistență majoră pentru managementul instituției din parte a personalului va fi stabilirea fondului de salarizare la minim și direcționarea surselor economisite pentru sporirea volumului și calității serviciilor medicale acordate populației.

Instituția medicală obține o sporire temporară a calității, un flux mai mare de pacienți pentru moment atrași de prețurile mai accesibile la o calitate adecvată. În această situație, salarizarea sub media pe țară a personalului provoacă diminuarea motivației pentru prestarea serviciilor de calitate, respectarea obligațiilor de serviciu corespunzătoare salariului. Această stare de lucruri, în țările cu o democrație mai slab dezvoltată, provoacă creșterea vertiginoasă a corupției în sistemul de sănătate. Personalul cu o calificare înaltă și abilități deosebite va migra spre instituțiile medicale, sau chiar țările, în care li se oferă un salariu adecvat calificării și efortului depus. În foarte scurt timp beneficiul iluzoriu al instituției medicale obținut va valora semnificativ mai puțin față de pierderea de personal provocată de salarizare sub media pe țară și, ca urmare, prăbușirea calității serviciilor acordate cu imaginea „șifonată” a instituției pe piața serviciilor medicale.

Alternativa primei variante constă în deplasarea volumului sporit de finanțare spre salarizarea mai mare a personalului. Aceste majorări se pot efectua numai în detrimentul pacienților deserviți de instituția medicală. Situația dată teoretic ar putea spori calitatea și intensitatea servirii pacienților și, ca rezultat, majorarea obiectivelor scontate de instituție. Această politică de salarizare are un neajuns major. Până în prezent, în managementul sănătății nu se deține un mecanism de salarizare bazat pe realizările și aportul fiecărui salariat la prosperarea instituției. Unificarea principiilor de salarizare, cu excluderea competenței salariatului, abilităților și aportului personal, formează o egalitate în salariu, fără a lua în considerație profesionalismul și abnegația personală.

Se consideră că varianta cea mai eficientă de salarizare a personalului medical este stabilirea salariului individual, în funcție de profesionalism, abilități, abnegație și rezultate. Acest principiu, cu părere de rău, deține un grad sporit de subiectivism și cel mai des, din considerente de siguranță personală a managerului, se respinge cu vehemență. Practic, nici un conducător de instituție medicală nu-și va asuma curajul să aprecieze profesionalismul unui specialist, să tolereze sinceritatea, critica și nonconformismul altora.

### Stabilirea priorităților

Pentru a stabili unele priorități, este necesar de a ierarhiza anumite scopuri, obiective și sarcini ale sistemului sau organizației, ce anume se dorește a se realiza, care obiective necesită a fi atinse în activitatea sistemului. Stabilirea priorităților va fi influențată de analiza situațională, în special de cerințele medicale, și de obiectivele politice mai largi ale comunității. Trebuie să ne asigurăm că prioritățile stabilite sunt

fezabile și conforme climatului social și politic al comunității în contextul resurselor posibile.

Pentru stabilirea intervențiilor prioritare, sunt folosite anumite criterii:

- Capacitatea de a reduce semnificativ o anumită patologie.
- Existența unei relații cost-eficiență rezonabile;
- Concordanța cu dorințele publicului.

Implementarea priorităților necesită îndeplinirea a trei criterii de fezabilitate:

1. Să fie vorba de intervenții care pot fi realizate la un nivel calitativ adecvat.
2. Să poată fi disponibile pentru majoritatea celor care au nevoie de ele, ținând cont de resursele existente și/sau proiectate;
3. Să reflecte un consens favorabil din punct de vedere politic referitor la necesitatea introducerii lor.

La nivel național, este necesar de a diviza trei arii bine demarcate în care se impune efectuarea procedurii de ierarhizare a măsurilor manageriale, inclusiv a celor financiare, scopul final fiind sporirea accesului populației la servicii calitative și de performanță:

1) *Investiții directe*: activele și dotarea instituțiilor medicale, sistemele informaționale moderne, pregătirea și perfecționarea cadrelor, managementul calității, servicii adecvate de urgență etc.

2) *Investiții indirecte*: protecția și siguranța muncii, protecția categoriilor social defavorizate etc.

3) *Investiții care nu sunt destinate sistemului de sănătate*, însă *sporesc sănătatea populației* și sunt benefice sistemului de sănătate prin impactul economic și cel social generat.

În aceste arii se impune o corelare și, ce este mai important, crearea unor echilibre ale valorilor investițiilor pentru fiecare arie pe principiile cost-eficiență, și nu pe cele ale impactului politic sau electoral. Acest mesaj necesită a fi cu lux de amănunte explicat reprezentanților mass-mediei țării. Prin intermediul lor uneori în țară se creează valori false ale unor evenimente cu un impact rezonabil în comunitate, cu cheltuieli semnificative impuse de presiunea societății și efect mizer asupra sănătății chiar și a unui pacient.

La fel, în calitate de criterii pentru stabilirea priorităților și ierarhizarea serviciilor medicale pot servi așa parametri ca:

1. necesitatea serviciului medical;
2. vârsta: copii, bătrâni cu dizabilități, handicapuri, vârstă fertilă, aptă de muncă etc.;
3. impactul etic al serviciului medical acordat pacientului asupra societății;
4. impactul social al rezultatelor tratamentului suportat de pacient asupra societății;
5. dependența pacientului:
  - pacient total dependent – nu poate îndeplini trei sau mai multe activități zilnice;

- pacient parțial dependent – nu poate îndeplini două activități zilnice;
  - pacient independent – în situațiile în care necesită: îngrijirea stomei, îngrijirea canulei traheale, îngrijirea plăgii postoperatorii și tratament parenteral;
6. dependența survenirii necesității serviciului medical de responsabilitatea personală de propria sănătate;
  7. eficacitatea serviciului medical;
  8. speranța la viață: fără speranță, limitată, bună;
  9. eficiența economică;
  10. alte criterii în funcție de caz.

Decizia de a acorda o prioritate anumitor grupuri de servicii medicale și de a ierarhiza aceste priorități este foarte dificilă, pentru ca în procesul politic de definire să se ajungă la un consens. În acest proces este necesar de a garanta o transparență majoră și de implicat toți factorii de decizie – medici-specialiști în domenii, politicieni, reprezentanți ai companiilor de asigurare, diverse organizații nonguvernamentale, asociații ale pacienților, sindicate etc. Acest proces de ierarhizare va exista atâta timp, cât va exista și insuficiența de surse financiare pentru a acoperi toate necesitățile în servicii medicale.

În linii generale, fiecare țară decide care politică va fi aplicată, ce tehnologii și principii sunt uzuale pentru sistemul de sănătate al țării date în contextul surselor financiare de care ea dispune. Exportarea trendurilor moderne din țările cu sisteme de sănătate bine dirijate, inclusiv și a principiilor de stabilire a priorităților, nu poate fi realizată fără ca acestea să fie actualizate și adaptate la particularitățile și situația reală a țării. Intențiile de a crea un sistem amplu și total de prioritarizare și ierarhizare pentru țară poate avea un efect invers, din cauza depășirii raționamentului aplicării acestor abordări în sistemul de sănătate. Primar se impun aplicarea acelor tehnologii care dețin un cost mai mic și au un efect major asupra eficacității utilizării surselor financiare, ulterior se impun tehnologiile cu efect pozitiv asupra aspectului etic al actului medical, asupra impactului social.

Practica internațională utilizează două metode de moderare a listei serviciilor medicale finanțate din bugetul public: metoda implicită și cea explicită. Fiecare dintre ele are un șir de neajunsuri.

Pachetul explicit de servicii provoacă discuții aprinse și la nesfârșit cu privire la serviciile medicale incluse în acest pachet. Pachetul implicit are o definiție vagă, cu posibilitatea de a interpreta subiectiv aceste definiții și, ca rezultat, oferirea serviciilor medicale cu o diferență semnificativă pacienților, cu un impact social înalt, cu diminuarea calității și sporirea costurilor.

Din considerente politice, pentru a evita controversele și a spori populismul social al factorilor de

decizie, majoritatea țărilor totuși aplică abordarea implicită. Se aplică stricta limitare a cheltuielilor în volumul de finanțare destinat sistemului de sănătate, fără a specifica anumite maladii. Abordarea dată, cu regret, induce nerespectarea standardelor și diminuarea calității serviciilor medicale prestate populației. Dacă nu există nici o reglementare, decizia cade în sarcina medicului personal care are, astfel, o misiune foarte dificilă, lăsându-se la latitudinea medicilor stabilirea priorităților.

Abordarea explicită înlătură dezavantajele abordării implicite, însă ea este foarte greu de aplicat, necesită multe eforturi. Se întocmesc listele explicite ale serviciilor acoperite de bugetul public în întregime, dar și listele acelor servicii care sunt excluse și nu se finanțează de Stat. Cu toate acestea, în multe țări acest proces a înregistrat rezultate notabile în întocmirea listelor pozitive explicite și trendul dat continuă. Notabil este faptul că țările Europei Centrale, aliate în reformarea sistemelor de sănătate, au obținut progrese mai mari față de alte state din regiune.

Listele explicite sunt compuse din recomandări de includeri și excluderi explicite de servicii medicale. Gradul de explicitare, formatul listelor și aplicativitatea sunt diferite de la o țară la alta. Se recomandă ca pachetul serviciilor medicale din aceste liste să fie revizuit anual. Programul Unic de servicii medicale elaborat și adoptat pentru CNAM prezintă o pildă elocventă de stabilire a priorităților și a ierarhizării serviciilor medicale pentru țară.

Formarea acestor liste se efectuează la nivelul național, prin legislație sau alte acte normative naționale, sau la un nivel mai jos prin acte reglementatoare, în funcție de posibilitățile financiare ale teritoriilor vizate.

Listele explicite care exclud serviciile medicale din finanțarea de Stat se folosesc la definirea serviciilor excluse. Ele la fel pot fi stabilite de un cadru național sau teritorial. Dacă nu există nici o reglementare, decizia cade în sarcina medicului personal care primește, astfel, o misiune foarte dificilă.

Principiile de selectare și ierarhizare a serviciilor medicale nu dețin numai o valoare pur teoretică. Fiecare dintre aceste principii are valoare proprie și se utilizează la diferite nivele decizionale. Pentru fiecare nivel de decizie se formează un grup de principii, în baza cărora se recomandă de a efectua selectarea și ierarhizarea serviciilor medicale sau a direcțiilor de dezvoltare a sistemului de sănătate după caz. În linii generale, principiile de selectate și ierarhizare au o aplicativitate în:

1. Elaborarea programelor de asigurare;
2. Selectarea programelor de stat pentru finanțare separată;

3. Selectarea instituțiilor medicale care necesită a fi reparate, dotate sau dezvoltate pentru a presta aceste servicii;
4. Deplasarea unui șir de servicii din sistemul public în cel privat;
5. Ierarhizarea priorităților de finanțare și dotare a anumitor servicii medicale;
6. Includerea acestor principii în elaborarea ghidurilor și protocoalelor clinice;
7. Formarea listelor de așteptare în baza acestor principii pentru categoriile de pacienți și pentru grupurile de diagnostice stabilite;
8. Alte domenii sau direcții de activitate.

Majoritatea țărilor exclud serviciile de genul chirurgiei estetice, anumite vaccinuri neuzuale (cum ar fi cele pentru călătoriile în străinătate) și tratamentele nonconvenționale (spre exemplu, acupunctura). Experiența mondială are acumulată o listă aplicată practic în toate țările a serviciilor cu o prioritate minoră sau chiar excluse din sistemul de finanțare public, cum ar fi:

- tratarea bolilor profesionale, medicina ocupațională și medicina sportivă;
- o serie de servicii medicale de mare performanță, bazate pe tehnologii de ultimă oră;
- o serie de servicii stomatologice;
- sporul de confort (al încăperii, alimentației, dotările suplimentare);
- corecțiile estetice;
- unele categorii de medicamente, consumabile medicale;
- fertilizarea in vitro;
- transplanturile de organe și țesuturi, cu excepția celor incluse în programele naționale, subvenționate de ministerul de profil;
- despăgubirile pentru anumite materiale sau dispozitive (acumulatori, baterii, ochelari);
- unele proceduri de fizioterapie;
- serviciile nonmedicale și cele sociale.

### Concluzii

1. Pentru Republica Moldova stabilirea priorităților și ierarhizarea explicită a maladiilor este reală – în baza abordării polifactoriale. Se poate și trebuie de efectuat.
2. Un trend progresiv în țările cu sisteme de sănătate dezvoltate se atestă pentru a păstra prioritățile, dar în formă explicită (listele de așteptare). În Moldova această abordare trebuie să fie pusă la bază din start.
3. În cadrul Ministerului Sănătății este necesar de creat un grup de lucru pentru o evaluare a tehnologiilor medicale (tip NICE în UK), care va elabora sistemul de criterii, principiul regulator

- de discuții publice ale deciziilor etc. Deciziile de direcționare a surselor financiare trebuie luate de specialiști în domeniu, și nu de politicieni.
4. Pentru a putea face față austerității financiare din sistemul de sănătate este necesar de a putea grada serviciile medicale în conformitate cu prioritatea lor pentru pacienți, pentru sistemul de sănătate, pentru societate și doar atunci se va putea utiliza corect bugetul de care dispunem.
5. Pentru a implementa cu succes elementele de priorietizare corectă și ierarhizare adecvată a serviciilor medicale, în sistemul de sănătate este necesar de creat premise pentru condiții de muncă decente și prima prioritate se impune a fi salarizarea în concordanță cu rezultatele activității medicului, cu performanțele și calitatea profesională.
6. Eficiența aplicării principiilor de priorietizare și ierarhizare este mai înaltă în țările unde nu s-a promis mult (SUA, Chile), mai slabă în țările cu garanții tradițional măi vaste. În Republica Moldova este necesar de a găsi curajul și a spune cinstit de ce dispunem la moment și care sunt posibilitățile reale ale sistemului de sănătate.

### Bibliografie

1. Clarke J., Cochrane A., McLaughlin E., *Managing Social Policy*, SAGE Publication, London, 1994.
2. Constantinescu D., *Asigurările de sănătate – între statul paternalist și responsabilitatea individuală*, București, Editura Mustang, 2007.
3. Maynard A., Dixon A., *Voluntary health insurance and medical saving account: theory and experience. Funding health care: option for Europe*, Open University Press, Buckingham, 2002.
4. Schreyögg J. ș.a. *Defining the „Health Benefit Basket” in nine European countries*, in *European Journal of Health Economics*, suppl. 1, 2005.
5. Saltman R.B., Ferroussier-Davis O., *Conceptul de administrare în politica de sănătate*, în *Buletinul OMS*, 2000, nr. 78, p. 732-739.
6. Veliotes G. P., San Jose B., T. van Voorden, *Developing a Basic Health Package for Romania, Position Paper*, UNSAR, Bucharest, 2006.
7. Organizația Mondială a Sănătății. *Raport asupra stării de sănătate mondială, 2000. Sistemele sanitare: îmbunătățirea performanței*, Geneva, OMS, 2000.
8. Școala Națională de Sănătate Publică și Management. *Promovarea sănătății și educația pentru sănătate*, București, Editura Public H. Press, 2006.
9. *Открытая экономика*, ГУ-ВШЭ, 9.04.2009. [http://www.opec.ru/docs.aspx?id=225&ob\\_no=88257](http://www.opec.ru/docs.aspx?id=225&ob_no=88257);
10. Constantinescu D., *Definirea pachetului serviciilor medicale de bază; Implicații asupra asigurărilor private de sănătate*, în *Revista română de asigurări*, București, 2009, nr. 2, p. 14-29.

Prezentat la 01.06.2011