

3. AYRE JE. *Role of the halo cell in cervical cancerigenesis. A virus manifestation in premalignancy?* Obstet Gynecol 1960 Apr;15:481-91.
4. Commission of the European Communities. *Proposal for a Council Recommendation on Cancer Screening. 2003/0093 (CNS)*, 2003 Brussels: European Commission. 1–22.
5. Fraumeni JF Jr, Lloyd JW, Smith EM, Wagoner JK. *Cancer mortality among nuns: role of marital status in etiology of neoplastic disease in women*, J Natl Cancer Inst, 1969 Mar;42(3):455-68.
6. Govan VA. *A novel vaccine for cervical cancer: quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16 and 18) recombinant vaccine (Gardasil)*, Ther Clin Risk Manag. 2008 Feb;4(1):65-70.
7. Ho GY, Studentsov YY, Bierman R, Burk RD. *Natural history of human papillomavirus type 16 virus-like particle antibodies in young women*, Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2004 Jan;13(1):110-6.
8. Laverty CR, Russell P, Hills E, Booth N. *The significance of noncondylomatous wart virus infection of the cervical transformation zone. A review with discussion of two illustrative cases*, Acta Cytol, 1978 Jul-Aug;22(4):195-201.
9. Lynge E. *Recommendations on cancer screening in the European union*, Eur J Cancer (2000) 36:1473–1478.
10. Mao C, Hughes JP, Kiviat N, Kuypers J, Lee SK, Adam DE, Koutsky LA. *Clinical findings among young women with genital human papillomavirus infection*, Am J Obstet Gynecol. 2003 Mar;188(3):677-84.
11. McIntosh J, Sturpe DA, Khanna N. *Human papillomavirus vaccine and cervical cancer prevention: practice and policy implications for pharmacists*, J Am Pharm Assoc (2003). 2008 Jan-Feb;48(1):e1-13; quiz e14-7.
12. Ostör AG. *Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review*, Int J Gynecol Pathol. 1993 Apr;12(2):186-92.
13. Rigoni-Stern D. *Fatti statistici alle mallattie cancerose che servono di base alle poche cose dal dott*, F. Prog. Patol. Terap. 1842;2:499-517.
14. Scheurer ME, Tortolero-Luna G, Adler-Storthz K. *Human papillomavirus infection: biology, epidemiology, and prevention*, Int J Gynecol Cancer. 2005 Sep-Oct;15(5):727-46.
15. The Council of the European Union. *Council recommendation of 2 December on cancer screening*, Off J Eur Union (2003) 878:34–38.
16. zur Hausen H. *Papillomaviruses – to Vaccination and Beyond*, Biochemistry (Mosc), 2008 May;73(5):498-503.

**REGIONALIZAREA ASISTENȚEI MEDICALE SPITALICEȘTI – INSTRUMENT
PENTRU OPTIMIZAREA ACTIVITĂȚII SECTORULUI SPITALICESC**

Oleg Hîncu

Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

***The regionalization of hospital care – a tool for
hospital sector’s activities optimization***

In the article is presented the importance of the regionalization approach in hospital care modernization. There is the description of motivation factors and benefits of the implementation of hospital care regionalization in the context of hospital sector reforms in Republic of Moldova, with is suppose to be implemented in future soon.

Also it’s showed some essential principles and objectives for regionalization of hospital sector, which found the basis of a quality and cost-efficiently hospital care.

Introducere

În procesul tranziției la economia de piață, reformele sanitare din Republica Moldova s-au ciocnit de multiple și diverse probleme, iar declinul economic și social au avut un impact negativ major asupra sectorului spitalicesc, consumator a unui volum semnificativ de resurse alocate sistemului de sănătate.

Spitalele sunt veriga principală în asigurarea populației cu asistență medicală. O prioritate strategică în relație cu sectorul spitalicesc, ar fi de a stimula un proces larg de modernizare a acestuia pentru optimizarea asistenței medicale spitalicești.

Ca rezultat al noilor condiții create și în scopul eficientizării continue a sectorului spitalicesc, astăzi apare necesitatea concentrării resurselor disponibile în anumite spitale. Acest proces necesită o redefinire și o argumentare adecvată a „zonelor de sănătate”, care sunt centrate pe consumatori și necesitățile populației deservite, întru valorificarea cât mai eficientă a resurselor disponibile.

Cu referire la reorganizarea sectorului spitalicesc, tot mai des se descriu strategii de regionalizare a acestuia în defavoarea decentralizării. În scopul asigurării unei repartizări geografice egale a instituțiilor medicale spitalicești și a serviciilor medicale prestate adecvat necesităților populației, planificarea asistenței medicale specializate necesită a fi efectuată în baza unor zone limitate.

Materiale și metode

În cadrul acestui studiu secundar s-a efectuat un reviu nesistematic a surselor științifico-practice publicate privind regionalizarea asistenței medicale spitalicești în Europa de Vest, în special în începând cu anul 1991 până în prezent. Selectarea surselor științifice a fost realizată cu ajutorul bibliotecii electronice a Observatorului European în Sisteme și Politici Sanitare (European Observatory on Health Systems and Policies), a Federației Internaționale Spitalicești (International Hospital Federation) și a Agențiilor Regionale Spitalicești din Franța (Agence Regionale d'Hospitalisation) cu respectarea următoarelor etape: formularea problemei; căutarea sursei; selecția și generalizarea; și aprecierea critică a surselor.

Rezultate și discuții

Noțiunea de „regionalizare” presupune împărțirea unui teritoriu pe regiuni, respectiv „regionalizarea asistenței medicale spitalicești” presupune planificarea și organizarea sectorului spitalicesc pentru regiuni separate, care sunt definite în baza anumitor criterii.

Fenomenul regionalizării asistenței medicale spitalicești desemnează tendința de a vedea spitalele aparținând unor regiuni geografice delimitate, care sunt asemănătoare din punct de vedere al necesităților populației pentru servicii medicale, sociale și economic apropiate. Până în prezent, motivația de a planifica organizarea spitalelor pe regiuni a fost dirijată de factorul economic, adică în scopul folosirii cost-eficiente a resurselor alocate sectorului de sănătate.

Regionalizarea asistenței medicale spitalicești este procesul prin care „piața” de prestare a serviciilor medicale se împarte pe zone de sănătate. În aceste zone activează spitalele de diferit nivel de complexitate a serviciilor medicale prestate. În țările dezvoltate din Europa de Vest și America de Nord, de exemplu în Franța, spitalele de nivel terțiar, deja și-au definitivat propriile strategii de regionalizare, găsind calea cea mai cost-eficientă spre mărirea accesului pacienților la serviciile medicale.

Clasificarea asistenței medicale specializate pe nivele de complexitate susține principiul regionalizării serviciului spitalicesc. În dependență de nivelul specializării spitalului, zonele de deservire a acestora se planifică cu scopul de a asigura accesibilitatea întregii populației la servicii medicale spitalicești și reducerea la minimum a dublării de servicii și folosirea neeficientă a resurselor limitate.

Principalul factor ce impune și favorizează regionalizarea est factorul financiar, care direcționează „piața” serviciilor medicale spre cost-eficiență. Un alt factor motivațional este progresul tehnico-științific, în special echipamentul și dispozitivele medicale performante: unități

mobile de testare și diagnostic, unități mobile de rezonanță magnetică nucleară (RMN), telemedicina, crearea diverselor internet-conexiuni, etc. În același timp, odată cu îmbătrânirea populației, apare necesitatea în servicii medicale terapeutice de larg profil în toate tipurile de spitale.

Planificarea asistenței medicale prin prisma strategiei de regionalizare a acesteia, accentuează și favorizează cooperarea spitalelor de diferit nivel între ele, inclusiv și cu instituțiile de asistență medicală primară și urgentă prespitalicească, asigurând continuitatea în prestarea serviciilor medicale, prin mărirea responsabilității față de populația deservită și față de fiecare pacient în parte. Ideal ar fi ca pacienții să ajungă în spital prin intermediul medicului de familie, adică cu trimiterea acestuia, și prin intermediul serviciului de urgență prespitalicească. Și invers, la externarea pacientului informația necesară și recomandările se transmit direct medicului de familie de pe sector.

Regionalizarea este un proces colectiv întru distribuirea rațională/optimală a resurselor disponibile, a personalului medical, a dispozitivelor medicale, în timp ce fluxul de pacienți este direcționat spre serviciile medicale adecvate necesităților, iar serviciile medicale către pacienții eligibili. O asemenea abordare și-a demonstrat eficacitatea în controlul cheltuielilor spitalicești pentru prestarea unor servicii calitative, sigure, cost-eficiente și în gestionarea/controlul listei de așteptare pentru diferite tipuri de servicii înalt specializate.

În țările dezvoltate ale Comunității Europene, astăzi este o practică obișnuită pentru medicii specializați pe profil îngust din instituțiile terțiare să examineze pacienții din serviciile clinice ale aceluiași spital și din alte spitale aflate în diferite colțuri ale țării. De exemplu, computerul personal portabil, conectat la rețeaua Internet, dotat cu dispozitive video și audio de înregistrare permite specialistului de a examina pacientul la distanță și de a concluziona asupra internării pacientului în instituția respectivă sau transferul de urgență la un nivel mai superior de complexitate.

Sub presiunea factoriilor menționați și în rezultatul analizei reciproce a „pieții” serviciilor medicale, gestionarii de spitale concluzionează că vor avea o eficiență și o rentabilitate mai bună în cazul acțiunii spitalelor ca un tot întreg, decât situația când instituțiile sunt de sine stătătoare. Acest principiu a fost pe larg implementat în Regatul Unit al Marii Britanii prin unirea spitalelor în trusturi, iar în Austria prin comasarea spitalelor în consorții, în centrele urbane mari unde activează câteva spitale de diferit nivel.

Regionalizarea spitalelor optimizează procesul de control al cheltuielilor, prin obținerea a cât mai multe rezultate/produse cu cheltuieli cât mai mici, și reprezintă o oportunitate pentru „spitalele mici” și care nu sunt în stare să concureze cu „spitalele mai mari”, având contingentul său de deservire. Astfel, „spitalele mici” își mențin activitatea și reprezintă un important actor economic din localitatea unde este situat.

Pentru „spitalele mai mari”, regionalizarea permite obținerea unor resurse financiare suplimentare în baza tratării pacienților mai gravi. Aceste spitalele cu un nivel de complexitate mai superior, utilizează mult mai rațional echipamentul medical costisitor, de care dispune și are posibilitatea de a organiza activitatea științifico-didactică în cadrul său, prin concentrarea pacienților eligibili conform nivelului de complexitate a serviciilor prestate.

În baza experienței internaționale/franceze și în conformitate cu recomandările Băncii Mondiale în domeniu, la categoria de „spitale mici” se atribuie instituțiile ce prestează servicii medicale de bază (boli interne, chirurgie generală, pediatrie, ginecologie/obstetrică, anesteziologie și reanimare) cu acces permanent sau periodic la specialiștii înguști, au un serviciu de radiologie și de laborator, ultimul activând doar între orele 08:00 și 22:00. În cadrul acestui spital funcționează un serviciu în cadrul căruia se acordă asistență medicală de urgență spitalicească, un serviciu de spitalizare de zi, în care de obicei vin medicii din instituțiile terțiare și prestează servicii de diagnostic și/sau tratamentul necesar, și pot avea brigăzi mobile ce acordă asistență medicală la domiciliu. Aceste spitale (numite locale/raionale/ comunitare) tratează cazurile ce nu necesită intervenții chirurgicale urgente sau terapie intensivă, de asemenea prestează servicii medicale 24 din 24 pentru pacienții cronici și pentru pacienții în vârstă, inclusiv și servicii

medicale de reabilitare. Pentru un asemenea tip de spitale se recomandă un număr de 150-200 paturi, din care: 5% sunt paturi de terapie intensivă și reanimare, 10% sunt paturi amplasate în saloane izolate, iar 50-80 paturi pentru serviciul de spitalizare de zi, cu o arie totală, inclusiv pentru serviciile auxiliare și tehnice, de 120-160 m² la un pat.

Iar la categoria de „spitale mai mari” se atribuie instituțiile, care pe lângă serviciile de bază prestează și unele servicii medicale specializate în dependență de necesitățile populației deservite (boli interne, boli infecțioase, cardiologie, pulmonologie, neurologie, pediatrie, chirurgie pediatrică, ginecologie/obstetrică, chirurgie generală, urologie, ortopedie/traumatologie, otorinolaringologie, oftalmologie), și care au în componența sa servicii echipate adecvat de radiologie, de laborator și de urgență spitalicească. Pentru un asemenea tip de spitale (numite de referință/de profil general/zonale) se recomandă un număr de 400-500 paturi, din care: 5-10% sunt paturi de terapie intensivă și reanimare, 10% sunt paturi amplasate în saloane izolate, cu un supliment de 80-150 paturi pentru serviciul de spitalizare de zi, și cu o arie totală, inclusiv pentru serviciile auxiliare și tehnice, de 160-200 m² la un pat.

În spitalele de nivel terțiar (numite regionale/de performanță/de excelență) este concentrată toată gama de servicii medicale înalt-specializate și dispun de toți specialiștii de profil îngust (boli interne, gastroenterologie, endocrinologie, dietologie, nefrologie, reumatologie, dermatologie, boli infecțioase, cardiologie, pulmonologie, neurologie și neurochirurgie, oncologie, hematologie, psihiatrie, pediatrie, chirurgie pediatrică, ginecologie, obstetrică, inclusiv pentru cazurile cu risc înalt, reanimare neonatologică, chirurgie generală, urologie, ortopedie/traumatologie, otorinolaringologie, oftalmologie, chirurgie oro-maxilo-facială, chirurgie vertebrală, chirurgie plastică, combustiologie, transplantologie etc.). Spitalele terțiare au în componența sa servicii complet echipate de radiologie și imagistică, de laborator, serviciu de transfuzie a sîngelui și de urgență spitalicească capabil să acorde asistență medicală în caz de calamități naturale. Aici sunt tratați pacienții cei mai gravi, cu patologii mai rar întâlnite, care necesită asistență medicală înalt-specializată cu antrenarea echipamentului medical performant. Un asemenea tip de spital deservește o populație de 1,5-2,5 milioane de locuitori și se recomandă un număr de 600-900 paturi, din care: 10-15% sunt paturi de diferite tipuri de terapie intensivă și reanimare, 10% sunt paturi amplasate în saloane izolate, cu un supliment de 100-150 paturi pentru serviciul de spitalizare de zi, și cu o arie totală, inclusiv pentru serviciile auxiliare și tehnice, de 180-220 m² la un pat.

Regionalizarea serviciilor medicale spitalicești permite menținerea pacientului cât mai aproape de casa sa. Acest fapt este posibil prin faptul că serviciile medicale spitalicești, de care au necesitatea un număr mai mare de pacienți, sunt prestate în toate spitalele, iar serviciile înalt specializate, cererea față de care este mai mică, sunt concentrate în câteva instituții terțiare. Chiar și după ce au fost tratați într-un spital terțiar, în marea sa majoritate pacienții urmează tratamentul de reabilitare sau continuă să primească îngrijiri medicale, pînă la însănătoșirea definitivă, în spitalele de un nivel mai inferior. Astfel marea parte a pacienților sunt tratați în spitalele localizate în apropierea locului de trai.

Regionalizarea sectorului spitalicesc permite spitalelor de a delimita regiunile sale de deservire, astfel în cât să prognozeze numărul și fluxul pacienților internați și să-și planifice mult mai eficient activitatea în condițiile, în care procesul de acreditare prevede și evaluarea numărului/frecvenței efectuării anumitor intervenții chirurgicale și manopere medicale. De exemplu, într-un Centru Spitalicesc Universitare din Marea Britanie anual ar trebuie să se efectueze nu mai puțin de 120 de transplante renale pentru a fi acreditat acest serviciu de transplant renal. Conform datelor statistice, pentru o populație de 1 milion de locuitori anual este nevoie de 56 de transplante renale. Deci un serviciu de transplant renal poate fi organizat într-un spital de nivel terțiar, care deservește o populație de cel puțin 2 milioane de locuitori.

Regionalizarea serviciului spitalicesc se definește ținînd cont de necesitățile populației în servicii de sănătate, de infrastructura sanitară și cea spitalicească existentă, de resursele disponibile, de problemele și obstacolele identificate, respectînd autonomia și rolul fiecărui prestator de servicii de sănătate. Acest proces necesită a fi realizat într-un mod

transparent, cu antrenarea reprezentanților beneficiarilor/consumatorilor, a prestatorilor și cumpărătorilor de servicii medicale, și dirijat de un echipă de specialiști ai autorităților publice centrale în domeniu.

Procesul de regionalizare a serviciilor spitalicești se realizează în câteva etape interdependente:

- Analiza situației existente în cadrul asistenței medicale spitalicești;
- Identificarea problemelor și obstacolelor în acest domeniu;
- Stabilirea obiectivelor și rezultatelor necesare de a fi obținute;
- Determinarea strategiei și instrumentelor de soluționare a problemelor, în baza recomandărilor studiilor și experienței pozitive în domeniu;
- Adaptarea cadrului general de referință la condițiile specifice ale țării, prin elaborarea scenariilor adecvate pentru obținerea rezultatelor scontate;
- Aprobarea și implementarea cadrului normativ-juridic necesar;
- Evaluarea procesului de implementare și a rezultatelor obținute.

Zonele de sănătate periodic vor fi evaluate la perioade stabilite de timp cu estimarea impactului asupra sistemului de sănătate, identificarea punctelor forte și slabe, a noilor obstacole și oportunități, ținând cont de următoarele obiective ale regionalizării serviciilor spitalicești:

- de a fixa obiective specifice pentru fiecare zonă în parte, care urmează a fi realizate pe parcursul unei perioade stabilite;
- de a determina repartizarea geografică a dispozitivelor medicale și a activității sanitare, care va permite de a răspunde adecvat la necesitățile populației;
- de a determina oportunitățile pentru reprofilarea asistenței medicale în dependență de noile condiții create ca rezultat al factorilor interni și externi.

În țările dezvoltate, politica regionalizării sectorului spitalicesc a început să fie pe larg implementată și ca rezultat al trecerii la finanțarea spitalelor din fondurile de asigurări medicale/sociale. Adepții acestei politici argumentau regionalizarea asistenței medicale spitalicești prin propunerea unor instrumente performante de coordonare și cooperare între prestatorii unei regiuni, gestionare a resurselor alocate și crearea condițiilor de participare a beneficiarilor în cadrul aprobării deciziilor privind sectorul de sănătate din regiune.

Astfel, în cadrul regionalizării asistenței medicale spitalicești se transferă rolul de coordonator, cu delegarea funcțiilor și atribuțiilor respective, de la autoritatea publică centrală de conducere în domeniu către autoritățile publice locale și gestionarii spitalelor, și viceversa, prin aprobarea cadrului normativ-juridic necesar pentru decentralizarea unor servicii medicale și centralizarea altora. În acest context, activitatea în cadrul zonelor de sănătate se vor planifica prin prisma următoarelor principii generale:

- coordonare – lucru în echipă a instituțiilor medicale pentru prestarea serviciilor medicale, obținerea resurselor necesare în acest scop, organizarea cursurilor de instruire continuă și promovarea politicii de sănătate în regiunea deservită;
- standardizare – adaptarea reciprocă a instrumentelor de planificare, a comunicatelor și a procedurilor de reacționare la careva factori externi;
- centralizarea – controlul și supravegherea planificării sanitare se efectuează de autoritatea de gestionare din regiunea dată, inclusiv și răspunsul la intervențiile autorităților centrale;
- crearea rețelelor – adică stabilirea relațiilor inter- și intra-regionale, inclusiv cu instituțiile din afara sectorului sanitar pentru a fi capabili de a reacționa adecvat la toate provocările.

În contextul reformelor spitalicești din Republica Moldova regionalizarea asistenței medicale spitalicești ar fi o oportunitate pentru realizarea cu succes al acestora și urmează a contribui la:

- micșorarea și excluderea dublării de servicii medicale spitalicești, în special din municipiul Chișinău;
- cooperarea între spitale, astfel în cât acestea nu vor mai funcționa ca instituții izolate, prin susținerea asistenței medicale primare, urgente prespitalicească și spitalelor mai mici de către spitalele mai mari, ultimele fiind direct interesate de realizarea unei eșalonări adecvate a fluxului de pacienți;
- crearea și dezvoltarea spitalelor terțiare în regiunile de nord și sud a țării, pentru a asigura accesul echitabil al pacienților la servicii medicale specializate/scumpe, care sunt prestate în mod centralizat;
- apropierea tehnologiilor medicale moderne cât mai aproape de pacienții rurali, prin implementarea zonală a dispozitivelor medicale mobile, etc.

Astfel în baza celor menționate, în contextul specific al sectorului spitalicesc din Republica Moldova, ar fi posibilă stabilirea unei clasificări contemporane a spitalelor, care necesită a fi efectuată în baza nivelului de complexitate a serviciilor medicale prestate. Planificarea și organizarea asistenței medicale spitalicești din țară, care poate fi efectuată și prin prisma regionalizării acesteia, să favorizeze cooperarea spitalelor la toate nivelele și controlul cheltuielilor publice;

În conformitate cu recomandările experților internaționali în domeniu și în baza experienței țărilor europene, spitalul cu „multiple amplasamente” este o soluție managerială contemporană pentru dezvoltarea unui model integrat al sectorului spitalicesc din Chișinău, care se realizează prin regionalizarea asistenței medicale spitalicești și transferul accentului de la spitale mono-profil la cele de profil general, inclusiv prin crearea centrelor de performanță în regiunile de nord și sud a țării și apropierea asistenței medicale specializate și înalt-specializate cât mai aproape de pacienții rurali.

Concluzii

Analiza narativă a surselor științifico-practice europene publicate în domeniul regionalizării asistenței medicale spitalicești permit argumentarea aprobării și implementarea:

- clasificării spitalelor în baza nivelului de complexitate a serviciilor medicale prestate;
- planificării, prognozării și organizării asistenței medicale spitalicești prin prisma strategiei de regionalizare a acesteia;
- funcționării spitalelor ca un tot întreg, în cadrul unei regiuni, în scopul optimizării eficienței și rentabilității sale;
- regionalizării spitalelor în scopul optimizării procesul de control al cheltuielilor sanitare;
- creării și dezvoltării spitalelor terțiare în regiunile de nord și sud a țării întru apropierea tehnologiilor medicale moderne cât mai aproape de pacienții rurali;
- modelelor integrate de dezvoltare al sectorului spitalicesc din municipiul Chișinău, de exemplu spitale unite sub un management comun, întru soluționarea problemelor și obstacolelor identificate.

Bibliografie

1. www.euro.who.int/observatory (www.observatory.dk);
2. www.ihf-fih.com;
3. www.arh-bretagne.fr;
4. European Observatory on Health Systems and Policies series, Policy brief: „Capacity planning in health care: a review of the international experience”, by Stefanie Ettelt and joint authors, WHO European Centre for Health Policy, 2008;
5. A global study on hospital sector reform „The performance of hospitals under changing socioeconomic conditions”, report of International Hospital Federation and World Health Organization, 2007;

6. Jean-Michel Budet, Françoise Blondel, „L'hospitalisation publique et privée”, 3^e édition, Groupe Berger-Levrault Paris, 2004, p.365-368;
7. “Regionalization in local public health systems”, Californian Health Forum September 2007;
8. „Regionalizing hospital care”, by Mark Green, <http://www.kybiz.com/articles/article.cfm>;
9. ”Health System Optimization Planner”, George Boulton, Conseil Santé S. A., Health Investment Fund Project, 2006;

PREMIZELE IMPLEMENTĂRII CONTURILOR NAȚIONALE DE SANATATE ÎN R. MOLDOVA

Doina Banari

Centrul național de management în sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

Premises of the implementation of NHA in Moldova

The requirement and premises of implementation of NHA (National Healthcare Accounts) that describe funding sources and define manners in which financial resources may be used by healthcare in our country have been discussed. NHA will allow establishing a basis for the assessment of the consequences derived from our national healthcare system as well as will provide support in allocation of funds assigned for healthcare.

Introducere

Sistemul Ocrotirii Sănătății din Republica Moldova în ultimii ani s-a găsit într-un amplu proces de reformare. În ultimul deceniu în Republica Moldova s-au înregistrat rezultate semnificative în domeniul ajustării și restructurării funcționale a sistemului de sănătate. Perfecționarea sistemului de organizare a ocrotirii sănătății trebuie să fie dirijată spre :

- obținerea unei stabilități financiare a sistemului de ocrotire a sănătății,
- perfecționării managementului acestui sistem,
- asigurarea drepturilor cetățenilor la obținerea serviciilor medicale calitative în cadrul sistemului de sănătate.

Dezvoltarea capacităților sistemelor de sănătate, îndreptată spre îmbunătățirea sănătății populației deservită, implică cheltuieli suplimentare însemnate pentru serviciile medicale. Eficiența sistemului de ocrotire a sănătății trebuie să fie estimată nu numai în raport cu nivelul bunătăților produse, ci și în conformitate cu repartizarea lor în societate. Dacă sistemul de ocrotire a sănătății poate fi examinat ca răspunsul societății la dorința cetățenilor ei de a obține anumite foloase sau rezultate cât și repartizarea lor echitabilă, eficientă sistemului de ocrotire a sănătății prezintă un indice al gradului de atingere ale scopurilor trasate. Astfel obținerea unei informații mai exacte privind finanțarea sistemului ocrotirii sănătății devine un element important în estimarea cheltuielilor pentru serviciile medicale în contextul Metodologiei Conturile naționale de sănătate în țară.

OBIECTUL SISTEMULUI CONTURILOR NAȚIONALE

Sistemul conturilor sau contabilității naționale (SCN) este un sistem de evidență și analiză macroeconomică utilizat în statistica țărilor cu economie de piață, în statisticile O.N.U. și ale altor organisme internaționale.

Apariția sa a fost impusă de necesitatea obținerii informații pentru efectuarea unor calcule și analize macroeconomice, devenind instrumentul principal de evidență și analiză macroeconomică folosit în statistica mondială. Obiectul său este de a reprezenta cantitativ realitatea economică într-o perioadă de timp sau la un moment dat. Activitatea economică are ca rezultat produse și servicii care au caracter de marfă și se realizează prin intermediul pieței, precum produse și servicii care nu au caracter de marfă și, ca atare, nu fac obiectul pieței.