

## CRITERIA FOR ESTABLISHING THE STRATEGY OF SERVICES IN PUBLIC HEALTHCARE INSTITUTIONS

### CRITERII DE STABILIRE A STRATEGIEI DE PRESTĂRI SERVICII ÎN INSTITUȚIILE MEDICALE PUBLICE

Ana NICULIȚĂ

Doctorand

Academia de Studii Economice din Moldova

[www.ase.md](http://www.ase.md),

[aniculita82@gmail.com](mailto:aniculita82@gmail.com)

#### ABSTRACT

*The healthcare service strategy results from the accomplishment of the main function of the medical institution, that of providing medical care. The spectrum of services provided by public institutions is regulated by normative acts and depends on the level of healthcare and the specific of the institution activity. The types of healthcare services included in the system of compulsory health insurance are regulated by the normative acts and are the following: urgent prehospital care, primary healthcare services, specialized healthcare services, hospital healthcare services, high performance medical services, community, and homecare services.*

*The purpose of the study is to determine the criteria for establishing the service strategy in public healthcare institutions, which results in achieving performance in providing health services and meeting the needs of beneficiaries. Thus, the following criteria for establishing the service strategy at institutional level were determined and analysed: quality of health services, efficiency of healthcare, utilization of health services, access to healthcare, lifelong learning of health professionals and sustainability of health services.*

**KEY WORDS:** *access to the health services, efficiency of health services, public healthcare institutions, public health services, quality of health services, strategy of health services, sustainability of health services*

**JEL CLASIFICATION:** H4 Publicly Provided Goods, I1 Health, I18 Government Policy; Regulation; Public Health

#### INTRODUCERE

Instituțiile care oferă servicii de sănătate au ca obiectiv principal satisfacerea nevoilor și cerințelor de sănătate ale populației, asigurând indivizii și comunitățile cu îngrijiri de sănătate de prevenție, curative și de recuperare, utilizând cunoștințele și abilitățile personalului de specialitate. [Șaptefrați L., 2017, p. 25]

Strategia de prestări servicii rezultă din realizarea funcției principale a instituției medicale, cea de a acorda asistență medicală. Așa cum spectrul de servicii prestat de instituțiile publice este reglementat prin acte normative și depind de nivelul asistenței medicale și de specificul instituției, accentul managementului instituțional trebuie să fie pus pe obținerea performanței în prestarea serviciilor medicale și pe satisfacerea nevoilor beneficiarilor.

*Serviciile de sănătate* sunt considerate de știința economică drept un set de bunuri și servicii pe care consumatorii (pacienții) le utilizează, în principal, pentru impactul lor pozitiv anticipat asupra stării de sănătate a acestora. Serviciile de sănătate se deosebesc de majoritatea bunurilor de consum. Foarte mulți oameni nu doresc să participe la consumul de servicii medicale, decât dacă se îmbolnăvesc. [Marinescu C., 2005]

În Republica Moldova, sunt implementate asigurările obligatorii de asistență medicală. Tipologia serviciilor medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală este reglementată prin acte normative (Hotărârea Guvernului nr. 1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală) și cuprinde următoarele categorii de asistență medicală și servicii medicale:

1. *Asistența medicală urgentă prespitalicească* se acordă în cazul urgențelor medico-chirurgicale și include activități orientate spre stabilizarea parametrilor fiziologici vitali ai pacientului. Asistența medicală urgentă prespitalicească se acordă de către serviciul prespitalicesc de asistență medicală urgentă.

2. *Asistența medicală primară* acordată de medicul de familie, în comun cu echipa sa, care include următoarele servicii și activități: servicii profilactice; servicii medicale curative; servicii medicale pentru situații de urgență, inclusiv asistență medicală în cazul urgențelor de sănătate publică; activități de suport.

3. *Asistența medicală specializată de ambulator*, se acordă în cazul diverselor maladii și stări (boli infecțioase și parazitare; tumori; tulburări mintale și de comportament; boli ale sistemului nervos; boli ale ochiului și ale anexelor sale; boli ale urechii și ale apofizei mastoide; boli ale aparatului circulator; boli ale aparatului respirator; boli ale aparatului digestive, ș.a.), de către medicul specialist de profil împreună cu personalul mediu încadrat în realizarea actului medical și include toate activitățile, inclusiv organizator-metodice, ce țin de competența specialistului și a personalului respectiv. De asemenea, în această categorie se include și asistența medicală stomatologică.

4. *Asistența medicală spitalicească* se acordă în cazul diverselor maladii și stări menționate mai sus, dar și altele, persoanelor prin internare în spital în cazurile când sunt excluse toate posibilitățile de acordare a asistenței medicale în condiții de ambulator sau starea sănătății pacientului necesită a fi supravegheată în condiții de spital.

5. *Serviciile medicale de înaltă performanță* se acordă în cazul diverselor maladii și stări menționate mai sus, dar și altele, și sunt prestate la prescrierea medicului specialist de profil din cadrul asistenței medicale specializate de ambulator și medicului de familie.

6. *Serviciile de îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu* sunt acordate de către prestatorii autorizați pentru prestarea serviciilor respective. Beneficiarii îngrijirilor medicale la domiciliu sunt persoanele care suferă de maladii cronice în stadiu avansat și/sau după intervenții chirurgicale mari pacienții geriatrici, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o instituție medico-sanitară. Beneficiarii de îngrijiri paliative sînt pacienții de toate vârstele, cu maladii cronice în stadiu avansat și alte boli cu pronostic limitată, cu simptome necontrolate, suferință psihoemoțională sau spirituală semnificativă și/sau prezintă un anumit nivel de dependență. Serviciile de sănătate mintală comunitară și serviciile de sănătate prietenoase tinerilor se acordă de centrele comunitare de sănătate mintală și centrele de sănătate prietenoase tinerilor.

## **ANALIZA CRITICĂ ÎN DOMENIUL PROBLEMEI CERCETATE**

Conceptul de servicii de sănătate stă la baza a ceea ce în economie se numește *teoria capitalului uman*: indivizii investesc în ei înșiși prin educație, pregătire continuă și sănătate pentru a deveni mai productivi și pentru a-și asigura câștiguri mai mari. Astfel, pe de o parte, sănătatea este un bun de consum (îi face pe oameni să se simtă mai bine) și, pe de altă parte, sănătatea este un bun de investiții (starea de sănătate va determina randamentul productiv al fiecărei persoane). [Marinescu C., 2005] În acest sens, preocuparea de bază a prestatorilor de servicii de sănătate este nu doar de a presta serviciu propriu-zis, dar și de a utiliza cele mai eficiente metode și tehnici de diagnostic, tratament și recuperare, pentru a asigura o calitate a vieții cât mai înaltă a pacienților.

Numeroase servicii medicale, ca imunizările împotriva bolilor infecțioase, sunt generatoare de externalități pozitive, ceea ce înseamnă că consumul unui serviciu medical are efecte pozitive nu doar asupra persoanei care a beneficiat de el, dar și asupra altor indivizi. În acest caz, preocuparea de bază a prestatorilor este de a asigura accesul la aceste servicii și o comunicare persuasivă pentru a promova consumul lor.

Conform teoriei economice, oferta și consumul servicii medicale s-ar situa sub nivelul optim social, dacă respectivele servicii ar fi produse prin intermediul mecanismelor de piață. De vreme ce consumul serviciilor de sănătate dă naștere la efecte externe, în cazul acestora se manifestă situația de eșec al pieței, când mecanismele pieței nu pot funcționa la fel de bine precum în cazul bunurilor private. Cele mai multe servicii de sănătate au caracteristici de bunuri publice, ceea ce înseamnă că pe o piață liberă, prestatorii le-ar produce într-o cantitate insuficientă, la un preț mult mai mare decât ar putea să-l achite toți cei care au nevoie de aceste servicii, ceea ce ar încălca principiul de echitate. Astfel, se justifică intervenția statului în finanțarea și reglementarea activității instituțiilor medicale. [Marinescu C., 2005]

Astfel, conform legislației în vigoare, accesul la serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nu întotdeauna depinde de statutul beneficiarului dacă este asigurat sau nu. Sunt servicii, ca asistența medicală urgentă prespitalicească și asistența medicală primară, care se acordă tuturor persoanelor care au nevoie de ele, în volumul stabilit de Programul unic, inclusiv prescrierea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate, fără a fi condiționată plata pentru prestarea acestor servicii. De asemenea, toate persoanele, inclusiv cele ce nu au statut de persoană asigurată, beneficiază de asistență medicală specializată de ambulator și spitalicească, în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice (de exemplu, tuberculoza), acoperite din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

La modul general, serviciile medicale specificate în Programul unic se acordă tuturor persoanelor asigurate și sunt determinate de: (a) tendințele demografice, morbiditatea caracteristică populației Republicii Moldova și prioritățile în sănătatea publică; (b) garantarea echității, accesului la servicii medicale esențiale, sigure și calitative, precum și de asigurarea continuității asistenței, cu accent pe grupurile defavorizate și pe grupurile de risc; (c) corespunderea cu gradul de utilizare a serviciilor medicale de către populația asigurată și cu perspectivele de organizare a serviciilor eficiente și eficiente în raport cu costul, orientate spre prevenirea și depistarea precoce a maladiilor și afecțiunilor.

## VIZIUNEA ASUPRA PROBLEMEI SUPUSE CERCETĂRII

În contextul celor menționate mai sus, deciziile strategice privind tipul de asistență medicală pe care o prestează instituția depind de tipul de instituție medicală (centrul medicilor de familie, centru de sănătate, spital, laborator, ș.a.) și sunt destul de limitate. Însă, accentul în stabilirea strategiei instituționale de prestări servicii trebuie să fie pus pe criteriile de: (1) *calitate* (prezența și respectarea ghidurilor și standardelor naționale și instituționale de diagnostic și tratament, managementul riscurilor, siguranța pacienților ș.a.), (2) *eficiență* (analiza cost-eficacității serviciilor/ a metodelor de diagnostic și tratament, asigurarea cu personal medical conform normativelor, numărul pacienților deserviți, numărul de investigații per utilaj medical, ș.a.), (3) *utilizare* (numărul de pacienți deserviți comparativ cu capacitatea instituției/ a secției/ a utilajului, rata de utilizare a patului ș.a.), (4) *acces* (acces fizic, acces financiar, acces informațional, disponibilitatea serviciului, nediscriminarea după anumite criterii: etnie, religie, ș.a.), (5) *învățare* (instruirea continuă pentru lucrătorii medicali și schimbul de experiență, implementarea inovațiilor în prestarea serviciilor, feedback din partea pacienților ș.a.) și (6) *sustenabilitate* (susținere politică, susținere financiară, suportul comunității și a pacienților, angajamentul personalului, ș.a.). [Brodley E.H., 2010]

*Calitatea serviciilor de sănătate* poate fi privită ca un mijloc de a îmbunătăți performanța instituțională prin introducerea unor noi metode și tehnici de creștere a satisfacției beneficiarului, reducerea costurilor și creșterea eficienței.

Calitatea serviciilor medicale trebuie să devină o prioritate pentru furnizorii de servicii de sănătate pentru a preveni un set de pierderi nepermise, care induc costuri mari pentru întreaga societate, care sunt cauzate de: tehnologii medicale sau servicii de sănătate puțin eficiente sau ineficiente, diferențe mari ale performanței și practicii în diferite instituții medicale, acces inegal la serviciile de sănătate, insatisfacția pacienților față de serviciile furnizate, timpul de așteptare în creștere pentru primirea serviciilor medicale, ș.a.

De asemenea, există percepții diferite ale actorilor principali implicați în procesul de prestare și consum a serviciilor medicale privind calitatea acestora. Astfel, din punct de vedere al structurilor guvernamentale, calitatea se asociază cu eficiența și utilizarea adecvată a resurselor. Această viziune este acceptată și de managerii instituțiilor medicale. Managerii, de asemenea, pun accentul pe competența profesională, pe dotările tehnice și consecințele acestora asupra stării de sănătate a pacienților. Personalul medical are tendința de a acorda o importanță mai mare competenței tehnice și de a neglija competența interpersonală. Pacienții sau consumatorii serviciilor de sănătate, având cunoștințe limitate despre actul medical, pun accent pe relațiile interumane și apoi pe competențele profesionale. [Șaptefrați L., 2017]

În conformitate cu Ordinul Ministerului Sănătății nr.139 din 03.03.2010 „Privind asigurarea calității serviciilor medicale în instituțiile medico-sanitare”, sistemul de asigurare a calității cuprinde următoarele componente: Consiliul Calității, integrat cu: sistemul de Audit medical; activitatea de implementare a Protocoalelor clinice naționale, Standardelor medicale și cea de elaborare și implementare a Protocoalelor clinice instituționale, Protocoalelor clinice a locului de lucru; activitatea de evaluare de către colegi; Comitetul de Bioetică; Comitetul Formularului Farmacoterapeutic instituțional, etc.

*Consiliul Calității* este un organ colegial intern de consultanță instituit în toate instituțiile medicale, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de activitate, creat pentru a asigura îmbunătățirea continuă a calității serviciilor medicale, orientată spre asigurarea securității și siguranței pacienților, spre respectarea drepturilor pacientului și a personalului medical.

Sistemul instituțional de management al calității integrează activitățile strategice de asigurare și control al calității serviciilor de sănătate în cadrul instituției medico-sanitare, realizate de structuri precum comitetele și/sau grupurile de lucru responsabile de: instituționalizarea protocoalelor clinice naționale, respectarea aplicării principiilor de etică, farmacovigilență, hemovigilență, siguranță a îngrijirilor, controlul infecțiilor asociate asistenței medicale, instruirea continuă a personalului medical, auditul medical intern, evaluarea indicatorilor de performanță și calitate, autoevaluarea și pregătirea către evaluare și acreditare etc. [Anisei A., 2017] Atunci când se elaborează strategia de prestări servicii, trebuie luate în considerare toate aceste aspecte cu privire la calitate.

***Eficiență asistenței medicale*** se referă la faptul cât de bine sunt utilizate resursele pentru a obține îmbunătățiri ale sănătății beneficiarilor și cuprinde două componente: (1) *eficiență tehnică* se obține atunci când intervențiile medicale sunt efectuate cu cea mai mică cantitate de resurse utilizate; (2) *eficiență alocativă* se obține atunci când un set de intervenții eficiente, din punct de vedere tehnic, este ales pentru a produce cea mai mare îmbunătățire a stării de sănătate a pacientului.

Aceste definiții ale eficienței sunt specifice pentru serviciile de sănătate și se deosebesc de cele utilizate în alte domenii economice. În primul rând, din considerentul că produsul final al intervențiilor de sănătate este conceptualizat ca fiind, mai degrabă, consecințele asupra sănătății obținute în urma prestării serviciilor medicale, decât cantitatea de bunuri sau servicii măsurată în cazul altor activități de producție. În al doilea rând, definiția eficienței tehnice pentru serviciile de sănătate se bazează pe două tipuri de comparații: (i) comparații ale procedurilor alternative de diagnostic sau tratament aplicate unor anumite stări de sănătate; și (ii) comparații între furnizorii de

servicii care aleg și implementează aceste proceduri medicale. În al treilea rând, eficiența alocativă în sănătate compară diferite forme de intervenții medicale pentru impactul lor asupra sănătății oamenilor, cum ar fi serviciile preventive și cele acute. [Peacock S., 2001] Astfel, în contextul serviciilor de sănătate, pot fi realizate următoarele comparații: pe de o parte, analiza a cel puțin două alternative pentru soluționarea unei probleme și, pe de altă parte, analiza concomitentă atât a costurilor, cât și a rezultatelor obținute.

În sistemul de sănătate, pot fi utilizate patru modalități de evaluare a eficienței: (1) analiza de minimizare a costurilor; (2) analiza cost-eficacitate; (3) analiza cost-beneficiu; (4) analiza cost-utilitate. De cele mai multe ori, la nivel instituțional se utilizează primele două tipuri: analiza de minimizare a costurilor și analiza cost-eficacitate.

În cazul *analizei de minimizare a costurilor* se compară din punct de vedere al consumului de resurse, două sau mai multe intervenții cu rezultate similare. Astfel, deoarece consecințe sunt aceleași, se identifică și se analizează doar costurile pentru fiecare alternativă, iar intervenția selectată este cea cu costuri mai mici.

*Analiza cost-eficacitate* este un instrument de selecție a unei soluții dintre câteva alternative pentru atingerea aceluiși obiectiv (cuantificat în unități de măsură fizice). Acest tip de analiză poate identifica alternativa care, pentru o anumită valoare a indicatorilor de rezultat (un anumit nivel al output-urilor) minimizează valoarea actualizată a costurilor sau pentru un anumit nivel al costurilor maximizează rezultatele (output-urile). În acest caz, costurile pot fi organizaționale și/sau operaționale, și pot fi exprimate în unități monetare, iar consecințele intervenției pot fi sub formă de efecte: fizice, psihice, sociale, care influențează starea de sănătate (număr de vieți salvate, număr de pacienți imunizați, ș.a.). [Niculiță A., 2016]

Așa cum a fost menționat mai sus, în mare parte, serviciile de sănătate sunt reglementate și adesea furnizate direct de stat, prin intermediul instituțiilor publice. Eficiența este măsurată reflectând efectele inseparabile ale deciziilor politice, manageriale, operaționale și clinice, asupra performanței serviciilor. Acest lucru este valabil nu doar pentru măsurarea eficienței generale a sectorului sănătății în ansamblu, ci și pentru evaluarea eficienței tehnice în rândul furnizorilor individuali de servicii.

*Utilizarea serviciilor medicale* poate fi realizată în instituții medicale sau în afara lor (de exemplu, îngrijirile medicale la domiciliu), poate implica utilizarea de medicamente, produse medicale durabile și nedurabile, și necesită abilitățile și competențele profesioniștilor, preponderent cu studii medicale.

Oamenii utilizează serviciile de sănătate pentru a diagnostica, vindeca sau ameliora anumite boli; pentru a îmbunătăți sau menține funcțiile organismului; sau pentru a obține informații și a face pronosticuri despre starea lor de sănătate. Utilizarea asistenței medicale poate fi adecvată sau inadecvată, de calitate înaltă sau scăzută, cu costuri ridicate sau scăzute.

Utilizarea asistenței medicale este determinată, în primul rând, de nevoile de îngrijiri de sănătate. De asemenea, este influențată de faptul dacă oamenii *știu că au nevoie de îngrijire*, dacă *doresc să obțină îngrijire* și dacă *îngrijirea poate fi accesată*. În teorie, utilizarea asistenței medicale ar trebui să coreleze foarte mult cu nevoia de servicii de sănătate. Dar, de facto, avem situații când unele servicii sunt necesare și nu pot fi accesate sau accesul este dificil, iar altele sunt utilizate, dar nu sunt indicate în mod clar, sau sunt indicate, dar nu în conformitate cu un anumit protocol clinic.

Mai sunt și alți factori care afectează utilizarea asistenței medicale în afară de nevoi. Unii dintre acești factori se referă la diferențele biologice sau de mediu, cum ar fi: reședința disproporționată în medii poluate, accesul la alimente sănătoase și locuințe adecvate, educația asociată cu utilizarea eficientă a îngrijirii medicale, ș.a. Alți factori se referă la diferențele de acces, cum ar fi: asigurarea de sănătate sau venitul necesar pentru a beneficia de servicii medicale, ușurința în accesarea



serviciilor sau practicile discriminatorii ale furnizorilor. [National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018]

Astfel, una din preocupările managementului instituțiilor medicale este de a determina nivelul de utilizare a diferitor tipuri de servicii medicale, în baza indicatorilor instituționali, pentru a echilibra cantitatea de servicii prestate, ca să satisfacă nevoile pacienților în număr cât mai mare și să asigure o utilizare eficientă a resurselor instituției.

**Accesul la asistență medicală** este definit ca utilizarea în timp util a serviciilor individuale de sănătate pentru a obține cel mai bun rezultat privind starea de sănătate a pacientului. Accesul cuprinde etapa de intrare în sistemul de sănătate; accesul în instituții, unde pacienții pot beneficia de serviciile necesare; dar și găsirea de furnizori care să răspundă nevoilor pacienților și cu care pacienții pot dezvolta o relație bazată pe comunicare și încredere reciprocă.

Accesul în timp util la asistența medicală este important în măsura în care ar putea permite pacienților și medicilor să prevină îmbolnăvirea, să controleze episoadele acute sau să gestioneze afecțiunile cronice, oricare dintre acestea ar putea evita exacerbară sau complicarea stărilor de sănătate.

Termenul de acces este adesea folosit pentru a descrie factorii sau caracteristicile care influențează contactul inițial cu serviciile medicale sau utilizarea lor: factori predispozanți, factori favorizanți și amploarea bolii. Chiar dacă serviciul medical este disponibil, există o multitudine de factori care pot afecta accesul la el, de exemplu, disponibilitatea furnizorilor care vor accepta pacientul în dependență de statutul său: asigurat sau neasigurat, ușurința în a face o programare la un anumit furnizor de servicii medicale, capacitatea unui pacient de a plăti pentru îngrijire (chiar dacă pacientul este asigurat, tratamentul, deseori implică costuri suplimentare, cum ar fi procurarea de medicamente) și dificultatea de a organiza, în caz de necesitate transportul către și de la unitățile de asistență medicală. [National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018]

Există două dimensiuni de bază ale accesibilității: *accesul fizic* și *accesul financiar*. În ce privește accesul fizic, poate fi împiedicat dacă serviciile medicale sunt disponibile, dar instituțiile prestatoare sunt amplasate incomod, adică, distanța până la prestatorul de servicii medicale este una mare. Un alt factor al accesului fizic este timpul de deplasare până la o instituție medicală pentru a accesa serviciile și timpul de așteptare pentru a vedea un specialist medical. A doua barieră în accesarea serviciilor medicale este accesibilitatea financiară. Este demonstrat că plățile directe și cheltuielile de transport au un impact negativ asupra accesului la serviciile medicale, făcându-le inaccesibile pentru persoanele din grupurile social-vulnerabile. [Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate, 2015] Un exemplu ar fi faptul că instituțiile medicale contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină acoperă cheltuielile de transport public suburban și interurban (tur-retur), ținând cont de distanța parcursă și tariful pentru transportul cu autobuze de tip comun, pentru pacienții care efectuează în condiții de ambulatoriu (în staționarul de zi): servicii de dializă; servicii de chimioterapie (citostatice și alte medicamente antineoplazice); servicii de radioterapie (Hotărârea Guvernului nr. 1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală).

De asemenea, când ne referim la acces, trebuie de avut în vedere și alte aspecte ale acestuia, ca: accesul informațional, disponibilitatea și acceptabilitatea serviciilor, nediscriminarea.

Dacă ne referim la *accesul informațional*, atunci acesta este un drept al beneficiarilor de a căuta, primi și comunica informații ce se referă la servicii medicale, fără a încălca confidențialitatea datelor individuale ale pacientului. [Grama R., 2017] Sunt două categorii de date la care beneficiarii serviciilor medicale ar trebui să aibă acces: informațiile despre tratament și procedurile medicale care i se aplică pacientului și acestea se includ în categoria *datelor cu caracter personal și informațiile de interes public*.

În conformitate cu legislația în vigoare (Legea nr. 982 din 11.05.2000 privind accesul la informație, Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995, Legea drepturilor și responsabilităților pacienților nr. 263 din 24.10.2005), pacientul este în drept să cunoască situația obiectivă despre starea sa, în timpul examenului medical și al tratamentului are dreptul la informații despre procedurile medicale ce i se aplică, despre riscul lor potențial și eficacitatea terapeutică, despre metodele de alternativă, precum și despre diagnosticul, prognosticul și mersul tratamentului, despre recomandările profilactice. De asemenea, pacientul are dreptul să consulte informațiile înscrise în fișa de observație medicală sau în alte documente, care îl privesc. Totodată, ceea ce privește dreptul pacienților - copii/adolescenți la obținerea de informații despre toate procedurile medicale, beneficiarii acestui drept sunt, conform legii, părinții, tutorele sau curatorul. [Grama R., 2017]

La fel, legislația (Legea nr. 982 din 11.05.2000 privind accesul la informație, Legea nr. 239 din 13.11.2008 privind transparența în procesul decizional, Legea integrității nr. 82 din 25.05.2017, Legea nr. 1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, Hotărârea Guvernului nr. 188 din 03.04.2012 privind paginile oficiale ale autorităților administrației publice în rețeaua Internet) prevede acea informație care trebuie să fie accesibilă pentru publicul larg, fiind publicată pe panoul de anunțuri și/sau pe pagina web: proiectele de decizii, planurile de activitate, rapoartele de activitate, contractele de finanțare cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, ș.a., care conțin și informații despre serviciile medicale prestate de o instituție sau alta.

*Disponibilitatea* măsoară capacitatea unei instituții în relație cu mărimea populației țintă care are nevoie de serviciile medicale pe care le prestează. [Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate, 2015]

*Acceptabilitatea* este capacitatea serviciilor medicale de a fi atrăgătoare și solicitate de cetățeni. Acceptabilitatea este influențată de percepțiile populației și așteptările pe care le are față de serviciile medicale, cum ar fi: costurile anticipate, eficacitatea și calitatea îngrijirii, viziunile religioase și credințele personale. [Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate, 2015]

*Accesul nediscriminatoriu* presupune că orice persoană are dreptul să consume bunurile și serviciile medicale, fără nici o discriminare, în special persoanele din grupurile vulnerabile. [64] Discriminarea este acea atitudine față de o persoană sau anumite grupuri de persoane, comparativ cu alții, care sunt limitați de anumite drepturi și libertăți fundamentale din considerente neîntemeiate (religioase, de gen, de vârstă, orientare sexuală, de boală, ș.a.). [Grama R., 2016]

Chiar dacă din punct de vedere economic, una din caracteristicile de bază ale serviciilor este non-durabilitatea (consumul serviciului în momentul prestării lui), serviciile medicale fac excepție și se consideră a fi durabile din considerentul existenței asigurărilor medicale. Un serviciu de sănătate este considerat *sustenabil/durabil* atunci când este prestat de un sistem organizațional care are capacitate pe termen lung de a mobiliza și a aloca resurse suficiente (materiale, umane, informaționale și financiare) pentru activități care răspund nevoilor individuale sau de sănătate publică ale beneficiarilor.

Există trei grupe de factori determinanți care influențează sustenabilitatea serviciilor medicale: factori contextuali, profilul activității și capacitatea organizațională.

*Factorii contextuali* sunt acei factori de mediu, care nu pot fi influențați de instituția medicală, dar care influențează procesul de prestare a serviciilor medicale. Factorii contextuali pot fi divizați în factori generali și specifici. Factorii generali includ condițiile geografice și climaterice, situația politică generală, agenda Guvernului, politica guvernamentală de sănătate, politica de cooperare cu societatea civilă, situația economică, inclusiv bugetul alocat pentru sănătate, ș.a. Factorii contextuali specifici se referă la acei factori de mediu care direct influențează sănătatea și serviciile de sănătate, așa ca condițiile utilizarea și disponibilitatea serviciilor medicale, rolul definit pentru furnizorii de sănătate publici și privați, ș.a.

*Profilul de activitate* include tipul de servicii oferite sau activitățile desfășurate, alegerile făcute reflectând tehnologia și nivelul de îngrijire, volumul de muncă, etc. Deciziile luate referitoare la profilul de activitate sunt cele care determină, în mare măsură, sarcina asupra organizației medicale și, prin urmare, capacitatea organizatorică necesară. Alegerile se bazează, în general, pe nevoile percepute și pe resursele disponibile și pot fi mai mult sau mai puțin relevante sau adecvate. Cu un acces nelimitat la resursele financiare și personal, este o varietate de opțiuni posibile în ceea ce privește volumul de servicii și nivelul de îngrijiri oferite. Alegerile reale sunt adesea puternic influențate de interesele și capacitățile factorilor de decizie, cât și de disponibilitatea generală a resurselor.

*Capacitatea organizațională* reprezintă capacitatea de a realiza un set de sarcini stabilite la nivel organizațional. Capacitatea organizațională include în sine: structura, cultura organizațională, leadership-ul, mobilizarea resurselor și managementul financiar. Sistemul este sustenabil atunci când are capacitatea de a iniția schimbările dorite sau de a se adapta la schimbările nevoilor sau la condițiile de mediu, asigurând în același timp resursele necesare și rezultatul dorit. [Ingvar Th. O., 1998]

## CONCLUZIE

Strategia de prestări servicii în cadrul instituțiilor medicale publice trebuie abordată nu doar prin prisma sănătății ca bun de consum, ci ca bun de investiții, care determină calitatea vieții beneficiarilor. Aceasta se deosebește de strategia de prestări servicii în instituțiile private, din considerentul că asistența medicală este supusă unor reglementări la nivel de stat, care limitează deciziile managementului în alegerea tipului de servicii care va fi prestat. Acesta este motivul principal care determină stabilirea acestui tip de strategii pe criterii de calitate, eficiență, utilizare, acces, învățare și sustenabilitate. Abordarea serviciilor medicale și a criteriilor de stabilire a strategiei prin prisma componentelor și a factorilor determinanți ai acestor criterii, pot asigura atingerea performanței instituționale și un nivel ridicat al satisfacției pacienților.

## BIBLIOGRAFIE

1. MARINESCU, C. Economia sectorului public. Ed. Universității "Alexandru Ioan Cuza", 2005, 88 p.
2. LOZAN, O. GRAMMA, R. Managementul calității în instituțiile spitalicești. Chișinău, 2017, 352 p.
3. BRODLEY E.H. Developing strategies for improving health care delivery. Guide to Concepts, Determinants, Measurement and Intervention Design. HNP, 2010, 100 p.
4. PEACOCK, S. Techniques for Measuring Efficiency in Health Services, Productivity Commission Staff Working Paper, 2001, 111 p.
5. LOZAN, O., NICULIȚĂ, A. Economia sănătății. Chișinău, 2016, 368 p.
6. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Health-Care Utilization as a Proxy in Disability Determination. Washington (DC): National Academies Press (US), 2018. Disponibil la <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500102/>
7. Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate. Accesul populației din Republica Moldova la serviciile de sănătate, 2015.
8. GRAMMA, R. LOZAN, O. Etica sănătății publice. Chișinău, 2016, 424 p.
9. Ingvar Th. O. Sustainability of Health Care: a Framework for Analysis. Health Policy and Planning, Volume 13, Issue 3, 1998, Pages 287–295
10. Legea nr. 982 din 11.05.2000 privind accesul la informație
11. Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28.03.1995
12. Legea drepturilor și responsabilităților pacienților nr. 263 din 24.10.2005
13. Legea nr. 239 din 13.11.2008 privind transparența în procesul decizional
14. Legea integrității nr. 82 din 25.05.2017
15. Legea nr. 1585 din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală
16. Hotărârea Guvernului nr. 1387 din 10.12.2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală
17. Hotărârea Guvernului nr. 188 din 03.04.2012 privind paginile oficiale ale autorităților administrației publice în rețeaua Internet