

MANAGEMENTUL ASISTENȚEI MEDICALE SPITALICEȘTI

17.1. ISTORIA DEZVOLTĂRII SPITALELOR

Spitalele posedă o istorie milenară. Definite ca instituții de asistență caritabilă, ele au devenit instrumentele esențiale ale unei politici de sănătate. Evoluția tehnicilor de îngrijire medicală a condus la apariția conceptului unei rețele de instituții ierarhizate și coordonate, care participă la protecția și promovarea sănătății.

Adăpostirea și tratarea săracilor, bolnavilor și a invalizilor a fost aplicată, pe de o parte, în țările unde s-au afirmat marile religii (budismul, creștinismul, islamul); pe de altă parte, în perioadele prosperității economice și ale dezvoltării dreptului. Astfel, instituția spitalicească s-a răspândit și în alte regiuni care erau supuse influenței politice și culturale a țărilor sus-numite.

În lumea antică, în India și în Insula Ceylon, începând cu secolul III î.Chr., apare inițiativa creării unor mănăstiri budiste numite *sanctuare*, dedicate divinităților războinice, destinate călătorilor, bolnavilor săraci și invalizilor, unde veneau mulți oameni pentru a li se acorda ajutor medical și cazare. Parturientele și muribunzii nu erau primiți. Tratamentul medicamentos se făcea pe baza plantelor medicinale, cultivate și răspândite pe larg în rândurile poporului.

De la ideile revoluționare, de la opera Directoratului, Consulatului și a Imperiului, în Franța apar două noțiuni esențiale ca: planificarea sanitară și administrarea spitalicească. Planificarea spitalicească prevedea: calcularea numărului de persoane nevoiașe și a numărului de paturi necesare, ceea ce permitea gestionarea mai eficientă a resurselor disponibile. Aceasta a și permis apariția ideii de distribuire a personalului și a echipamentului medical populației. Campaniile napoleoniene au difuzat această schemă de organizare a asistenței spitalicești din Europa Occidentală în cea Continentală.

Cu un secol mai târziu, în Marea Britanie, planificarea sanitară este dezvoltată de medicii igienişti, inclusiv de sir Edwin și Chadwick (1800-1890). Spitalele erau prevăzute pentru persoane contagioase, muncitori din regiunile de concentrare industrială, precum și pentru copii convalescenți, bolnavi de tuberculoză, bolnavi mintali. Spitalele își desfășurau activitatea în mod benevol, dar, în 1948, sub influența proceselor reformative politico-economice, ele au fost naționalizate.

În Rusia, sistemul spitalicesc activa încă din timpurile lui Petru cel Mare și ale Ecaterinei II, reprezentând un model împrumutat de la sistemul spitalicesc din Olanda și Germania. Revoluția din 1917 antrenează o schimbare radicală a sistemului spitalicesc, acordându-se o prioritate absolută protecției copiilor. Spitalele, obținând o importanță materială considerabilă, numărul de paturi a crescut, timp de

50 de ani, de la 1 la 10 paturi la 1 000 de locuitori, fără a lua în calcul sanatoriile și casele pentru bolnavii cronici și convalescenți.

În aceeași perioadă, în SUA, cele mai celebre și cele mai bine echipate erau spitalele private. Spitalele publice acordau asistență medicală persoanelor care dispuneau de polița de asigurare, bolnavilor de tuberculoză, bolnavilor mintali, unor bolnavi cronici, nevoiași și veteranilor, inclusiv celor care nu puteau achita serviciile medicale prestate de spitalele private. Fiecare instituție spitalicească primea o donație (subvenție) stabilită, conform unor norme de tarifare a patologiilor.

În epoca marilor cuceriri coloniale, în țările în curs de dezvoltare, spitalele erau divizate conform statutului social:

- spitale coloniale pentru trupele europene;
- spitale de misiune;
- spitale religioase, în special orientate spre soluționarea cazurilor sociale (leproși, cronici);
- spitale ce acordau servicii medicale întreprinderilor miniere și agriculturii industriale.

În țările dreptului roman, instituțiile spitalicești aparțineau unor comisii administrative locale, dotate cu titlul de persoană fizică. Controlul era exercitat de către administrația publică, la nivel departamental, regional și central. Medicii din instituțiile sanitare erau aleși prin concurs și numiți în funcție de puterea publică. Directorul nu trebuia să fie neapărat medic. Spitalele erau finanțate de către stat și securitatea socială sau casele și particularii care nu erau acreditați de nici un sistem. Asistența spitalicească era pe larg descentralizată, în timp ce controlul era centralizat.

În țările anglo-saxone influența centrală era mai puțin puternică ca în țările conduse după principiile dreptului roman și autoritatea guvernamentală de tutelă era adesea regionalizată. Anglia, în pofida instaurării Serviciului Național de Sănătate, era supusă unor legislații spitalicești. Această trăsătură este și mai pronunțată în Canada și Australia, unde administrația era provincială. Elveția nu posedă decât legi cantonale. În Germania Federală, landurile dețineau puterea de tutelă la diferite nivele.

Conducerea spitalului era, uneori, încredințată unui medic (spre deosebire de țările dreptului roman). În Germania Federală, dar și în unele cantoane elvețiene, precum și în Irlanda, conducerea era asigurată, în comun, de către un director administrativ și un medic, fiecare din ei având responsabilități definite.

Finanțarea provenea, în mod exclusiv, de la stat. Unitatea de măsură era bugetul anual. Acest buget, acoperit de către organizațiile plătitoare, era gestionat conform unui sistem real de prețuri zile/pat.

Spitalele anglo-saxone au fost primele care s-au orientat spre medicina curativă, însă, tradițional, organizarea îngrijirilor medicale era desfășurată prin legătura tripartită, adică între spital, medicină preventivă și activitatea medicilor practicieni.

În secolele XVIII-XIX, sistemul spitalicesc din SUA merita o atenție specială, fiindcă posedă o administrație de tip britanic, dar procesul de lucru a evaluat printr-o direcție radical opusă. Spitalele publice funcționau pentru bătrâni, bolnavi de tuberculoză, mintali, cronici și veterani; pentru persoanele aflate în unele regiuni mai puțin dezvoltate, ca indienii și eschimoșii (conform „legilor Medicare și Medicaid” din 1966); și pentru cei care nu puteau plăti serviciile medicale. O altă deosebire este că subvențiile federale erau legiferate, conform „legii Hill-Burton” din 1948.

În țările scandinave, spitalele se aflau în mâinile colectivităților locale, intermediare, între municipii și regiuni. Unitatea bugetară era prețul unei zile/pat în Danemarca și în Norvegia, iar în Suedia și Finlanda – bugetul anual.

În Europa de Est, spitalele erau elementul esențial al sistemului de sănătate, reprezentat prin organizația Sanepid (sanitar și epidemiologic). Deci, existau două sisteme complementare:

1. sistemul îngrijirilor medicale, incluzând protecția personală, reeducarea și îngrijirea ambulatorie, asigurate de către medicii terapeuți (pentru adulți, pediatri etc.);
2. sistemul controlului și supravegherii epidemiologice a populației și a mediului sanitar, asigurate de stațiunile Sanepid.

În țările din Lumea a treia, spitalul musulman nu putea fi condus de o comisie, administrată cu puteri juridice, ci era în posesia statului, adică a lui Allah. De aceea, directorul nu era indispensabil de a fi un medic. Finanțarea provenea din subvențiile guvernamentale.

La etapa contemporană, spitalul este o instituție deservită, în mod permanent, de cel puțin un medic și care asigură bolnavilor, în afară de adăpostire, îngrijiri medicale complete, curative și preventive. Spitalul este, de asemenea, un centru de instruire a medicinei și a cercetărilor biosociale (după OMS).

Actualmente, spitalul joacă un rol remarcabil datorită la doi factori, dezvoltarea cărora este ireversibilă: pe de o parte, progresele științifice impun concentrarea personalului medical calificat și dotarea instituțiilor medicale cu echipamente performante, pe de altă parte, facilitatea comunicațiilor care permite evaluarea, în același ritm, cu fenomenul urbanizării. Sistemul spitalicesc este accesibil pentru toate clasele sociale și acoperă necesitățile întregului teritoriu.

Un alt aspect al organizării spitalicești este integrarea activității preventive și curative. Sistemul dualist a condus la înființarea instituțiilor de medicină socială, independente de spitale, limitate la funcția lor curativă. Activitățile prespitalicești se dezvoltă nemijlocit, integrând programele de medicină socială.

Sistemul spitalicesc ocupă un loc important în programele de dezvoltare. Tehnicile diagnostice și terapeutice se perfecționează continuu, ceea ce antrenează imense investiții în creștere, alocate atât în calificarea personalului medical, cât și în echipamentul modern. Cheltuielile spitalicești corespund, aproximativ cu jumătate din cheltuielile globale de sănătate și ele trebuie să crească odată cu integrarea progresivă a medicinei preventive. Dacă observăm, în țările bine echipate se reflectă o creștere a maladiilor acute (maladii contagioase, pediatrie și chirurgicale). Este sigur faptul că cererea efectivă a îngrijirilor este departe de necesitățile reale; piața nu poate decât să se amplifice. OMS propune drept obiectiv protecția global-unitară a populației și recomandă unificarea serviciilor de bază în sănătate. Aceasta din urmă nu poate să fie eficientă decât dacă spitalele se integrează într-un sistem, în interiorul căruia personalul sanitar și populația au toată libertatea de circulație și de utilizare. O deosebită importanță prezintă coordonarea programelor de sănătate, în același pas, cu procesul de industrializare și urbanizare.

Spitalul joacă un rol primordial în creșterea, protecția și promovarea sănătății și va putea să demonstreze valoarea economică a îngrijirilor medicale. În regimul de „full-time”, sănătatea și educarea populației sunt condițiile indispensabile ale dezvoltării socio-umane.

Spitalul constituie un instrument esențial al instruirii practice în îngrijirea medicală și în tehnicile paramedicale. În Rusia, predarea medicinei și a tehnicilor paramedicale depinde de Ministerul Sănătății; în Franța există spitale universitare, parvenite din „legea Debre” din 31 decembrie 1970.

Spitalele clinice sunt utilizate pentru instruirea personalului medical și au tendința de a cuprinde o gamă imensă de servicii înalt specializate și să selecteze bolnavi cu afecțiuni rare și atipice. OMS insistă ca instruirea personalului medical să se orienteze spre cerințele de bază ale spitalelor generale, ale centrelor medicale și de sănătate. Această propunere este, în special, imperativă pentru țările în curs de dezvoltare, unde programele de sănătate nu au șanse de dezvoltare, decât dacă promotorii pot să demonstreze valoarea ei economică prin reducerea invalidităților. Una din funcțiile spitalelor este organizarea și coordonarea cercetărilor științifico-medicale. Însă experimentarea și cercetarea rămân a fi o problema etică delicată, deoarece se face pe ființe umane. SUA a înființat primele instituții speciale, precum National Institute of Health la Bethesda (Maryland), unde sunt spitalizați voluntari pentru experimente. În țările latine, codurile etice nu prevăd o astfel de soluție, ci propun experimentarea și cercetarea patologiilor de profil terapeutic să fie efectuate pe animale, atâta timp cât există o îndoială privind nocivitatea sau ambivalența unui produs sau a unei metode. S-a conștientizat faptul că experimentarea pe om poate fi efectuată numai dacă nu provoacă nici un pericol grav stării de sănătate.

De la sanctuare până la spitalele contemporane, au fost parcurse diverse etape. Însă spitalele trebuie să progreseze în tehnică, echipament modern, deci, tîndem spre creșterea performanței cu asigurarea accesului la serviciile spitalicești.

17.2. DEFINIREA ȘI INCURSIUNILE CONCEPTULUI DE SPITAL. ASPECTE SPECIFICE REPUBLICII MOLDOVA

Spitalul este unitatea sanitară cu paturi, de utilitate publică, cu personalitate juridică, publică sau privată, cu scop patrimonial sau nepatrimonial, ce asigură servicii medicale de specialitate, servind ca centru de instruire a personalului medical.

Spitalul trebuie să ofere populației îngrijiri adecvate (care nu pot fi oferite de asistența ambulatorie), permanente și de calitate, lipsite de risc, cu prioritate grupurilor vulnerabile, cu personal eficient care posedă cunoștințe la zi și care este motivat și are medicamentele indispensabile la îndemână. Reprezintă cea mai complexă organizație multiprofesională care oferă diferite servicii.

J.Cl. Martin, în 1992, a definit *spitalul* ca partea cea mai importantă, vizibilă și costisitoare a sistemelor de sănătate de pretutindeni.

După F. Siem Tjam, OMS Geneva, 1992, *spitalul* trebuie considerat, mai cu-rînd, baza decât vârful unui sistem de sănătate regional, fiind esențial pentru eficiența sistemului.

Incursiuni.

Asistența spitalicească rămâne a fi veriga principală în asigurarea serviciilor medicale de calitate pentru populația țării. Unitățile sanitare cu paturi (spitale, institute, centre medicale și centre de sănătate) asigură servicii medicale de specialitate: preventive, curative, de urgență, de recuperare și paliative, precum și pre-, intra- și postnatale. Spitalele sunt organizate în raport cu specificul patologiei în: spitale generale sau spitale de unică specialitate și au în structura lor secții distincte pentru

tratamentul și îngrijirea bolnavilor cu afecțiuni acute și afecțiuni cronice. Unitățile sanitare cu paturi participă într-un sistem integrat cu asistență medicală primară și ambulatorie de specialitate, la asigurarea stării de sănătate în teritoriu.

Asistența medicală spitalicească acordă servicii specializate în cazul unor maladii grave, care necesită abordare complexă privind diagnosticul, tratamentul, utilizarea metodelor complicate de examinare, intervenții chirurgicale, supraveghere medicală permanentă etc.

Tratamentul în condițiile de spital, pentru toate profilurile, se consideră de scurtă durată, cu excepția ftiziopneumologiei, psihiatriei, alcoolismului și narcomaniei, considerate de lungă durată.

Asistența medicală spitalicească se realizează în cadrul spitalelor autorizate și/sau acreditate potrivit legii în condițiile în care tratamentul ambulatoriu sau la domiciliul bolnavilor nu este eficace sau dacă spitalizarea se impune stabilirii diagnosticului.

În spital se stabilește diagnosticul, se efectuează tratamente, se aplică măsuri de prevenire a unor invalidități și complicații legate de boală, recuperarea sănătății, îngrijirea gravidelor, acordarea asistenței la naștere și îngrijirea nou-născuților. În raport cu gradul de specializare, perfecționarea personalului și nivelul dotării tehnice, în spital se pot asigura: desfășurarea pregătirii practice a elevilor din domeniul sanitar, a studenților, specializarea medicilor rezidenți, perfecționarea personalului din domeniul sanitar, precum și activității de cercetare științifică în domeniul medical.

Asistența medicală spitalicească este furnizată și în unitățile specializate: Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului, Institutul Oncologic, Spitalul de Neurologie și Neurochirurgie, Recuperare Medicală și Institutul de Pneumoftiziologie.

Durata medie de internare în spital este individuală și depinde de starea sănătății pacientului. Decizia privind durata tratamentului în condiții de spital, pentru fiecare caz tratat, o ia medicul curant și/sau consiliul medical. Serviciile medicale spitalicești prestate sunt repartizate conform profilului de desfășurare a activității:

- de profil terapeutic;
- de profil chirurgical;
- alte servicii.

Serviciile medicale spitalicești au ca scop rezolvarea cazurilor internate într-o anumită perioadă de spitalizare, optimă pentru afecțiunea tratată. Continuarea tratamentului spitalicesc se face cu măsuri de îngrijire sau de recuperare, acordate de medic, prin secții cu spitalizare de zi și/sau la domiciliu. Serviciile medicale spitalicești cuprind:

- a) consultații;
- b) investigații;
- c) stabilirea diagnosticului;
- d) tratament medical chirurgical și/sau fizical recuperator;
- e) îngrijire, medicamente și materiale sanitare, cazare și alimentație curativă.

Asistența medicală spitalicească se asigură pentru cazurile acute și cronice. Criteriile care stau la baza internării în spital sunt următoarele:

a) pentru cazurile acute:

- urgențe medico-chirurgicale sau orice alte situații în care este pusă în pericol viața pacientului sau au acest potențial;

- diagnosticul nu poate fi stabilit în ambulatoriu, deoarece cazul necesită investigații ce nu pot fi efectuate în regim ambulatoriu sau pentru că pacientul este nedeplasabil;
- tratamentul nu poate fi aplicat în condițiile asistenței medicale ambulatorii, deoarece se face sub supraveghere medicală continuă, pacientul este nedeplasabil sau necesită izolare.

b) pentru cazurile cronice:

- cazurile care necesită tratament medical și/sau chirurgical sub supraveghere medicală;
- servicii medicale de îngrijiri paliative;
- transplant de organe și țesuturi în condițiile stabilite prin norme.

c) alte situații bine justificate de către medicul care face internarea și avizate de medicul-șef de secție.

Conform experienței internaționale spitalele sunt implicate în acordarea asistenței medicale de urgență sub trei aspecte:

- Deservirea pacienților cu urgențe medico-chirurgicale la nivel de Departamente Medicină Urgentă (secții de internare) cu îndreptarea ulterioară la etapa de ambulatoriu.
- Acordarea asistenței specializate (inclusiv de urgență) la nivel de secții specializate fără spitalizarea pacientului.
- Deservirea pacienților cu urgențe medico-chirurgicale ce necesită terapie intensivă, tratament chirurgical și de reabilitare în serviciile specializate intraspitalicești.

Aspecte caracteristice Republicii Moldova.

Republica Moldova, la 1 ianuarie 2006, dispunea de 20 457 de paturi, repartizate în trei niveluri, conform diagramei prezentate mai jos:

Din totalul de 20 457 de paturi, 8 227 sunt amplasate în instituțiile medicale republicane, 3 510 – în instituțiile medico-sanitare publice municipale și 8 740 – în spitalele raionale. Peste 50 la sută din numărul de paturi funcționale sunt amplasate în municipiul Chișinău.

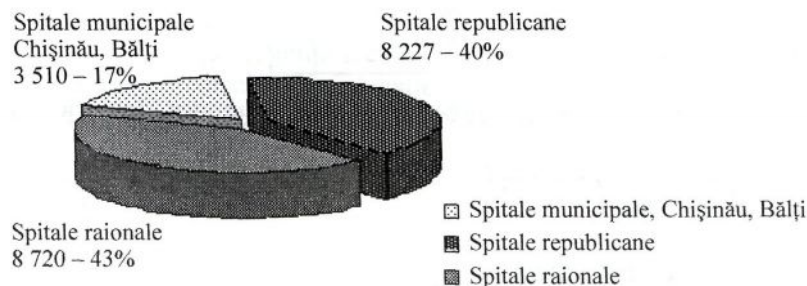


Figura 63. Structura fondului de paturi pe nivele în Republica Moldova

17.3. CLASIFICAREA SPITALELOR

Spitalele se clasifică după anumite criterii (figura 64):

➤ În funcție de teritoriu:

a) **Spitale republicane** – spitalul care are în componență secții clinice universitare și asigură asistența medicală la nivel republican, desfășoară activitate de

învățământ, cercetare științifică-medicală și de educație continuă, având relații contractuale cu o instituție de învățământ medical superior.

b) Spitale municipale și orașenești – secțiile de spital în care se desfășoară activități de învățământ medical, cercetare științifico-medicală și de educație continuă. Pentru activitatea medicală, diagnostică și terapeutică, personalul didactic este în subordinea administrației spitalului.

c) Spitale raionale – spital clinic care deține competențele și resursele umane și materiale suplimentare necesare, în vederea asigurării îngrijirilor medicale complete pentru cazurile medicale complexe, mai ales în cazul urgențelor și al pacienților aflați în stare critică, pentru cazurile ce nu pot fi soluționate la nivel local, din cauza lipsei de resurse materiale și/sau umane sau în cazuri complicate, în conformitate cu protocoalele în vigoare.

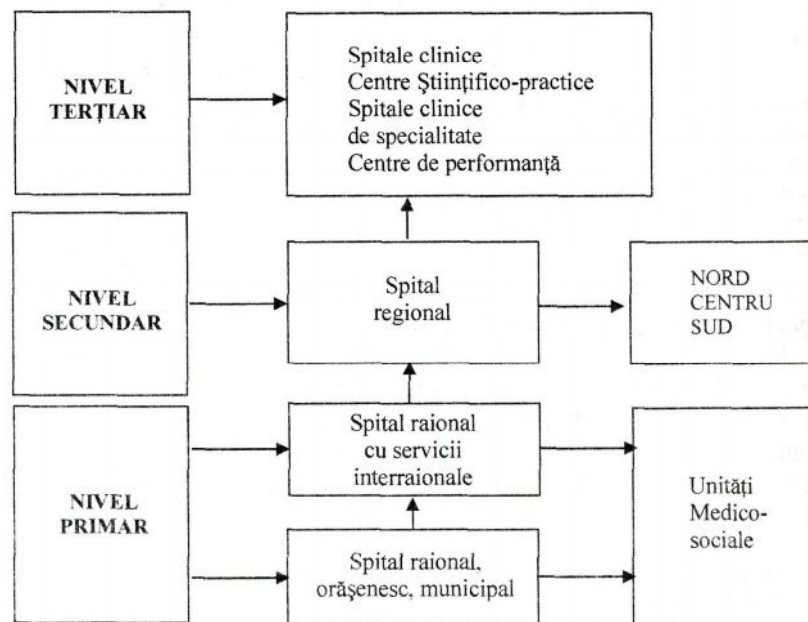


Figura 64. Clasificarea spitalelor în Republica Moldova

- În funcție de specificul patologiei, spitalele se clasifică în:
 - spitale generale;
 - spitale de urgență;
 - spitale de specialitate;
 - spitale pentru bolnavi cu afecțiuni cronice.
- În funcție de modul de înființare și organizare, precum și de regimul juridic al proprietății, spitalele se clasifică în:
 - spitale publice, care sunt spitalele organizate ca instituții publice;
 - spitale private, care sunt spitalele organizate ca persoane juridice de drept privat;
 - spitale mixte.
- În funcție de modul de finanțare, spitalele se clasifică în:

- spitale cu finanțare din fonduri publice;
- spitale cu finanțare din fonduri private;
- spitale cu finanțare mixtă.
- *Din punctul de vedere al învățământului și al cercetării științifice medicale, spitalele se clasifică în:*
 - spitale clinice;
 - spitale universitare.
- *Spitalele se mai clasifică și după anumite criterii specifice în funcție de conținut:*
 - *spitalul general* este spitalul care are organizate în structură, de regulă, 3 din cele 4 specialități de bază, respectiv medicină internă, pediatrie, obstetrică-ginecologie și chirurgie;
 - *spitalul de specialitate* este spitalul care asigură asistență medicală într-o specialitate în conexiune cu alte specialități complementare;
 - *spitalul de urgență* este spitalul care dispune de o structură complexă de specialități, dotare cu aparatură medicală corespunzătoare, personal specializat, având amplasament și accesibilitate pentru teritorii extinse. În structura spitalului de urgență funcționează obligatoriu Departamentul Urgență care, în funcție de necesități, poate avea și un serviciu mobil de urgență – reanimare și transport medicalizat;
 - *spitalul pentru bolnavi cu afecțiuni cronice* este spitalul în care durata de spitalizare este prelungită datorită specificului patologiei. Bolnavii cu afecțiuni cronice și probleme sociale vor fi preluați de către unitățile de asistență medico-socială, precum și de către așezămintele de asistență socială prevăzute de lege;
 - *spitalul municipal și spitalul orășenesc* sunt spitale generale care au în componență cel puțin specialitățile de bază;
 - *spitalul comunal* este unitatea sanitară cu paturi, care asigură asistență medicală de specialitate pentru populația din mai multe localități rurale apropiate, având în componență secții sau compartimente de medicină internă, pediatrie și obstetrică;
 - *spitalul clinic* este spitalul care are în componență cel puțin două clinici universitare care asigură asistență medicală, desfășoară activitate de învățământ, cercetare științifico-medicală și de educație continuă. Institutele, centrele medicale și spitalele de specialitate care au în componență o clinică universitară sunt spitale clinice;
 - *spitalul universitar* este spitalul organizat în centre universitare medicale, în structura căruia toate secțiile de specialitate sunt secții clinice incluse în structura clinicilor universitare;
 - *sanatoriul* – unitatea sanitară cu paturi care asigură asistență medicală utilizând factori curativi naturali asociați cu celelalte procedee, tehnici și mijloace terapeutice;
 - *preventoriul* este unitatea sanitară cu paturi care asigură prevenirea și combaterea tuberculozei la copii și tineri, precum și la bolnavii de tuberculoză stabiliizați clinic și necontagioși.
- *Există mai multe categorii de spitale, în funcție de competența profesională:*
 - *spitale de categoria I* – au competență profesională maximă: spitale clinice, spitale universitare, institute naționale;

- *spitale de categoria a II-a* – au competența profesională superioară: spitalele județene și de interes interjudețean;
- *spitale de categoria a III-a* – au competența profesională extinsă: spitale municipale și orașenești;
- *spitale de categoria a IV-a* – au competența profesională de bază: spitalele zonale locale.

Tipurile de spitalizare standardizate:

▪ **discontinuuă:**

- *spitalizarea de o zi* – se asigură asistența medicală curativă și de recuperare, efectuarea de examinări, investigații și acte terapeutice în 12 ore;
- *spitalizarea săptămânală* – forma de internare cu timp redus, investigațiile, examinările și procedeele terapeutice efectuându-se în această perioadă de timp;

▪ **continuuă:**

- *totală* care asigură asistența medicală curativă și de recuperare pe timp neîntrerupt;
- *parțială*, această formă se folosește când starea pacientului îi permite să doarmă la domiciliu.

În timpul spitalizării au loc următoarele activități:

- consultații inițiale și de control;
- investigații;
- stabilirea diagnosticului;
- tratament medical, chirurgical și/sau fizic recuperator;
- îngrijire, medicamente și materiale sanitare, cazare și masă.

Tipurile de spitalizare specifice Republicii Moldova:

- integrală,
- programată,
- parțială,
- de scurtă durată,
- de urgență,
- de lungă durată.

Internarea urgentă se efectuează:

- fără bilet de trimitere la prezentarea directă a pacientului;
- cu bilet de trimitere eliberat de medicul de familie;
- cu bilet de trimitere eliberat de medicul specialist de profil;
- la trimiterea serviciului prespitalicesc de AMU;
- prin intermediul serviciului republican AVIASAN;
- la solicitarea instituțiilor spitalicești raionale și municipale în cazul în care volumul și gradul de complexitate a AM depășește posibilitățile instituției respective.

Internarea programată se efectuează:

- a) în baza biletului de trimitere de la medicul de familie;
- b) în baza biletului de trimitere de la specialistul de profil, conform deciziei consiliului medical consultativ, coordonată cu spitalul respectiv.

Urgențele și internările făcute cu aprobarea șefului de secție pentru anumite situații fac excepție, bolnavii primind aprobare de internare fără bilet de trimitere.

Structura organizatorică a unui spital poate cuprinde, după caz: secții, laboratoare, servicii de diagnostic și tratament, compartimente, servicii sau birouri tehnice.

ce, economice și administrative, structuri de primiri urgente și alte structuri aprobate prin ordinul Ministrului Sănătății.

Spitalele pot avea în componența lor structuri care acordă servicii ambulatorii de specialitate, servicii de spitalizare de zi, îngrijiri la domiciliu, servicii paraclinice ambulatorii. Furnizarea acestor servicii se negociază și se contractează în mod distinct cu Compania de Asigurări de Sănătate sau cu terți în cadrul asistenței medicale spitalicești sau din fondurile alocate pentru serviciile respective.

Structura organizatorică, reorganizarea, restructurarea, schimbarea sediului și a denumirilor pentru spitalele publice se aprobă prin ordinul Ministrului Sănătății, la propunerea conducerii spitalelor, prin autoritățile de sănătate publică. Spitalele private se înființează sau se desființează cu avizul Ministerului Sănătății, în condițiile legii; secții private se pot organiza în structura oricărui spital public.

17.4. MANAGEMENTUL SPITALICESC

Managementul spitalicesc are ca element central furnizarea de îngrijiri medicale de specialitate și, ca urmare, pe lângă administratorii profesioniști nonmedicali este necesară o participare efectivă a echipei medicale la managementul spitalului.

Gubernarea spitalelor este definită ca un proces de dirijare a tuturor funcțiilor și a performanței spitalului prin definirea misiunii, stabilirea obiectivelor împreună cu sprijinirea și monitorizarea realizării acestora la nivel operațional. Gubernarea unui spital este procesul de controlare a folosirii bunurilor și resurselor pentru îndeplinirea misiunii sociale a spitalului.

Caracterul guvernării spitalelor este influențat de:

1. **Determinanți socio-economici:**

- Sistemul de finanțare a spitalelor;
- Proprietarii spitalului (public, privat, non-profit etc.);
- Asigurările de sănătate;
- Autonomia spitalului;
- Pregătirea medicilor etc.

2. **Structurile și procesele de guvernare (practica guvernării):**

- Procedura de nominalizare;
- Frecvența întâlnirilor;
- Implicarea conducătorilor;
- Cooperarea dintre medici și spital etc.

Există patru definiții standarde de organizare a spitalului (**bugetară, autonomă, corporativă, privată**), care diferă între ele prin **cinci elemente critice:**

1. Dreptul de decizie – este trecut de la organele ierarhice la nivelul organizației. Drepturile principale de decizie transferate pot include controlul asupra: intrărilor, muncii (forța de muncă), scopului activităților, managementului financiar, administrării clinice și neclinice, managementului strategic (formularea obiectivelor instituționale), strategiei pieței și vânzărilor.

2. Destinația veniturilor realizate – managerilor și echipei lor le sunt administrate stimulente puternice pentru a economisi, având dreptul de a reține veniturile suplimentare (ce depășesc cheltuielile de producție). Deci, dacă aceștia fac eforturi pentru a aduce venituri suplimentare, trebuie să aibă și dreptul de a le folosi cum

vor. Acest element, împreună cu dreptul „decizie”, va avea un puternic impact asupra comportamentului organizației.

3. Finanțarea și expunerea la mecanismele pieței – expunerea la mecanismele pieței și obținerea de venituri în acest context și prin alocații bugetare directe constituie un puternic stimulent pentru creșterea performanțelor organizației. Oferirea unor îngrijiri de calitate pacienților constituie calea cea mai bună de a obține venituri.

4. Răspunderea (ierarhică sau prin contract) – având drepturi de decizie sporite, răspunderea ierarhică este diminuată. În noile condiții, răspunderea este transferată prin impunerea unor reglementări și obiective economice în contracte.

5. Asigurarea funcțiilor sociale ale spitalului care înainte erau implicite și nefinanțate, devin licite și finanțate direct. Atâta vreme cât organizația este încurajată să fie financiar viabilă, se va căuta să fie scăzute ieșirile (serviciile prestate) care nu își acoperă costul. Uneori este posibilă o susținere încrucișată prin mecanisme interne. Spitalul va căuta căi de susținere a prestării unor servicii populației cu venituri mici sau grupurilor de populație vulnerabile.

Managementul intern al spitalului dispune de următoarele mijloace:

1. Sisteme și mijloace de îmbunătățire globală a managementului operațional:
 - rolul consiliilor de administrație;
 - structura organizației;
 - managementul sistemului informațional.
2. Sisteme și mijloace de optimizare a procedurilor administrative și financiare
 - contabilitatea și sistemul intern de supraveghere;
 - metodologia costurilor;
 - bugetul;
 - managementul sistemului financiar;
 - achiziții și oferte;
 - contracte și externări.
3. Sisteme și mijloace pentru îmbunătățirea utilizării resurselor interne ale spitalului:
 - practica angajărilor
 - dezvoltarea echipelor și programe de instruire
 - păstrarea personalului, recompense, promovare
 - sistem de informare medicală (bibliotecă, internet etc.)
 - asigurarea tehnologiilor și medicamentelor esențiale
 - comitet pentru medicație și terapie
 - sistem de întreținere a aparaturii
 - întreținerea clădirii
 - managementul deșeurilor.
4. Sisteme și mijloace de îmbunătățire a proceselor de îngrijire clinică:
 - ❖ protocoale de evaluare a utilizării adecvate a procedurilor
 - ❖ comitet de evaluare a utilizării zilelor de spitalizare
 - ❖ ghiduri și protocoale standarde pentru tratament
 - ❖ sisteme de control și îmbunătățire a calității
 - ❖ audit clinic
 - ❖ utilizarea „managementului cazurilor”
 - ❖ sisteme de Clinical pathway

- ❖ comitet de etică
- ❖ standarde de siguranță a pacientului.
- 5. Sisteme și mijloace de a îmbunătăți managementul relațiilor cu pacientul:
 - intimitate și confidențialitate
 - educarea pacientului
 - evaluarea satisfacției pacienților
 - proceduri de analiză a reclamațiilor

Spitalul este condus de un manager, persoană fizică sau juridică. Managerul trebuie să fie absolvent al unei instituții de învățământ superior și al unor cursuri de perfecționare în management sau managementul sanitar.

Managerul spitalului are nevoie de competențe multiple ce pot fi clasificate în trei grupuri majore:

1. Îndemânarea tehnică de a folosi cunoștințele profesionale și expertiza pentru a îndeplini o sarcină specifică.
2. Abilități interpersonale pentru a coopera și a lucra efectiv în echipă.
3. Capacități conceptuale și strategice pentru analiza critică a informațiilor și elaborarea planurilor pentru rezolvarea problemelor.

În funcție de pregătirea specifică, managerii provin din trei categorii :

1. medici care ocupă o funcție de lider în profesie, care, de obicei, nu au pregătire în management (cel mult formală, diplomă);
2. persoane cu pregătire economică sau în administrație, având pregătire limitată în managementul serviciilor medicale;
3. persoane cu pregătire specifică în managementul serviciilor medicale.

Responsabilitățile managerului de spital acoperă următoarele zone de activitate:

1. planificare și organizare – care poate fi evaluată prin eficacitatea procesului de planificare, satisfacerea percepției de nevoi la nivelul populației acoperite;
2. îndeplinirea obiectivelor spitalului – evaluat prin rapoartele de realizare a instituției;
3. calitatea serviciilor medicale – poate fi măsurată prin rapoarte, informări, urmărire în timp a normelor și standardelor, crearea de noi programe sau ameliorarea celor existente, utilizarea de echipe medicale multidisciplinare (medici, biologi, geneticieni, psihologi, sociologi) sau de grupuri medicale mixte formate după diferite criterii: nivel profesional, specialități medicale, nivel administrativ etc.;
4. alocarea resurselor – se evaluează prin performanța bugetară, comparația cu alte instituții, capacitatea de identificare a noi surse de dezvoltare, solvabilitatea;
5. soluționarea crizelor – poate fi evaluată prin numărul de probleme, numărul de probleme rezolvate efectiv, numărul de probleme care au contribuit la ameliorarea serviciilor din organizație ca urmare a rezolvării conflictului;
6. adaptarea la reglementări – se consideră că poate fi evaluată prin numărul de norme și reglementări la care managerul nu și-a putut adapta optimal activitatea;
7. promovarea imaginii spitalului – se măsoară prin natura relațiilor cu publicul, menținerea unității în atenția publicului, realizarea comunicării cu partenerii sociali.

În orice situație managerul are o competență generală exercitată în toate domeniile referitoare la amenajarea și funcționarea ansamblului clinicilor, gestionarea bugetului și a patrimoniului unității. Are puteri de elaborare, organizare și decizie

într-un domeniu în care responsabilitatea implică calitate de animator și un simț social dezvoltat. Managerul, prin acțiunile sale, **conduce** o instituție care funcționează pe baza unor structuri și strategii învechite, cu resurse de multe ori insuficiente, al cărei personal este nemulțumit de modul în care este recompensat și plătit sau de condițiile de lucru, acestea fiind doar câteva dintre problemele majore nerezolvate de actualele reglementări legislative.

În aceste condiții, pentru a se încadra în normele stabilite la nivel național, un manager este constrâns să organizeze furnizarea serviciilor, reducând costurile pe secții și durata de spitalizare în detrimentul calității acestora.

Managerul are, de asemenea, funcția de control în propria organizație, dar este obligat să accepte controlul activității, care face obiectul contractului din partea Companiei de Asigurări, Fondatorului și Ministerului Sănătății.

Una dintre cele mai grele funcții care îi revine managerului este cea de personal. Angajații spitalelor trebuie convinși de necesitatea reducerii costurilor, controlului strict al numărului de internări și al duratei de spitalizare, acestea pe fondul lipsei oricăror stimulente: aceleași condiții de lucru, aceeași dotare tehnică, lipsa medicamentelor. Personalul trebuie să desfășoare o muncă suplimentară pentru centralizarea și raportarea datelor necesare realizării indicatorilor, de cele mai multe ori fără să înțeleagă necesitatea unei astfel de munci. Lucrul este dificil de îndeplinit și din cauza absenței facilităților informatice sau din cauza utilizării necorespunzătoare acolo unde ele există (personal neinstruit, softuri neadecvate ș.a.). Practic, managerul este obligat să ceară eficiență mărită de la un personal care, plătit fiind prin salarii, nu este absolut deloc interesat de creșterea performanței economice a spitalului. Toate acestea, alături de o deficiență majoră de comunicare asupra scopului reglementărilor date și al reformei, în general, conduc la o colaborare delicată și dificilă între manager și personal.

Managerul are următoarele atribuții:

- a. stabilește și aprobă numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de normativul de personal în vigoare;
- b. aprobă organizarea concursurilor pentru posturile vacante, numește și eliberează din funcție personalul spitalului;
- c. aprobă programul de lucru, pe locuri de muncă și categorii de personal;
- d. propune structura organizatorică, reorganizarea, schimbarea sediului și a denumirii unității, în vederea aprobării de către Ministerul Sănătății.

Directorul ca șef al organizației, este responsabil, inclusiv de:

- asistența medicală;
- serviciile de ajutorare a pacienților;
- suportul tehnic;
- serviciile de suport general necesare să asigure calitatea îngrijirii pacienților;
- recrutarea de noi membri pentru personalul medical.

Managerul trebuie să asigure o balanță între activitățile externe și interne.

Activitățile interne includ sarcini cum ar fi:

- revizia și stabilirea procedurilor de spital;
- supravegherea angajaților spitalului;
- operații ce includ activități fiscale;
- menținerea relațiilor interne.

Activitățile externe includ:

coordonarea relației cu:

- Ministerul Sănătății
- Fondatorul
- Administrația Publică Locală
- CNAM.

Spitalul este obligat:

- a) să acorde servicii medicale respectând criteriile de calitate;
- b) să nu refuze acordarea asistenței medicale de urgență ori de câte ori se solicită aceste servicii;
- c) să informeze persoanele asigurate despre serviciile medicale oferite și despre modul în care sunt furnizate;
- d) să respecte confidențialitatea tuturor datelor și informațiilor privitoare la cei asigurați, precum și intimitatea și demnitatea acestora;
- e) să factureze lunar, în vederea decontării de către casa de asigurări de sănătate, activitatea realizată, conform contractului de furnizare de servicii medicale;
- f) să acorde servicii medicale de specialitate tuturor celor asigurați, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care s-a virat contribuția de asigurări de sănătate pentru aceștia;
- g) să respecte destinația sumelor contractate prin acte adiționale:
 - relatarea informațiilor despre spital comunității;
 - construirea de relații cu persoanele de contact din guvern și propagandă;
 - participarea în activitățile educaționale și de planificare.

Totuși, funcția managerului este în măsură mai mare sau mai mică, definită de deciziile consiliului de administrare, pe care trebuie să-l informeze despre bunul mers al spitalului.

Un domeniu despre care managerul trebuie să aibă cunoștințe reprezintă sistemul de informații. În general, prin sistem de informații se subînțelege sistemul destinat facilitării gestionării ansamblului de informații medicale și administrative, precum și asigurării calității îngrijirii. Cu alte cuvinte, ar fi acel sistem care încearcă să rezolve corect problemele, să genereze informațiile „la timp” (when), „la locul potrivit” (where) și „într-o formă” (how) utilă pentru manager.

Baza de date reprezintă o colecție structurală de informații. Principalele tipuri de aplicații în sisteme informaționale din domeniul medical sunt:

- a) sistemele de înregistrare a pacienților și de internări la nivel de spital;
- b) contabilitatea pacientului/plătitorului;
- c) managementul financiar;
- d) registrul pacienților și al managementului îngrijirilor;
- e) sistemele de farmacie.

Asistentele în funcție de conducere – reprezintă o categorie importantă de personal, bine reprezentată în spitale. Scopul administrației asistentelor este de a trasa, conduce și facilita îngrijirea pacienților.

În alte țări asistente-manager sunt în prezent:

- directori de asistență medicală;
- directori ai serviciilor de îngrijire a pacientului;
- coordonatori clinici.

Asistentele-manager furnizează cunoștințe și experiență care sprijină dezvoltarea profesională continuă a asistentelor din personal, servind ca:

- furnizori de îngrijire directă;
- elaboratori de noi metode de îngrijire;
- suport clinic și mentori ai asistentelor din personal;
- organizatori nurselor în spitale.

Funcțiile de asistentă-șef includ:

- participarea la luarea deciziilor asupra politicilor și planificării;
- demonstrarea calităților de lider în cadrul organizației;
- demonstrarea calităților cerute de statut raportat la pacienți și resurse;
- implicarea în stabilirea unor noi practici organizaționale;
- participarea la conducerea și implementarea schimbărilor;
- dezvoltarea parametrilor business-ului în serviciile de îngrijire;
- definirea și dezvoltarea unor roluri medicale mai ample pentru asistente;
- cercetarea și implementarea inovațiilor pentru a îmbunătăți îngrijirea pacienților;
- evaluarea și îmbunătățirea proceselor din interiorul organizației.

Managerii medicali care s-au ocupat de aplicarea proceselor de îmbunătățire a calității au identificat *unele principii* ce stau la baza acestora:

1. Se recomandă ca toate cadrele medicale să colaboreze la proiectele de măsurare și îmbunătățire a calității.
2. Activitățile diverselor cadre medicale trebuie coordonate astfel încât să asigure completarea reciprocă a eforturilor.
3. Managerii trebuie să estimeze costurile și beneficiile pentru a asigura suma dedicată activităților de îmbunătățire a calității corespunzătoare ca valoare.
4. Capacitatea atingerii obiectivelor depinde de funcționarea optimă a fiecărei etape din procesul de asistență și monitorizarea eficientă a sistemelor de îngrijire se bazează pe feedbackul (răspunsul) primit de la toate subdiviziunile din spital.

17.5. FINANȚAREA SPITALELOR

Atât spitalele publice, cât și cele private funcționează pe principiul autonomiei financiare, fiecare spital elaborând și executând bugete proprii de venituri și cheltuieli. Finanțarea lor se face pe bază de contract, încheiat cu Compania de Asigurări de Sănătate, din veniturile realizate în raport cu serviciile prestate, precum și din alte venituri obținute de la persoane fizice și juridice în condițiile legii. Finanțarea spitalelor se poate face:

- integral de la Bugetul de Stat și de la bugetele locale;
- integral din venituri extrabugetare prin sistemul de asigurări sociale de sănătate;
- din venituri extrabugetare prin sistemul de asigurări și alocații de la Bugetul de Stat.

Spitalele sunt instituții publice finanțate din venituri proprii și funcționează pe principiul autonomiei financiare. Veniturile proprii ale spitalelor publice provin din sumele încasate pentru serviciile medicale, alte prestații efectuate pe baza de contract, precum și din alte surse.

De la Bugetul de Stat se asigură:

- a) desfășurarea activităților cuprinse în programele naționale de sănătate;
- b) dotarea cu echipamente medicale, în condițiile legii;
- c) investiții legate de construirea de noi spitale, inclusiv pentru finalizarea celor aflate în execuție;
- d) expertizarea, transformarea și consolidarea construcțiilor grav afectate de seisme și de alte cazuri de forță majoră;
- e) modernizarea, transformarea și extinderea construcțiilor existente, precum și efectuarea de reparații capitale;
- f) activități specifice unităților și instituțiilor cu rețea sanitară proprie;
- g) activități didactice și de cercetare;
- h) alte cheltuieli curente și de capital.

Spitalele publice pot realiza venituri suplimentare din:

- a) donații și sponsorizări;
- b) legale;
- b) asocieri investiționale în domenii medicale ori de cercetare medicală și farmaceutică;
- c) închirierea unor spații medicale, echipamente sau aparatură medicală către alți furnizori de servicii medicale, în condițiile legii;
- d) contracte privind furnizarea de servicii medicale încheiate cu casele de asigurări private sau agenți economici;
- e) editarea și difuzarea unor publicații cu caracter medical;
- f) servicii medicale, hoteliere sau de altă natură, furnizate la cererea unor terți;
- g) servicii de asistență medicală la domiciliu, furnizate la cererea pacienților;
- h) contracte de cercetare și alte surse;
- i) alte surse, conform legii.

Există câteva strategii de finanțare:

I. Prima se referă la un control foarte strict al costurilor, prin măsuri manageriale: diminuarea indicelui de ocupare a paturilor, tehnologii care să consume mai puțină energie electrică, programarea judicioasă a sălilor de operație etc. Accentul se deplasează de la costul cheltuielilor materiale ca atare la aspectele ce țin de logistica și distribuția acestora.

II. A doua strategie se poate aplica în situația contractării de bugete prospective. Prețurile trebuie stabilite având în vedere echitatea, maximizarea profitului (pentru pacient), necesitatea achiziționării de echipamente esențiale.

III. A treia strategie financiară constă în crearea unui pachet de servicii care pot fi oferite la nivel local sau altora, cu posibilitatea transferării unor servicii cu costuri mari și utilitate scăzută (serviciile de supraspecialitate).

IV. A patra cale de dezvoltare activități suplimentare aducătoare de venit sunt contractele cu universități sau alte unități cu scop de formare, implicare în microproiecte de cercetare etc.

Salarizarea personalului de conducere din spitalele publice, precum și a celorlalte categorii de personal se stabilește potrivit legii. Plata personalului din spital se face pe baza de salariu, conform unei grile specifice pentru personalul din sectorul bugetar – grilă care ține cont de gradul profesional al personalului. De asemenea, pe baza criteriului performanță se pot acorda bonificații salariale, existând o limită

superioară și una inferioară a salariului tarifar pentru fiecare funcție în parte.

Indicatorii care enumără acoperirea financiară a spitalului:

- ✓ totalul de cheltuieli față de bugetul aprobat;
- ✓ procentul de venituri proprii în bugetul aprobat;
- ✓ numărul de pacienți neasigurați / numărul total de pacienți;
- ✓ procentul bugetului utilizat pentru întreținerea clădirii și echipamentelor;
- ✓ procentul bugetului pentru investiții.

Îmbunătățirea sistemului de finanțare a spitalului prevede:

- a. Creșterea veniturilor la nivelul spitalelor prin stimularea creșterii veniturilor proprii datorită eficientizării unor activități, în principal gospodărești.
- b. Îmbunătățirea mecanismelor de finanțare a spitalelor.
- c. Gestionarea mai eficientă a resurselor la nivelul spitalului.

17.6. CALITATEA ASISTENȚEI MEDICALE SPITALICEȘTI

În domeniul sănătății prin calitate se înțelege efectuarea corespunzătoare a intervențiilor cunoscute în știința medicală ca fiind lipsite de riscuri pe care societatea poate să le acopere din punctul de vedere al costurilor și care au capacitatea de a produce un impact favorabil asupra morbidității invalidității și mortalității populației.

Calitatea este satisfacerea nevoilor și așteptărilor rezonabile ale pacientului privind: tehnologii medicale, calitatea comunicării, susținerea psihologică și condiții hoteliere.

Pentru ca spitalul să funcționeze pe principiile calității, serviciile trebuie să aibă următoarele caracteristici:

1. Să fie orientate către utilizator.
2. Să considere calitatea o prioritate absolută.
3. Să existe o implicare activă a conducerii.
4. Să aibă ca scop satisfacția utilizatorului intern și extern.
5. Să-și bazeze activitățile pe date concrete.
6. Să aibă capacitate de intervenție rapidă.
7. Să orienteze acțiunile către ceea ce este esențial și nu către ceea ce este nesemnificativ.
8. Să stabilească standarde de control.
9. Să considere și să inducă fiecărui angajat sentimentul că el este și propriul său supervisor.
10. Să respecte valoarea umană a angajaților săi.

Indicatorii de control privind calitatea procesului curativ se bazează pe:

- durata medie de spitalizare a pacientului;
- letalitatea;
- letalitatea în primele 24 de ore de la spitalizare;
- activitatea chirurgicală;
- structura operațiilor efectuate;
- frecvența complicațiilor în timpul operațiilor;
- frecvența utilizării diferitor tipuri de anestezie;
- letalitatea postoperatorie;

- structura bolnavilor externați,
- divergența diagnosticului clinic și morfopatologic;
- infecțiile nozocomiale.

Elementele fundamentale, pe care se bazează deciziile unui bun management al spitalului sunt calitatea și costul serviciilor medicale. Între aceste două elemente există o strânsă interdependență și pe baza analizei cost/eficacitate și a analizei cost/beneficiu se poate lua decizia optimă din punctul de vedere al calității, ținând cont de constrângerile financiare. În momentul de față nu există un sistem unanim recunoscut de monitorizare și evaluare a calității actului medical, iar costurile nu sunt cunoscute decât global, pe zi de spitalizare sau pe pat, mai rar pe boală sau tip de intervenție chirurgicală.

Un program de asigurare a calității în spitale este definit de către Consiliul Canadian de Acreditare ca un proces care se desfășoară în cinci etape:

1. stabilirea scopurilor;
2. implementarea de proceduri necesare pentru realizarea scopurilor stabilite;
3. evaluarea regulată a performanțelor obținute în comparație cu scopurile stabilite;
4. găsirea de soluții care să micșoreze distanța dintre performanțele obținute și scopurile stabilite;
5. raportarea activității de evaluare; evaluarea calității se face continuu în toate departamentele spitalului și în același timp are loc comunicarea și analiza problemelor descoperite.

Planul de asigurare a calității stabilește responsabilitățile individuale și de grup pentru personalul spitalului. Prin succesiunea celor cinci etape și stabilirea responsabilităților se asigură o bună calitate în fiecare fază a procesului de îngrijire - de producție - astfel încât calitatea este inclusă în produs. Aceasta duce concomitent și la reducerea costului.

Același Consiliu Canadian de Acreditare a Spitalelor consideră că în realizarea unui program de asigurare a calității sunt implicate cinci grupuri de persoane din cadrul instituției:

- conducerea spitalului, care inițiază și susține dezvoltarea programului, determină structura organizatorică și primește raportările;
- administrația, care este responsabilă de managementul programului;
- un comitet (un grup sau un individ) prin care este realizată dezvoltarea și coordonarea programului;
- personalul medical, ale cărui activități de asigurare a calității anterioare programului trebuie încurajate și integrate în program;
- alte departamente și servicii, care trebuie să dezvolte mecanisme adecvate de evaluare a gradului de atingere a scopurilor stabilite prin program.

Asigurarea calității presupune o serie de programe specifice și de activități care urmăresc atingerea unui nivel ridicat al calității serviciilor medicale. Activitățile din cadrul procesului de asigurare a calității pot fi împărțite în patru etape, care pot constitui tot atâtea mijloace sau metode pentru asigurarea calității:

I. Stabilirea obiectivelor este prima etapă în asigurarea calității. Ea presupune fixarea țăintelor care trebuie atinse făcând parte din procesul de planificare strategică a calității, așa cum s-a arătat anterior. Prin stabilirea obiectivelor se definește clar

declarația de misiune a spitalului, adică scopul, rolul și funcția spitalului, precum și standardele de practică și criteriile măsurabile. Dacă scopul și obiectivele arată direcția spre care se îndreaptă spitalul, standardele sunt elementele care definesc modul, căile, mijloacele și instrumentele folosite.

II. Promovarea calității este o altă metodă de asigurare a calității. Calitatea muncii unei persoane este legată de standardele de performanță și abilitatea persoanei de a le atinge, dar și de sistemul de recompensă. Dacă sistemul de recompensă lipsește, calitatea realizărilor este în pericol. Calitatea muncii nu poate să fie promovată fără investiții în domeniul resurselor umane. Standardele de performanță trebuie deprinse foarte bine pentru a putea fi menținute la un nivel ridicat. Astfel de investiții la nivelul personalului în vederea promovării calității sunt: cursurile de educație medicală continuă, conferințe, simpozioane, trainingul (instruirea) personalului, dezvoltarea fișei postului, evaluarea performanței angajaților.

III. Monitorizarea activității este a treia metodă de asigurare a calității. Performanța, ca reprezentare a calității, este monitorizată de conducerea spitalului prin două căi:

- a) controlul calității;
- b) supravegherea calității.

Controlul calității este un sistem care cuprinde întreaga activitate a spitalului, de la cea clinică, laboratoare și radiologie până la serviciile auxiliare. De o mare importanță este monitorizarea incidentelor, cu scopul de a găsi abaterile de la procedurile standard. Monitorizarea se face de către un personal specializat, prin analiza înregistrărilor și fișelor din spital pentru a descoperi eventuale încălcări ale protocoalelor care s-ar putea solda cu incidente. Multe incidente țin de activitatea clinică: reacții la transfuzii de sânge; interacțiuni medicamentoase; reacții adverse ale medicamentelor etc.

Concomitent, trebuie analizat nursingul, practica asistentelor medicale. Analiza nursingului evidențiază respectarea sau nerespectarea standardelor și criteriilor prestabilite în acest domeniu; în caz de abateri se impune luarea măsurilor corective.

Supravegherea calității se face prin inspecția și investigarea activităților din spital. Ele sunt realizate de o autoritate din spital, și au drept scop monitorizarea performanțelor. Această autoritate din spital denumită generic supraveghetor, trebuie să se afle pe un nivel ierarhic superior celor pe care-i inspectează și să fie un bun profesionist, tehnician în domeniu, cunoscând perfect cerințele pentru o muncă de calitate. Pe lângă controlul calității, supravegherea are drept scop motivarea personalului și pregătirea lui pentru activități de performanță.

IV. Evaluarea performanțelor este a patra metodă de asigurare a calității. Performanța poate fi evaluată în trei moduri: analiza calității, aprecierea (estimarea) calității și aprobarea calității. Analiza calității și aprecierea (estimarea) calității sunt forme de autoevaluare prin care responsabilii pentru îngrijiri își apreciază singuri calitatea serviciilor pe care le furnizează. Aprobarea calității este un termen folosit pentru a desemna acele mijloace prin care persoane din afara departamentului apreciază sau judecă calitatea serviciilor sau programelor departamentului.

Mediul spitalicesc trebuie să ofere confort, siguranță și ambianță plăcută. Siguranța este elementul-cheie; mediul trebuie să fie lipsit de riscuri care pot cauza

infecții, complicații sau traumatisme. Confortul se referă la controlul temperaturii, umidității și calității aerului. Ambianța plăcută înseamnă nu numai curățenie, ci și imaginea odihnitoare și atractivă a decorului și mobilierului.

La obținerea unui mediu adecvat calității concură toate serviciile auxiliare ale unui spital: întreținere, administrație, aprovizionare, curățenie, reinvestiții.

Satisfacția pacientului se consideră a fi un criteriu distinct în aprecierea rezultatului și implicit a calității, pentru că într-o activitate umană percepția pacientului față de produs sau serviciu este importantă, deși nu totdeauna legată de standardele practicate de clinicieni.

Rapoartele de apreciere a calității sunt o sursă internă de date privind calitatea. Prin aceste rapoarte personalul medical are posibilitatea de a-și demonstra atât competențele profesionale, cât și calitatea serviciilor medicale prestate. Analiza rapoartelor va ține seama de trei factori principali: scopul unitar al programului, obiectivele urmărite de raport și oportunitatea actului medical.

O sursă de date extrem de importantă pentru analiza calității actului medical este evaluarea externă. Deși evaluarea externă este, de fapt, o analiză a datelor obținute din interiorul spitalului, ea este demnă de cea mai mare încredere, neputând fi pusă la îndoială. Analizele efectuate de evaluatorii externi sunt binevenite pentru că au obiectivitate, se impun publicului larg și aplică aceleași standarde bine testate. Pentru asigurarea calității serviciilor, conducerea spitalului trebuie să urmărească date venite din mai multe surse de informare. Aceste date pot demonstra că există următoarele situații:

- personalul spitalului sau secției lucrează la standarde comparabile în toate serviciile pe care le prestează;
- problemele clinice sau administrative sunt sesizate de programul de asigurare a calității;
- problemele apărute sunt corect prezentate;
- apariția unor elemente nepredictibile.

Indicatori de calitate:

- a. letalitatea spitalicească – total pe spital și pe fiecare secție (ajustate la grupurile de vârstă: copii 0-18 ani și maturi 18 ani);
- b. proporția pacienților decedați în 24 de ore de la internare – total pe spital și pe fiecare secție;
- c. proporția pacienților decedați în 48 de ore de la intervenția chirurgicală – pe fiecare secție chirurgicală;
- d. rata pacienților reinternați pentru același grup de vârstă (ICD-10) în intervalul de 24 de ore de la externare;
- e. rata pacienților reinternați pentru același grup de vârstă (ICD-10) în intervalul de 7 zile de la examinare;
- f. procentul pacienților internați și transferul către alte secții din cadrul spitalului;
- g. rata pacienților tratați conform protocoalelor clinice.

Pentru ca într-un spital să poată fi implementat un proces de asigurare și îmbunătățire a calității, conducerea trebuie să promoveze ideea de lucru în echipă. Este necesară transformarea echipei de lucru tradițională, cu structură ierarhică și axată pe o specialitate într-o echipă multifuncțională și multidisciplinară. Factorii care favorizează munca în echipă sunt: definirea clară a atribuțiilor, controlul timpului,

respectarea opiniilor, ambianța plăcută, buna pregătire a membrilor echipei, întocmirea de rapoarte scrise pentru luarea deciziilor, evaluarea performanței în mod regulat. Dacă acești factori sunt respectați și stilul de muncă în echipă este acceptat și promovat de conducere, programul de asigurare al calității are toate șansele de reușită.

17.7. INDICII DE ANALIZĂ A ACTIVITĂȚII STAȚIONARULUI

Raportarea indicatorilor de activitate a spitalului se efectuează periodic conform planului stabilit:

- anual;
- trimestrial;
- semestrial.

Indicii de activitate a staționarului

- *Durata medie de utilizare a patului în an*
$$\frac{\text{Număr zile-pat spitalizate de bolnavi în an}}{\text{Număr paturi mediu-anuale}}$$
- *Rotație pat*
$$\frac{\text{Număr bolnavi internați}}{\text{Număr paturi mediu-anuale}}$$
- *Durata medie de spitalizare a bolnavului la pat*
$$\frac{\text{Număr zile-pat spitalizate}}{\text{Număr bolnavi externați și decedați}}$$
- *Letalitatea spitalicească*
$$\frac{\text{Număr bolnavi decedați în staționar} \times 100}{\text{Număr bolnavi externați și decedați}}$$
- *Durata medie de inactivitate a patului*
$$\frac{365 - \text{număr mediu de zile-pat exploatat în an}}{\text{Rotație pat}}$$
- *Pondere locuitorilor rurali din numărul total de bolnavi internați*
$$\frac{\text{Număr locuitori rurali internați} \times 100}{\text{Număr total internați}}$$
- *Durata medie de tratare a bolnavilor externați*
$$\frac{\text{Număr zile-pat spitalizate}}{\text{Număr de bolnavi externați}}$$
- *Durata medie de tratare a bolnavilor externați după unele maladii*
$$\frac{\text{Număr zile-pat spitalizate cu maladia dată}}{\text{Număr bolnavi externați cu maladia dată}}$$

- *Letalitatea spitalicească după unele maladii*

$$\frac{\text{Număr decedați cu maladia dată} \times 100}{\text{Număr externați + decedați cu maladia dată}}$$

Indicii activității chirurgicale

- *Indicele activității chirurgicale*

$$\frac{\text{Număr bolnavi operați} \times 100}{\text{Număr externați + decedați}}$$

- *Structura intervențiilor chirurgicale*

$$\frac{\text{Număr intervenții efectuate pe motivul dat} \times 100}{\text{Număr total de intervenții chirurgicale efectuate}}$$

- *Frecvența complicațiilor postoperatorii*

$$\frac{\text{Număr intervenții chirurgicale, în care s-au constatat complicații} \times 100}{\text{Număr total intervenții chirurgicale efectuate}}$$

- *Letalitatea postoperatorie totală*

$$\frac{\text{Număr bolnavi decedați după intervențiile chirurgicale} \times 100}{\text{Număr total bolnavi supuși intervențiilor chirurgicale}}$$

- *Letalitatea postoperatorie pe motivul dat*

$$\frac{\text{Număr bolnavi decedați din numărul celor operați pe motivul dat} \times 100}{\text{Număr bolnavi operați pe motivul dat}}$$

- *Structura letalității postoperatorii*

$$\frac{\text{Număr decedați operați pe motivul dat} \times 100}{\text{Număr total decedați pe toate intervențiile}}$$

- *Indicele asistenței chirurgicale de urgență, transportarea întârziată a bolnavilor*

$$\frac{\text{Număr bolnavi, transportați mai târziu de 24 de ore de la debutul maladiei} \times 100}{\text{Număr total bolnavi transportați pentru acordarea asistenței chirurgicale de urgență}}$$

- *Durata tratamentului bolnavilor operați în spital*

$$\frac{\text{Număr zile-pat spitalizate a bolnavilor operați până la operație}}{\text{Număr bolnavi operați}}$$

- *Durata tratamentului bolnavilor după intervenția chirurgicală*

$$\frac{\text{Număr zile-pat spitalizate a bolnavilor operați după intervenția chirurgicală}}{\text{Număr bolnavi operați}}$$

- *Durata tratamentului bolnavilor operați în staționar – total*

$$\frac{\text{Număr zile-pat spitalizate a bolnavilor operați până și după intervenție}}{\text{Număr bolnavi operați}}$$

17.8. ACREDITAREA SPITALELOR

Autorizația sanitară de funcționare se emite în condițiile stabilite prin normele aprobate conform ordinului Ministrului Sănătății și permite spitalului să funcționeze. După obținerea autorizației sanitare de funcționare, spitalul intră, la cerere, în procedura de acreditare. Procedura de acreditare nu se poate extinde pe o perioadă mai mare de cinci ani. Înainte de expirarea termenului, spitalul solicită evaluarea în vederea reacreditării. Neobținerea acreditării în termen de cinci ani, de la emiterea autorizației de funcționare, conduce la desființarea spitalului în cauză.

Acreditarea garantează funcționarea spitalelor la standardele stabilite potrivit prezentului titlu, privind acordarea serviciilor medicale și conexe actului medical, certificând calitatea serviciilor de sănătate în conformitate cu clasificarea spitalelor pe categorii de acreditare. Acreditarea se acordă de către Consiliul Național de Acreditare în Sănătate, instituție cu personalitate juridică.

Acreditarea spitalelor este un sistem complex de apreciere a activității spitalicești, având drept scop declarat calitatea îngrijirilor. Finalitatea procesului de acreditare constă în creșterea calității serviciilor medicale și a satisfacției pacientului. Acreditarea spitalelor este, în același timp, un mecanism extern de evaluare a calității serviciilor acordate. Cel mai important scop al acreditării este să ofere protecție pacienților, respectiv populației, dar și unor organisme legale interesate în decizia lor de statutul de acreditat sau neacreditat al spitalului.

Obiectivele de acreditare sunt următoarele:

- creșterea calității serviciilor de sănătate
- oferirea de consultanță și informații pentru profesioniștii din sănătate
- atingerea de către toate spitalele a nivelului de performanță minim acceptat
- promovarea transmiterii cunoștințelor și schimbului de experiență cu spitalele de excelență
- acordarea de consultanță în elaborarea politicii sanitare
- identificarea spitalelor care se află sub nivelul minim acceptat și sprijinirea lor pentru atingerea standardelor
- reducerea costurilor și creșterea eficienței
- întărirea credibilității medicilor și a întregului personal sanitar
- creșterea încrederii populației în reformarea sistemului sanitar

În toate țările care au promovat acreditarea spitalelor s-a constatat creșterea calității actului medical, îmbunătățirea înregistrărilor medicale, creșterea eficienței și restructurarea spitalului ca instituție pentru a se adapta noilor cerințe. Alte beneficii obținute în urma acreditării sunt:

- instruirea și formarea personalului, precum și un nou mod de recrutare a personalului medical;
- favorizarea investițiilor în echipamente medicale;
- atragerea de noi resurse financiare;
- posibilitatea ierarhizării spitalelor pe criterii de calitate;
- elaborarea unor programe de educație continuă a personalului, în scopul creșterii competenței profesionale;
- recunoașterea competenței spitalului de către populație sau terțe instituții cu care intră în relații;

- creșterea gradului de siguranță a pacientului;
- disponibilitatea pacienților de a plăti suplimentar în afara contribuției de asigurare, pentru calitatea serviciilor oferite.

Odată înființat sistemul de acreditare, a doua etapă a implementării este elaborarea standardelor prin consultări cu profesioniștii și revizuirea continuă. Procesul este deosebit de complex și necesită timp îndelungat și o largă acceptare din partea lucrătorilor din sistemul sanitar. Standardele sunt etaloane ale practicii medicale și definesc structura și procesul în scopul creșterii calității îngrijirilor, adică de a obține rezultatele cele mai bune cu resursele curente.

Standardele sunt de două categorii: funcționale, care privesc spitalul ca un întreg, și departamentale sau specifice, care se adresează secțiilor sau serviciilor. Standardele funcționale sunt sistematice și încurajează spitalul spre o abordare multidisciplinară a furnizării serviciilor de sănătate prin colaborarea tuturor profesioniștilor săi. Standardele sunt organizate pe categorii și cuprind toate domeniile din activitatea unui spital:

- ✓ standarde privind drepturile pacienților;
- ✓ standarde privind mediul spitalicesc;
- ✓ standarde privind serviciile de îngrijiri;
- ✓ standarde privind managementul informației;
- ✓ standarde privind serviciul de urgență;
- ✓ standarde privind controlul infecțiilor.

Procesul de evaluare în vederea acreditării nu trebuie privit ca o simplă inspecție, deoarece scopul vizitei este și de a sprijini spitalul să-și îmbunătățească standardele deficiente. Evaluarea calității serviciilor medicale pe baza standardelor și indicatorilor de performanță este etapa centrală a procesului de acreditare.

Spitalul are dreptul de a contesta echipa de evaluatori, precum și rezultatul evaluării. De asemenea, spitalul poate solicita o altă vizită de evaluare. Tot la latitudinea spitalului este și decizia de a aduce sau nu la cunoștința publicului rezultatul vizitei de evaluare. Finanțatorul spitalului ar trebui informat asupra rezultatelor vizitei.

Un spital nu poate fi supus acreditării dacă nu îndeplinește standardele minime de funcționare care sunt normele specifice pentru structură. Aceste norme sunt reglementate legal și se referă la: condițiile sanogene; protecția sanitară a factorilor naturali din mediul de viață și de muncă al populației; prevenirea efectelor negative asupra sănătății și capacității de muncă. Un spital acreditat beneficiază de recunoaștere publică din partea pacienților care sunt dispuși să plătească în plus pentru calitatea îngrijirilor și de rambursare privilegiată din partea finanțatorului.

17.9. FARMACIA SPITALULUI

Farmacia de spital se organizează în unitățile sanitare cu paturi, unde funcționează ca secție sau compartiment al acestora. Farmacia spitalului are următoarele atribuții:

- asigurarea gestionării, aprovizionării, preparării, controlului, conservării și eliberării medicamentelor și altor produse de sănătate pentru pacienții internați;

- conducerea sau participarea la orice acțiune de informare asupra acestor produse, de promovare și evaluare a utilizării lor raționale, precum și la activitatea de farmacovigilență;
- conducerea sau participarea la orice acțiune care concurează la asigurarea calității și siguranței tratamentelor și asistenței sanitare în domeniile care aparțin competenței farmaceutice.

Farmacia de spital se autorizează pe baza documentației prevăzute în norme, cu respectarea aceleiași proceduri ca și la autorizarea farmaciilor comunitare. Farmacistul-șef trebuie să îndeplinească condițiile privind organizarea și funcționarea farmaciei de spital, stabilite prin norme. Farmacistul-șef are următoarele atribuții:

- este membru în diferitele comisii sau grupuri de lucru ale spitalului care au implicații asupra activității farmaceutice a spitalului;
- este responsabil de întreaga activitate a farmaciei de spital;
- ia măsurile necesare pentru distribuirea corespunzătoare a medicamentelor și altor produse din farmacie; dirijează și supraveghează activitatea personalului farmaciei și a studenților care fac practica în farmacie;
- participă la informarea corpului medical privind problemele care le intră în competență.

Conducerea unității sanitare împreună cu farmacistul-șef stabilesc organigrama și programul de funcționare ale farmaciei, iar după caz, un serviciu de urgență care să asigure asistența cu medicamente pe timpul cât farmacia este închisă. Funcțiile farmaciei de spital sunt:

– la nivel de unitate – de a ține evidența medicamentelor, iar în această privință poate să dezvolte modelele speciale pentru evidența stocurilor în funcție de caracteristicile produsului, relația cu plătitorul (substanțe contractate la nivel de spital pentru îngrijirile generale, substanțe contractate pe programe cu destinație precisă, de ex.: citostaticele etc.);

– cealaltă componentă se referă la relația cu pacientul, trebuind să supravegheze ce și când urmează să primească fiecare pacient (aceasta presupune că poate atrage atenția asupra incompatibilității a două sau mai multe medicamente sau asupra unui pacient).

Farmacia funcționează în spații adecvate, amplasate în totalitate la același nivel, cu legături funcționale directe între ele, se evită vecinătatea secțiilor, a căror activitate poate afecta calitatea medicamentelor, și se asigură calea de acces directă pentru aprovizionare.

17.10. INGINERIE BIOMEDICALĂ. GOSPODĂRIE

Spitalele dețin o mare cantitate de echipamente, de complexitate diferită, de la cele mai simple până la cele mai sofisticate. Siguranța și funcționarea lor este esențială pentru spital și pentru îngrijirea bolnavilor. Este necesar un mecanism de evaluare a tehnologiilor noi și introducerea lor numai după studii clinice și de cost/eficacitate. Tehnologiile noi și scumpe ridică frecvent probleme de etică în condițiile unor resurse limitate.

Aspecte particulare în spitale apar în mod suplimentar prin compartimentele de suport hotelier care sunt în sarcina spitalului: bucătăria, ce necesită o aprovizionare ritmică, continuă și completă (stocul de alimente proaspete și conservate) și spălătoria cu particularitățile legate de proveniența lenjeriei sau echipamentelor de protecție.

Pe de altă parte, potrivit normelor în vigoare, actele și documentele medicale au valoare medico-legală și nu sunt acceptate ca atare decât existând pe „hârtie”, trebuind păstrate sub această formă timp de 25 de ani. Această condiționare duce la situația în care, chiar dacă unitatea ar dispune de toate facilitățile de echipamente ca: calculatoare, rețea internă și externă, soft adecvat și personal suficient numeric și instruit corespunzător pentru a le utiliza convenabil, documentele ar trebui oricum să existe și pe hârtie. Tipizatele utilizate (foi de observație, buletine de analiză, condici de medicamente, registre de sală, registre de rezultate etc.) trebuie să facă obiectul unui accept oficial. În mod practic nu este permisă și nu este posibilă utilizarea unei foi de observație create pentru a fi asistată de calculator fără avize și acorduri speciale, ultimul actor intrat în rândul celor al căror accept este necesar fiind compania de asigurări ca instituție plătitoare.

Ingineria biomedicală, denumită și inginerie clinică, se referă la echipamentele medicale. Acestea, denumite și echipamente clinice, acoperă următoarele categorii:

- echipamente pentru diagnosticarea pacienților, precum echipamentele, care măsoară parametri fiziologici;
- echipamente de laborator clinic;
- echipamente pentru tratamente terapeutice;
- aparate care aplică energie radiantă pe corp;
- echipamente de resuscitare;
- echipamente protetice/ de chirurgie plastică;
- echipamente pentru terapie fizică;
- echipamente de asistență chirurgicală;
- echipamente de monitorizare a stării pacienților.

Inginerii biomedicali au anumite sarcini care sunt clasificate pe niveluri:

- Sarcinile de *nivelul I* implică repararea echipamentelor, întocmirea rapoartelor de reparații și a deconturilor reparațiilor.
- Sarcinile de *nivelul al II-lea* sunt sarcini de întreținere preventivă și includ verificări ale părții electrice a echipamentelor, probe ale echipamentelor noi și pregătirea echipamentelor pentru punerea în funcțiune.
- Sarcinile de *nivelul al III-lea* sunt sarcini de management și presupun:
 - planificări;
 - achiziții;
 - instalări;
 - proiectări;
 - notificări cu privire la gradul de risc;
 - asistență acordată comitetelor de siguranță.

Asigurarea bunei funcționări a acestor echipamente medicale este foarte importantă, deoarece are efecte directe asupra îngrijirii acordate pacienților, precum și asupra siguranței lor. Există patru variante de asigurare a bunei funcționări a acestor echipamente în cadrul unui spital:

- 1) spitalul își concepe un program propriu de întreținere a echipamentelor;
- 2) spitalul se abonează și se bazează pe un singur furnizor de astfel de servicii;
- 3) spitalul se afiliază unui contract de servicii împreună cu alte spitale;
- 4) spitalul apelează la diferiți furnizori, producători, reprezentanțe și delegări care să-i asigure întreținerea echipamentelor. Această din urmă variantă este cea mai frecvent folosită, dar și cea mai costisitoare dintre ele.

17.11. REFORME

În procesul de reformare a sistemului de sănătate, la început de mileniu, sectorul spitalicesc trebuie să se adapteze la noile realități create, pe de o parte, de noile tehnologii și de noul rol al spitalelor ca o opțiune de ultimă instanță și pe de altă parte, să ia în considerare cauzele principale ale patologiei umane dominate de bolile cardiovasculare, neoplasme, traumatisme, intoxicații și dereglări metabolice de etiologii multiple.

În același timp restructurarea serviciului spitalicesc trebuie să ia în considerare mediul cultural, social și economic și prin configurația sa să corespundă nevoilor reale ale comunității.

Obiectivele generale ale reformei spitalelor:

1. Creșterea eficienței tehnice - utilizarea adecvată a resurselor limitate de la nivelul spitalului prin eliminarea risipei. Astfel, reorganizarea structurii spitalului trebuie să conducă la scăderea costurilor pentru serviciile furnizate.

2. Creșterea eficienței alocative: maximizarea valorii obținute pentru resursele cheltuite, prin alocarea acestora în funcție de rezultate și de impactul asupra stării de sănătate (ani de viață câștigați, creșterea calității vieții, creșterea accesului la serviciile prioritare).

3. Creșterea accesibilității pentru grupurile defavorizate (săraci, populația rurală etc.) prin distribuirea resurselor în sistemul public centrată pe cei care au stringentă nevoie de servicii și acces limitat.

4. Adecvarea structurii serviciilor spitalicești la așteptările utilizatorilor, prin restructurarea acestora astfel încât serviciile publice să răspundă așteptărilor publicului, cu asumarea responsabilității față de acesta.

Factorii care influențează performanța spitalului sunt:

1. gradul de autonomie a spitalului;
2. expunerea spitalelor la presiunile pieței;
3. gradul de responsabilitate financiară;
4. responsabilitatea spitalelor pentru performanța lor;
5. funcția socială.

Principalele acțiuni strategice și operaționale necesare la nivelul spitalelor:

- Îmbunătățirea managementului spitalului
- Îmbunătățirea structurii spitalului (clădiri, echipamente etc.)
- Utilizarea eficientă a resurselor umane ale spitalului.

În secolul al XX-lea se resimte o tendință asiduă spre restructurarea, reorganizarea sistemului de asistență medicală spitalicească, ce ar permite eficientizarea rezultatelor. Tendințele ce au produs pornirea procesului de reorganizare a spitalelor:

- Micșorarea (în volum) a sectorului spitalicesc (măsuri radicale).
- Realizarea unor schimbări în sectorul spitalicesc (măsuri parțiale).
- Reorganizarea spitalelor după principiul geografic.
- Reorganizarea spitalelor după principiul asigurării accesului la servicii medicale, acesta fiind determinat de nivelul de dezvoltare a sistemului de sănătate.

Drept obiective principale în cadrul procesului de restructurare a sectorului spitalicesc se evidențiază următoarele aspecte:

- Accesul oportun la serviciile spitalicești pentru toată populația.
- Serviciile spitalicești sigure, de calitate, conform standardelor de îngrijire.
- Distribuirea echitabilă a resurselor de asistență primară spitalicească.
- Elaborarea unui cadru de finanțare durabil, care ar ajusta serviciile acordate la resursele disponibile.
- Eșalonarea serviciului spitalicesc.

Principalele schimbări în sistemul de sănătate din Republica Moldova:

- ▲ Descentralizarea procedurilor simple și creșterea capacității prin restructurarea rețelei de AMT.
- ▲ Centralizarea procedurilor complexe și creșterea nivelului de specializare și calitatea serviciilor medicale la nivel național.
- ▲ Consolidarea serviciilor auxiliare.
- ▲ Majorarea volumului de asistență medicală primară, acordată de către MF.
- ▲ Separarea finanțării prin introducerea cadrului contractual.
- ▲ Reducerea continuă a numărului de paturi.
- ▲ Reducerea continuă a duratei de spitalizare.
- ▲ Aplicarea în practică a principiilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală.
- ▲ Asigurarea principiului de autonomie a IMSP în gestionarea resurselor, îndeosebi a celor financiare.

Acest fenomen s-a produs datorită următorilor factori ce au determinat restructurarea sistemului spitalicesc:

- Necesitatea sporirii calității și eficienței serviciilor medicale spitalicești și specializate prestate populației.
- Activitatea clinică în instituțiile spitalicești este redusă.
- Practici medicale nesigure – număr mic de intervenții chirurgicale pe secție.
- Alocarea fondurilor rămâne a fi inechitabilă și spitalele cheltuie mai mult de 50% din cheltuielile totale din sistemul de sănătate.
- Sistemul de eșalonare a asistenței medicale nu funcționează în deplină măsură, din care motive în instituțiile medico-sanitare publice republicane se mai spitalizează pacienți din raioane care trebuie și pot fi tratați la un nivel inferior al îngrijirii.
- Condiții inadecvate ale infrastructurii și de dotare cu echipament performant.

Factorii care au influențat schimbările în serviciul spitalicesc mai pot fi clasificați în dependență de cerere (aspecte demografice, sănătatea populației, aspirațiile pacienților), de ofertă (tehnologii medicale, resursele umane) și socio-economi (finanțe, implementarea serviciilor, globalizarea în domeniul pieței de cercetare și dezvoltare).

Reorganizarea serviciilor spitalicești și utilizarea rațională a paturilor poate fi eficientă în trei direcții principale:

Asigurarea echității și eficacității asistenței spitalicești, care include:

1. crearea serviciilor asistenței medicale de o zi;
2. introducerea practicii îngrijirilor medico-sociale la domiciliu;
3. modificarea culturii manageriale;
4. introducerea modalităților de achitare a serviciilor prin metoda grupurilor de diagnosticuri înrudite (DRG);
5. contopirea unor spitale pentru a realiza o politică economică și financiară mai eficientă;
6. micșorarea volumului (numărului) de spitalizări;
7. dispensarizarea;
8. crearea secțiilor geriatrice;
9. efectuarea expertizei nivelului și duratei de internare în spitale la diferite nivele.

În restructurarea sectorului spitalicesc este necesar de a lua în considerare:

1. excluderea dublării în activitatea instituțiilor spitalicești;
2. introducerea controlului asupra eficacității în activitatea personalului medical a excesului și dublării serviciilor acordate;
3. utilizarea informației obiective pentru planificarea activităților în sectorul spitalicesc;
4. dezvoltarea și utilizarea tehnologiilor moderne poate activa procesul de centralizare a activităților medicale;
5. utilizarea criteriilor obiective în restructurarea sectorului spitalicesc (spitalul sau paturile spitalicești);
6. integrarea mecanismelor unice și a economiei de piață în argumentarea structurală a cererii și ofertei în sector spitalicesc;
7. crearea spitalelor de asistență medicală de scurtă și lungă durată.

Raționalizarea utilizării spitalului și a numărului de paturi ca instrument de influență politică prevede:

1. micșorarea (majorarea) duratei de spitalizare;
2. majorarea eficienței procedurilor diagnostice;
3. dezvoltarea alternativelor asistenței spitalicești;
4. lărgirea serviciilor de reabilitare a bolnavilor cronici;
5. deschiderea secțiilor geriatrice în cadrul spitalelor generale;
6. transformarea paturilor spitalicești în paturi cu destinație specială (paturi sociale);
7. centralizarea paturilor specializate și descentralizarea paturilor de profil general în corespundere cu numărul de populație;
8. crearea centrelor de excelență pentru deservirea în egal a populației urbane și rurale.

Funcțiile principale în cadrul restructurării sistemului spitalicesc sunt:

- acordarea AM specializate;
- implementarea în practică a metodelor contemporane de profilaxie, diagnostic și tratament în baza realizărilor științifice;
- dezvoltarea și perfecționarea formelor organizatorice și a metodelor de AM;
- sporirea calității muncii, perfecționarea cunoștințelor igienice ale populației.