

**ACADEMIA DE ȘTIINȚE A MOLDOVEI
SECȚIA DE ȘTIINȚE MEDICALE**

**BULETINUL
ACADEMIEI DE ȘTIINȚE A MOLDOVEI
ȘTIINȚE MEDICALE**

REVISTĂ ȘTIINȚIFICO-PRACTICĂ

Fondată în anul 2005
Apare de 4 ori pe an

4/(23)2009

CHIȘINĂU

2009

REDACTOR-ŞEF**Gheorghe Țibîrnă**, academician**REDACTOR-ŞEF ADJUNCT****Ion Ababii**, academician**SECRETAR RESPONSABIL****Stanislav Groppa**, membru corespondent**COLEGIUL DE REDACȚIE****Gheorghe Ghidirim**, academician**Teodor Furdui**, academician**Gheorghe Paladi**, academician**Eva Gudumac**, academician**Михаил Давыдов**, академик, Москва, Россия**Mihai Popovici**, academician**Ion Corcimar**, membru corespondent**Nicolae Opopol**, membru corespondent**Constantin Ețco**, doctor habilitat**Vladimir Hotineanu**, doctor habilitat**Irinel Popescu**, profesor, doctor, București, România**Nicolae Costin**, profesor, doctor, Cluj-Napoca, România**Victor Botnaru**, doctor habilitat**Anatol Cernâi**, doctor habilitat**Владимир Поляков**, член-корреспондент РАМН, профессор, Москва, Россия**Александр Пачес**, профессор, Москва, Россия**Anatol Ciubotaru**, doctor habilitat**Aurel Grosu**, doctor habilitat**Boris Parii**, doctor habilitat**Constantin Spânu**, doctor habilitat**Mihai Ciocanu**, doctor habilitat**Gheorghe Ciobanu**, doctor habilitat**Leonid Chișlaru**, doctor**Fergana Precup**, cercetător științific**Redactor:** *Emilia Ghețu***Copertă:** *Ion Timotin*

Articolele publicate în Buletin reflectă punctele de vedere ale semnatarilor, care poartă răspundere pentru conținutul lor.

Acest număr al revistei apare cu sprijinul financiar al Secției de Științe Medicale a AȘM și al Centrului Național de Management în Sănătate

Adresa redacției:

Bd. Ștefan cel Mare, nr. 1 (bir. 330);

MD 2001, Chișinău, Republica Moldova; Tel./Fax

(+373 22) 27-07-57, 21-05-40

e-mail: sectiamed@asm.md

SUMAR

SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

M. Ciocanu, Tatiana Macarova, M. Rotaru, C. Ețco, B. Golovin, O. Barbă. Aspecte conceptuale privind asigurarea și managementul calității asistenței medicale.

STUDII ȘI SINTEZE

M. Ciocanu, T. Grăjdianu, Al. Lavric, Ela Ursu, I. Ursu. Unele particularități economice de activitate a agenției teritoriale de asigurări medicale Soroca.

A. Negară, T. Grăjdianu, M. Palanciuc, Adelina Celac, Natalia Blaja-Lisnic, Felicia Lupașcu-Volentir, Gabriela Șoric, Olga Maniuc. Modul de viață și factorii ce influențează starea de sănătate a populației cu vârsta de peste 80 de ani din Republica Moldova.

D. Tintiuc, T. Grăjdianu, Elena Stimpovschi, I. Pocaznoi, Olga Gagauz. Pregătirea asistentelor medicale cu studii superioare – un imperativ al timpului.

M. Palanciuc, Elena Robu. Morbiditatea copiilor de vârstă școlară din mediul urban.

Zina Cobâleanu, V. Catană, V. Talmaci, Șt. Mahovici. Dinamica indicatorilor de sănătate în condițiile implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova.

Galina Maistrenco, Zinaida Cobâleanu, Lili Morari, Lilia Damaschin. Sănătatea copiilor – indicator al sănătății colectivităților.

Dorina Darii. Factorii de risc și factorii de protecție pentru nașterile premature în Republica Moldova.

Iulia Luca, T. Grăjdianu. Diabetul zaharat – problemă medico-socială de sănătate publică.

Tatiana Georghian, Gr. Bivol, Elena Grejdeanu Caracteristici teoretice a cercetărilor în medicina generală.

Iu. Malanciuc. Eficacitatea economică și influența ei asupra calității serviciilor medicale.

D. Tintiuc, Al. Lavric. Abordări contemporane cu privire la autoinstruire și instruire postuniversitară la distanță în domeniul sănătății publice și managementului.

B. Golovin, O. Hîncu, Ludmila Topchin, M. Ciocanu. Expresii metodologice în planificarea și dezvoltarea sectorului spitalicesc.

L. Margine, Corina Vicol. Starea sănătății și protecția medico-socială a persoanelor participante la lucrările de lichidare a consecințelor catastrofei nucleare de la Cernobîl.

D. Tintiuc, M. Ciobanu, Corina Vicol. Un obiectiv important în dezvoltarea medicinei în Republica Moldova – reforma asistenței medicale spitalicești.

SUMMARY

PUBLIC HEALTH AND SANITARY MANAGEMENT

M. Ciocanu, Tatiana Macarova, M. Rotaru, C. Ețco, B. Golovin, O. Barbă. Conceptual aspects regarding the healthcare quality assurance and management.

STUDIES AND SYNTHESSES

M. Ciocanu, T. Grăjdianu, Al. Lavric, Ela Ursu, I. Ursu. Sane economical particularities of the activity of the territorial agency of the medical insurances of Soroca.

A. Negară, T. Grăjdianu, M. Palanciuc, Adelina Celac, Natalia Blaja-Lisnic, Felicia Lupașcu-Volentir, Gabriela Șoric, Olga Maniuc. The particularities of the opine results towards to a realty way of life and the factors thaw influence the state of health in a population of 80 yeas and more.

D. Tintiuc, T. Grăjdianu, Elena Stimpovschi, I. Pocaznoi, Olga Gagauz. Preparing nurses of high education a goal of our times.

M. Palanciuc, Elena Robu. Health problems of the children of school age.

Zina Cobâleanu, V. Catană, V. Talmaci, Șt. Mahovici. Health services quality in mandatory healthcare insurance in Republic of Moldova.

Galina Maistrenco, Zinaida Cobâleanu, Lili Morari, Lilia Damaschin. Child health – indicator of mass health.

Dorina Darii. Risk factors and protective factors for premature birth in Moldova.

Iulia Luca, T. Grăjdianu. Diabet mellitius – a problem of public health.

Tatiana Georghian, Gr. Bivol, Elena Grejdeanu Some theoretical vision of scientific researches in general medicine.

Iu. Malanciuc. Economic effectiveness and her influence on quality of medical services.

D. Tintiuc, Al. Lavric. Contemporary approach about self and remote postgraduate training in public health and management.

B. Golovin, O. Hîncu, Ludmila Topchin, M. Ciocanu. Methodology expressions in hospital planning and development.

L. Margine, Corina Vicol. Health situation of the participated persons at the abortions works of Cernobil catastrophe consequences.

D. Tintiuc, M. Ciobanu, Corina Vicol. An important objective for medical development in Republic of Moldova – the reform of hospital assistance.

- Elena Raevschi, M. Raevschi.** Căile de sistematizare ale managementului asistenței medicale pacienților cu nevi nevocelulari. **108** **Elena Raevschi, M. Raevschi.** Management systematization ways medical care provided for the nevocellular nevi patients.
- Elena Tintiuc.** Cadrele medicale în instituțiile stomatologice publice. **110** **Elena Tintiuc.** Medical staff in the stomatological public institutions.
- B. Golovin.** Consolidarea asistenței medicale geriatrice în Republica Moldova. **113** **B. Golovin.** Strengthening of geriatric health care in the Republic Moldova.
- Zina Cobâleanu, Galina Maistrenco.** Dinamica mortalității infantile în Republica Moldova. **117** **Zina Cobâleanu, Galina Maistrenco.** The dynamics of infant mortality rate of Republica Moldova.
- Carolina Cucu, Dorina Darii.** Ultrasonografia – metodă de elecție în aprecierea masei probabile a fătului. **123** **Carolina Cucu, Dorina Darii.** Ultrasonographic results – the method of determination of the estimated weight of fetuses.
- Irina Malanciuc.** Particularități ale fenomenului abandonului copilului de vârstă 0-7 ani în Republica Moldova. **127** **Irina Malanciuc.** The particularities of the abandoned phenomena of a child between 0-7 years in Republic of Moldova.
- Corina Vicol, L. Margine.** Analiza stării sănătății la externarea bolnavilor din spitalele raionale. **136** **Corina Vicol, L. Margine.** Analysis states of health patient from district hospitals.
- Mariana Florea, Loredana Mihaela Pășcan, Mohamed Ahmed Mohamed, Vlad Badan.** Maladiile cardiovasculare – cauza principală a decesului. **139** **Mariana Florea, Loredana Mihaela Pășcan, Mohamed Ahmed Mohamed, Vlad Badan.** Cardiovascular diseases – the main cause of death.
- B. Golovin, Dana Fărcășanu, G. Țurcanu, M. Ciocanu.** Evaluarea capacităților instituționale ale autorității decizionale din sistemul de sănătate și măsurile de eficientizare a lor. **141** **B. Golovin, Dana Fărcășanu, G. Țurcanu, M. Ciocanu.** Evaluation of institutional decision-making capacity in the health system and the measures to increase its efficiency.
- P. Ursu.** Accesul populației la servicii de sănătate în raport cu capacitatea de plată. **146** **P. Ursu.** Access of population to health services in relation to the ability to pay.
- И. Пустынский, А. Пачес, М. Кропотов, С. Ткачев, А. Ягубов, Г. Бажутова, С. Сланина.** Лечение больных раком кожи головы и шеи с использованием криохирургического и криолучевого методов. **150** **I. Pustynsky, A. Paches, M. Kropotov, S. Tcachev, A. Yagubov, G. Bazhutova, S. Slanina.** Treatment of patients with skin cancer of head and neck with cryosurgery and cryoradiation.
- A. Țibîrnă.** Elaborarea algoritmului de diagnostic al adenomului și cancerului incipient al glandei tiroide. **151** **A. Țibîrnă.** Diagnostic algorithm of adenoma and incipient cancer of thyroid gland.
- C. Ețco, Alina Ferdohleb, G. Damașcan.** Perceperea de către părinți a serviciului asistenței medicale primare prestată copiilor. **157** **C. Ețco, Alina Ferdohleb, G. Damașcan.** Parent's perception of primary medical care to perform for children.
- C. Ețco, Iuliana Fornea.** Monitorizarea eficientă a calității procesului de instruire în instituția de învățământ superior medical. **161** **C. Ețco, Iuliana Fornea.** The Effective monitoring of qualified educational process in the Medical University.
- К. Ецко, Наталья Зарбайлова, Елизавета Рябова, П. Манастырлы, Геннадий Дамашкан.** Некоторые аспекты менеджмента качества в семейной медицине. **165** **C. Ețco, Natalia Zarbailov, Elizaveta Riabova, P. Manastirli, G. Damașcan.** Some aspects of a quality management in the family medicine.
- Angela Ciobanu.** Gradul de conștientizare, cunoștințele și practicile mamelor din municipiul Chișinău privind suplimentele cu acid folic și fier. **173** **Angela Ciobanu.** Maternal awareness, knowledge and practice regarding folic acid and iron in Chisinau municipality.

INTEGRARE ÎN PROGRAMUL UNIUNII EUROPENE

M. Ciocanu, D. Tintiuc, B. Golovin. Aspecte conceptuale privind organizarea sistemului german de asigurare și management al calității asistenței medicale și direcțiile strategice de instituționalizare a modelului național.

INTEGRATION IN THE EUROPEAN UNION PROGRAMMES

179 **M. Ciocanu, D. Tintiuc, B. Golovin.** Conceptual aspects regarding the organization of the German system of healthcare quality assurance and management and strategic directions for institutionalizing a national model.

La Multi Ani



Crăciun Fericit!

SĂNĂTATE PUBLICĂ ȘI MANAGEMENT SANITAR

ASPECTE CONCEPTUALE PRIVIND ASIGURAREA ȘI MANAGEMENTUL CALITĂȚII ASISTENȚEI MEDICALE

Mihai Ciocanu, dr. hab. în medicină, **Tatiana Macarova**, dr. în medicină, **Mihai Rotaru**, dr. în medicină, **Constantin Ețco**, dr. hab. în medicină, prof. univ., **Boris Golovin**, competitor, **Oleg Barbă**, competitor, Centrul Național de Management în Sănătate, Catedra Economie, management și psihopedagogie în medicină

Introducere

Calitatea este unul dintre parametrii-cheie pentru funcționalitatea sistemului sănătății și condiția de bază pentru a spori încrederea populației în sistemul sănătății. Calitatea asistenței medicale a fost dintotdeauna în vizorul politicii de stat, al activității autorităților din sistemul sănătății și al instituțiilor medico-sanitare. Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 include obiectivul de îmbunătățire a calității serviciilor medicale și sporirea gradului de satisfacție a pacienților.

În ultimii ani, Ministerul Sănătății și-a intensificat activitatea în acest domeniu: a fost creat și instituit sistemul de acreditare a instituțiilor medicale; a fost organizată Direcția Managementul Calității și Standarde de Tratament în Ministerul Sănătății; au fost puse bazele procesului continuu de elaborare a protocoalelor clinice naționale, utilizându-se medicina bazată pe dovezi; s-a început implementarea lor prin elaborarea și implementarea protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru; în instituțiile medico-sanitare pilot sunt testate metodele și formele practice de activitate a noilor organe colegiale – Consiliile calității; sunt actualizate metodele de audit medical intern și extern; s-a început efectuarea sondajelor regulate privind gradul de satisfacție al pacienților, la scară națională și la inițiativa instituțiilor medico-sanitare; este introdus sistemul de achitare a serviciilor medicale din fondurile asigurărilor obligatorii în medicină, bazat pe evaluarea volumului calității; s-a inițiat crearea sistemului indicatorilor calității asistenței medicale și de stimulare a instituțiilor medicale în vederea atingerii calității. Aceste inițiative denotă faptul că, în prezent, a devenit clară necesitatea elaborării și implementării unui concept unitar al calității asistenței medicale, care ar defini viziunea statului și perspectivele, dar și ar reglementa și unifica într-un singur sistem diversele inițiative, mecanisme, procese și măsuri realizate în practică.

Conceptul cuprinde principii și prevederi de ordin strategic, care necesită abordări și decizii interinstituționale și interdepartamentale, atât la nivel național, cât și la nivel teritorial și instituțional. Respectarea principiilor și atingerea obiectivelor Conceptului necesită un sprijin multilateral și sistematic, concentrarea eforturilor la toate nivelurile puterii de stat, participarea deplină și consecventă a tuturor instituțiilor medico-sanitare, atragerea structurilor neguvernamentale, a asociațiilor obștești, societăților locale, precum și implicarea activă a populației. Programele și planurile naționale, teritoriale și instituționale cu privire la sănătate și asistența medicală trebuie să se alinieze la prevederile prezentului Concept. Conceptul a fost elaborat cu suportul Programului Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare. La elaborarea Conceptului au fost luate în considerare limitele obiective și cunoscute ale resurselor sistemului sănătății.

Scopul Conceptului este crearea unei baze normativ-metodologice pentru dezvoltarea strategică a sistemului calității asistenței medicale în Republica Moldova. Prezentul Concept se axează pe calitatea asistenței medicale ca obiectiv prioritar al politicii de stat, obiectiv al activității tuturor structurilor sistemului sănătății și domeniilor aferente și reprezintă unul dintre cele mai importante rezultate scontate. Conceptul definește valorile de bază, prioritățile, principiile, direcțiile strategice,

participanții și condițiile cheie, necesare pentru instituirea și dezvoltarea ulterioară a unui sistem de management, asigurare și îmbunătățire a calității asistenței medicale în Republica Moldova. Prezentul Concept servește ca bază pentru crearea unui sistem integral și eficient de management, asigurare și îmbunătățire a calității asistenței medicale, cu includerea tuturor componentelor sistemului sănătății, prin atragerea unui spectru larg de instituții și organizații, și prin implicarea activă a populației.

Prezentul Concept include următoarele **obiective de bază**:

1. Crearea bazei pentru elaborarea unui mecanism universal de „înțelegere” în domeniul calității asistenței medicale. Introducerea în circuitul normativ și profesional a principalelor noțiuni de calitate a asistenței medicale, asigurând astfel interpretarea lor universală și utilizarea în practică de către toți subiecții și participanții din sistemul sănătății.

2. Definirea principalelor probleme din sistemul calității asistenței medicale, la a căror soluționare trebuie să se lucreze în perioada prevăzută a Conceptului.

3. Stabilirea pe termen lung a valorilor și priorităților naționale în domeniul calității asistenței medicale.

4. Definirea principiilor și abordărilor principale, pe baza cărora trebuie să se asigure crearea unui sistem modern, funcțional și stabil de management, asigurare și îmbunătățire a calității asistenței medicale în Republica Moldova.

5. Definirea structurii sistemului calității, a subiecților și participanților, precum și conștientizarea rolului și responsabilităților părților interesate (instituțiilor de stat, organizațiilor de ocrotire a sănătății, organizațiilor neguvernamentale, populației) în sistemul de management, asigurare și îmbunătățire a calității asistenței medicale.

6. Definirea direcțiilor principale de perfecționare a sistemului calității asistenței medicale.

7. Definirea bazei conceptuale și a condițiilor necesare pentru atingerea unei îmbunătățiri semnificative a nivelului calității, inclusiv a gradului de satisfacere a pacienților.

8. Definirea necesităților normative și legislative pentru dezvoltarea sistemului calității asistenței medicale.

La baza Conceptului stau următoarele **principii**:

- Principiul axării pe pacient;
- Principiul obligativității aderării tuturor instituțiilor medico-sanitare la sistemul extern de management și asigurare a calității creării sistemului intern de management și asigurare a calității;
- Principiul responsabilității față de calitatea serviciilor medicale prestate;
- Principiul eliminării diferențelor nefondate în calitatea asistenței medicale;
- Principiul oferirii unui acces egal la asistența medicală de calitate pentru populația din toate teritoriile și categoriile;
- Principiul unificării terminologiei, abordărilor și metodelor pentru toți participanții la sistemul sănătății pe întreg teritoriul Republicii Moldova;
- Principiul fundamentării sociale, științifice și economice a prestării asistenței medicale conform cerințelor și recomandărilor medicinei bazate pe dovezi;
- Principiul cooperării tuturor părților interesate (instituțiilor de stat, organizațiilor din sistemul sănătății, ONG-urilor, populației) în problemele de îmbunătățire a calității asistenței medicale, în limitele rolului și competențelor lor în cadrul activității interdepartamentale;
- Principiul îmbunătățirii continue a sistemului de management, asigurare și îmbunătățire a calității asistenței medicale pe baza abordărilor integrate, procesuale și sistematice.

Caracterizarea situației

Diversele interpretări ale noțiunilor de calitate, ce decurg din multitudinea definițiilor calității existente în practica internațională, fac mai dificilă înțelegerea noțiunii în cercurile profesionale și în societate și împiedică elaborarea unor abordări unanim acceptate de dezvoltare a sistemului calității asistenței medicale. Este necesar să fie creată o bază terminologică națională în domeniul calității asistenței medicale, care să fie completată și actualizată în permanență.

Necesitatea de actualizare a viziunilor și abordărilor calității asistenței medicale este fundamentată în toate sistemele sănătății, dar există și motive, inclusiv în Republica Moldova.

Conform datelor OMS, problemele principale, pe care trebuie să le soluționeze sistemele de îmbunătățire a calității, sunt:

- Diferențele semnificative în acordarea serviciilor, practica medicală și rezultatele ei;
- Tehnologiile și/sau serviciile ineficiente, incorecte sau fără rezultate;
- Rezervele neutilizate de asigurare a siguranței în acordarea asistenței medicale;
- Pierderea de resurse din cauza nivelului scăzut al asistenței medicale;
- Gradul scăzut de satisfacție al consumatorilor (pacienților) de calitatea serviciilor medicale;
- Accesul inechitabil al populației la serviciile medicale;
- Formarea coziilor de așteptare pentru pacienți;
- Prețul inacceptabil al serviciilor pentru populație;
- Vătămările aduse pacienților din cauza nivelului scăzut al calității.

Există două argumente de bază, pentru a justifica atenția sporită acordată în prezent calității. În primul rând, chiar și în statele cu sisteme de sănătate bine dezvoltate, ce dispun de resurse suficiente, există dovezi clare, care plasează calitatea în centrul preocupărilor. În același timp, rezultatele dorite, chiar dacă se ating, sunt sub nivelul așteptărilor, iar standardele de prestare a asistenței medicale, în cadrul sistemului și între sistemele de sănătate, continuă să difere semnificativ. În al doilea rând, în țările în care sistemele sănătății necesită o optimizare a utilizării resurselor și creșterea nivelului de satisfacere a populației cu servicii medicale accesibile, procesele de îmbunătățire trebuie să se bazeze pe strategii ale calității bine gândite, pentru ca noile investiții să aibă un impact mai mare și rezultate mai bune. Mai mult, în ultimul timp se acordă o atenție sporită problemelor de calitate și pe alte piețe, în alte domenii și în alte grupuri profesionale, în timp ce practica de management al calității și tehnologiile de îmbunătățire a calității se dezvoltă și oferă informații pentru luarea unor decizii politice, de management și organizaționale eficiente. Urmărirea evoluției teoriei și practicilor în domeniul calității și utilizarea noilor informații permite elaborarea și implementarea reușită a programelor și calității în sistemul sănătății.

Există și probleme ale calității asistenței medicale specifice pentru Republica Moldova. Aceste probleme reprezintă motivul pentru care trebuie să se acorde o atenție sporită calității în sistemul sănătății, în special calității asistenței medicale, fiind necesară elaborarea unei viziuni la nivel de sistem și luarea unor decizii mai actuale și oportune. Prezentul Concept definește aceste relații între domeniile problematice din sistemul calității asistenței medicale și propune metodele și direcțiile de lucru în aceste domenii.

În domeniul mediului terminologic: în sistemul sănătății nu a fost creat un mediu terminologic unic în domeniul calității, întrucât lipsește un mecanism de înțelegere unic, care să definească diversele categorii și manifestări ale sistemului. Având în vedere multitudinea de interpretări ale termenilor și categoriilor principale din practica internațională, în Republica Moldova nu a fost elaborată încă o noțiune a calității asistenței medicale, unică pentru sistemul național de sănătate, nu au fost definite caracteristicile de bază, nu au fost identificate interconexiunile și delimitările noțiunilor de management al calității, asigurare a calității și îmbunătățire a calității. Prin urmare, termenii și categoriile principale necesită o definiție clară, pentru a asigura interpretarea lor universală, înțelegerea și utilizarea lor corectă.

În domeniul scopurilor, viziunii de sistem și elaborării programelor: deocamdată nu a fost elaborată o viziune clară a sistemului calității și a perspectivelor de dezvoltare și, din acest motiv, ideologia colectivă și individuală, psihologia și practica calității nu pot primi imboldul necesar pentru dezvoltare. Scopurile și sarcinile de îmbunătățire a calității nu sunt definite complet și destul de clar pe termen mediu și scurt și nu sunt elaborate planuri naționale de îmbunătățire complexă a calității. Din acest motiv, activitatea de îmbunătățire a calității este lipsită de o abordare complexă la nivel de sistem, precum și de participarea necesară. După cum se menționează în Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, calitatea scăzută a asistenței medicale este cauzată într-o măsură semnificativă atât de lipsa programelor, cât și de abordarea fragmentară a managementului calității. Activitatea de elaborare a elementelor separate ale sistemului calității se desfășoară adesea,

fără a se înțelege clar și a se asigura o legătură între elementele sistemului. Moldova dispune de experiență istorică și de o înțelegere a mecanismelor interne și externe de management și asigurare a calității, însă lipsește o abordare la nivel de sistem a modalității de elaborare și utilizare a lor.

În domeniul structurii organizatorice și instituționalizării sistemului calității: se subînțelege, dar deocamdată nu a fost creat un sistem unic cu mai multe niveluri de management, asigurare și îmbunătățire a calității. În primul rând, la o dezvoltare relativă la nivel național, nu este dezvoltat în mod egal nivelul teritorial de management, asigurare și îmbunătățire a calității și se observă diferențe neîntemeiate între principiile și spectrul activităților privind calitatea în cadrul instituțiilor medico-sanitare. În al doilea rând, deși există mai multe organizații și persoane responsabile de calitate, încă nu a fost creată o structură clară a sistemului calității asistenței medicale. Rolul și funcțiile, precum și competențele și responsabilitățile diverselor organe și persoane nu au fost definite clar în toate cazurile și nu există încă o intercorelare între ele. În plus, unele funcții au fost atribuite nesistematic și fragmentar, ceea ce poate să ducă la două extreme – o dublare nemotivată a funcțiilor sau lacune neacoperite de nici o funcție. Nu a fost atins nivelul necesar de coordonare și cooperare între aceste organizații și persoane responsabile, și doar administrarea tradițională mai permite instituirea unor legături între ele. Lipsesc mecanismele strict determinate și procedurile necesare de cooperare și schimb de informații, în legislație nu este prevăzut sistemul de finanțare a măsurilor de management, asigurare și îmbunătățire a calității.

Există și unele probleme legate de implicarea asociațiilor medicale profesionale și a asociațiilor prestatorilor de servicii medicale. Asociațiile medicale profesionale existente în prezent nu sunt implicate în procesele de elaborare a propunerilor de reglementare în sistemul sănătății și nu participă la procesul de negociere privind contractarea asistenței medicale populației asigurate. Asociațiile profesionale sunt foarte puțin orientate pe calitatea asistenței medicale și nu dispun de instrumente juridice sau alte instrumente reale de participare și influență asupra soluționării problemelor calității.

În domeniul asigurării calității: acreditarea, încă nu în toate cazurile constituie o condiție obligatorie la încheierea contractelor de prestare a asistenței medicale populației asigurate cu instituții acreditate. Lipsesc mecanismele eficiente privind obligativitatea acreditării instituțiilor medicale în termenii prestabiliți. Sistemul existent de reglementare a accesului la activitatea profesională medicală nu mai este actual. Problema principală este acordarea dreptului de a practica medicina doar pe baza diplomelor de absolvire a învățământului medical, acest drept fiind acordat practic pentru o perioadă nelimitată. În același timp, mecanismul curent de confirmare a competențelor și nivelului profesional prin atestare periodică este unul formal și cu o eficiență redusă, care nu constituie întotdeauna o dovadă a profesionalismului și care, prin urmare, nu permite într-o măsură suficientă sporirea competențelor. Pentru a soluționa aceste probleme, a apărut necesitatea de trecere la sistemul de licențiere a lucrătorilor medicali. O altă problemă este că practica de prestare a asistenței medicale nu corespunde în prezent cerințelor și recomandărilor medicinei bazate pe dovezi. La sfârșitul anului 2007 a fost inițiat procesul de elaborare sistematică a protocoalelor clinice (naționale, instituționale și ale locului de lucru) utilizând sursele informaționale ale medicinei bazate pe dovezi recunoscute pe plan internațional. Sunt necesare eforturi suplimentare pentru crearea potențialului și capacităților profesionale, în vederea elaborării protocoalelor și mecanismelor pentru implementarea lor. În țară, încă nu a fost instituit un sistem de evaluare a eficienței noilor tehnologii medicale, ceea ce duce, pe de o parte, la o argumentare proastă a deciziilor investiționale, iar pe de alta – la regresul bazei tehnico-materiale și a tehnologiilor la utilizarea în practică a medicinei bazate pe dovezi. Este necesar să se acorde o atenție sistematică a sarcinilor ce țin de siguranța acordării asistenței medicale, inclusiv implementarea standardelor moderne de siguranță și a tehnicilor lor de implementare.

Deocamdată nu au fost elaborate abordări generale și acceptabile ale măsurării, monitorizării și evaluării calității asistenței medicale. În absența unui sistem național unic al indicatorilor calității, monitorizarea indicatorilor nu este sistematică și nu se efectuează peste tot. Evaluarea structurii instituțiilor medico-sanitare se efectuează standardizat, în timpul acreditării lor. Însă evaluarea proceselor și rezultatelor în instituțiile medicale nu este unificată și reglementată. La nivel național se efectuează

periodic studii specifice în domeniul calității, însă concluziile și recomandările lor nu sunt implementate ulterior în practică. Depistarea și studierea problemelor se bazează în principal pe sistemul tradițional de analiză retrospectivă a rezultatelor nesatisfăcătoare și a reclamațiilor pacienților. Practica de analiză preliminară și curentă este insuficient dezvoltată, ca și sistemul de evaluare internă, inclusiv de autoevaluare, a calității în instituțiile medicale. Informația despre problemele calității este colectată fragmentar și este dispersată în diferite documente de raportare la nivel național și la nivel de instituții medico-sanitare. Analiza opiniei pacienților cu privire la calitatea asistenței medicale nu a fost sistematizată încă. Nu a fost creat un sistem de monitorizare a respectării drepturilor pacienților. În instituțiile medico-sanitare lipsește sistemul de documentare și raportare a riscurilor legate de prestarea asistenței medicale. Informațiile despre problemele calității nu sunt comprimate într-un singur document și nu sunt utilizate pentru elaborarea programelor naționale și a planurilor de îmbunătățire complexă a calității, ceea ce face activitatea, la nivelul organizațiilor concrete, mai puțin orientată pe calitate, mai puțin strategică și rezultativă.

În domeniul îmbunătățirii calității: metodele și tehnologiile de îmbunătățire a calității în instituțiile medico-sanitare nu corespund, în unele cazuri, practicii internaționale curente, nu sunt întotdeauna fundamentate științific și sunt slab unificate. Acest lucru se explică atât prin deficiențele sistemului de instruire în managementul calității, cât și prin lacunele din practica de management. În rândul factorilor de decizie din sistemul sănătății și a lucrătorilor medicali există opinia că îmbunătățirea calității este sarcina instituțiilor medico-sanitare cu rezultate nesatisfăcătoare, a conducerii și/sau lucrătorilor lor. Una dintre problemele tradiționale este neparticiparea multor lucrători la formularea și atingerea obiectivelor calității, acestea fiind lăsate pe seama personalului de conducere de diferite niveluri. Relevanța evaluărilor calității și posibilitatea de îmbunătățire continuă a calității nu sunt înțelese suficient. În instituții nu se practică discutarea problemelor calității și analiza profundă a cauzelor și consecințelor. Utilizarea metodelor învechite de administrare în locul managementului modern duce la menținerea practicii de trecere cu vederea a problemelor, la teama de a recunoaște erorile și de a discuta deschis deficiențele cu scopul de a identifica și evita cauzele lor.

În domeniul asigurării cu resurse a sistemului sănătății: pe de o parte, este necesar să se recunoască că opinia, conform căreia calitatea nesatisfăcătoare se explică, în primul rând, prin insuficiența resurselor, este eronată. Experiența practică demonstrează că multe tehnologii de asigurare și îmbunătățire a calității nu presupun cheltuieli suplimentare. Pe de altă parte, situația, când resursele se află sub nivelul limită necesar pentru desfășurarea normală a activității, este una defavorabilă pentru realizarea obiectivelor de calitate și obținerea rezultatelor scontate din procesele tehnologice și de management. Astfel, este necesar să se acorde o atenție sporită unor aspecte ale asigurării calității cum sunt: menținerea și dezvoltarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor medico-sanitare, repartizarea teritorială și numerică corectă a cadrelor, aprovizionarea la timp cu materiale și medicamente de calitate, asigurarea funcționării echipamentului. Printre problemele legate de asigurare cu resurse rămân nerespectarea de către instituțiile fondatoare a obligației de suportare a cheltuielilor pentru reparațiile capitale ale instituțiilor medico-sanitare; perfecționarea mecanismelor de restituire a cheltuielilor pentru serviciile medicale din mijloacele asigurării medicale obligatorii. La utilizarea resurselor și mijloacelor continuă să existe problema pierderilor directe cauzate de repartizarea neeficientă, nefondată sau incorectă a cadrelor și a capacităților.

În domeniul motivării pentru îmbunătățirea calității: precum se menționează în Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, calitatea scăzută a asistenței medicale se explică, în mare parte, prin dezvoltarea insuficientă a mecanismelor de motivare a instituțiilor medico-sanitare și lucrătorilor lor. Posibilitatea de încheiere a acordurilor, ca instrument de îmbunătățire a repartizării resurselor și de motivare a instituțiilor medico-sanitare, în scopul obținerii unor rezultate cât mai bune, continuă să rămână insuficient valorificată. În plus, sunt insuficient dezvoltați indicatorii evaluării activității pentru remunerarea instituțiilor medico-sanitare și lucrătorilor medicali pe baza rezultatelor atinse. În mod ideal, motivarea trebuie să devină o activitate zilnică, pentru a încuraja lucrătorul medical să facă ceva în interesul instituției, fără ca acest lucru să fie condiționat direct sau indirect de o remunerare din partea acesteia.

În domeniul dezvoltării profesionalismului în problemele calității: dezvoltarea sistemului de pregătire a cadrelor în problemele calității din sănătate se află abia la etapa inițială. Nu sunt suficiente resurse și potențial orientate și utilizate pentru formarea profesionalismului în domeniul teoriei și practicii calității în sistemul sănătății, și, în special, al calității asistenței medicale. Studenții de la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” și de la colegiile de medicină nu sunt instruiți practic în acest domeniu. Pentru factorii de decizie (conducătorii și administratorii) din sistemul sănătății se propun mai mult cursuri teoretice, care nu vorbesc despre realitățile dezvoltării sistemului calității cu inovațiile lui experimentale. Sunt necesare programe de instruire diversificate, axate pe formarea abilităților practice, ce utilizează metode de învățare și pregătire eficiente și utile pentru lucrătorii medicali de diferite niveluri. Cu toate că în practică sunt utilizate mecanisme și metode de expertiză și audit ale calității asistenței medicale, nu au fost definite încă statutul profesional și cerințele de calificare ale experților-auditori și nu a fost creat un sistem de pregătire a experților-auditori.

În domeniul implicării populației: participarea populației la păstrarea sănătății rămâne o problemă dificil de soluționat, iar mecanismele necesare pentru soluționarea ei au fost elaborate abia parțial și nu se utilizează pe deplin. Evident, aceste mecanisme nu presupun doar eforturi din partea sistemului sănătății. Participarea pacienților la formularea și soluționarea întrebărilor privind sănătatea, sistemul sănătății și calitatea asistenței medicale are un caracter mai degrabă declarativ decât practic. Lipsesc reguli clar instituite și mecanisme transparente de implicare a populației și asociațiilor pacienților în procesele de elaborare a politicilor și de stabilire a direcțiilor prioritare pentru dezvoltarea sistemului sănătății. Drepturile și obligațiile pacienților, prevăzute de legislație, nu dispun încă de mecanisme eficiente de realizare în practică. Formele de implicare a pacienților în evaluarea calității, elaborarea și aplicarea programelor de îmbunătățire a calității se limitează la momentul actual la examinarea reclamațiilor pacienților, iar prejudiciul adus sănătății pacienților, din cauza erorilor medicale și a nivelului nesatisfăcător al calității asistenței medicale, rămâne a fi neevaluat și necompensat. Practica nou instituită de sondaje regulate ale opiniei pacienților necesită o îmbunătățire a aspectelor organizatorice și metodologice, precum și interpretarea corectă și utilizarea rezultatelor obținute.

Ideologia, valorile, prioritățile și principiile naționale în domeniul calității

Ideologia națională a Republicii Moldova în domeniul calității asistenței medicale combină atât experiența istorică și abordările conceptuale actualizate, cât și experiența internațională contemporană și tendințele de dezvoltare a sistemelor de calitate în domeniul sănătății.

Valorile naționale ale Republicii Moldova în domeniul calității asistenței medicale constituie recunoașterea:

- calității asistenței medicale ca prioritate de stat;
- axării obligatorii pe consumatori (pacienți);
- continuității proceselor de îmbunătățire a calității;
- necesității abordărilor profesionale și bazate pe dovezi cu privire la îmbunătățirea calității și tehnologiilor;
- legăturii între atingerea calității și optimizarea repartizării și utilizării resurselor.

Republica Moldova a aderat la conceptul internațional al Organizației Mondiale a Sănătății, ce include:

- trecerea de la modelul axat pe maladie la modelul complex (holistic) – de la calitatea asistenței medicale la calitatea sistemului sănătății;
- atribuirea rolului de conducere și coordonare Ministerului Sănătății (și nu doar a rolului de reglementare);
- orientarea pe termen lung pe formarea unei culturi a calității (de la asigurarea calității la sporirea continuă a gradului calității);
- stabilirea priorităților privind sporirea calității (universalitate nouă) – mai bine mai puțin, decât mai mult.

Priorități în asigurarea și îmbunătățirea calității:

- dezvoltarea sistemului de stabilire a obiectivelor și planificare a calității;
- respectarea drepturilor și obligațiilor legitime ale pacienților și lucrătorilor medicali;
- asigurarea securității asistenței medicale și farmaceutice;
- asigurarea calității proceselor de tratament și diagnosticare prin aplicarea cerințelor medicinei bazate pe dovezi;
- crearea structurii și a sistemelor de îmbunătățire a calității asistenței medicale la toate nivelurile și de toate tipurile de asistență medicală;
- asigurarea accesibilității informației despre calitate pentru toți participanții și beneficiarii serviciilor medicale.

Abordări principale:

- promovarea culturii de asigurare și îmbunătățire a calității printre toți membri comunității profesionale, la toate etapele de pregătire a cadrelor pe parcursul activității practice;
- elaborarea regulată și implementarea documentelor și programelor naționale de asigurare și îmbunătățire a calității asistenței medicale;
- dezvoltarea unei structuri organizatorice a sistemului calității asistenței medicale, inclusiv crearea unor capacități suplimentare și a unui potențial la nivel național;
- instituționalizarea sistemelor de îmbunătățire a calității în toate instituțiile medico-sanitare; implicarea tuturor lucrătorilor medicali în activitatea direcționată spre sporirea calității, crearea Consiliilor calității în toate instituțiile medicale, precum și crearea diferitelor forme de colaborare și interacțiune la nivel teritorial;
- obligativitatea obținerii statutului de instituție acreditată pentru încheierea acordurilor de prestare a asistenței medicale cu Compania Națională de Asigurări în Medicină;
- asigurarea tuturor instituțiilor medicale cu protocoale clinice naționale aprobate;
- evaluarea sistematică a preparatelor farmaceutice, tehnologiilor medicale, materialelor și echipamentului pentru asigurarea eficienței, securității și calității asistenței medicale prin transformarea investițiilor și achizițiilor într-o prioritate;
- efectuarea regulată a sondajelor privind gradul de satisfacție a populației de calitatea asistenței medicale și utilizarea rezultatelor pentru elaborarea și realizarea programelor de îmbunătățire a calității, precum și întreprinderea acțiunilor direcționate spre eliminarea domeniilor problematice;
- utilizarea obligatorie a mecanismelor financiare și nefinanciare și a metodelor de stimulare a calității asistenței medicale;
- crearea unui sistem de obținere a cunoștințelor și experienței specializate în domeniul managementului, asigurării și îmbunătățirii calității asistenței medicale;
- evidențierea priorității de dezvoltare a sistemelor instituționale și instrumentelor de management, asigurare și îmbunătățire a calității asistenței medicale și asigurarea echilibrului între sistemele interne și externe ale calității;
- includerea asociațiilor medicale profesionale în procesul de asigurare și îmbunătățire a calității asistenței medicale;
- implicarea populației în acțiunile de păstrare a sănătății, în colaborare la beneficierea de asistență medicală, în procesul de evaluare a calității și în acțiunile de îmbunătățire a calității.

Introducerea noțiunilor noi ale calității în sistemul sănătății

Definirea noțiunii de „calitate” nu este tocmai ușoară. Nu există o definiție unică, unanim acceptată de toate sistemele sănătății, populație și lucrători medicali. Fiecare țară elaborează propriile noțiuni sau le acceptă pe cele deja existente. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, calitatea în sistemul sănătății este definită ca nivelul de realizare a obiectivelor substanțiale de îmbunătățire a calității și satisfacerea așteptărilor îndreptățite ale populației. Concepția actuală introduce în sistemul național al sănătății următoarele noțiuni de bază în domeniul calității asistenței medicale:

Calitate (noțiune generală) – totalitatea însușirilor și particularităților produsului sau ale serviciului, care definesc capacitatea acestuia de a satisface cerințele și necesitățile stabilite și preconizate și demonstrează această capacitate.

Asistență medicală – activitate direcționată spre păstrarea, întărirea și restabilirea sănătății oamenilor, ce include profilaxia, diagnosticarea, tratamentul, reabilitarea medicală și protezarea, efectuată de lucrători cu pregătire profesională, care dispun de acest drept, în conformitate cu legislația în vigoare. În același timp, *serviciul medical* constituie un element identificat al asistenței medicale.

Calitatea asistenței medicale – totalitatea caracteristicilor (proprietăților) asistenței medicale, care sporesc probabilitatea obținerii unor rezultate favorabile pentru sănătatea omului și demonstrează corespunderea ei cu cerințele de sănătate, nivelul contemporan al științei și tehnologiile medicale și așteptările beneficiarilor. Caracteristicile calității asistenței medicale includ: caracterul adecvat, temeinicia, accesibilitatea, succesiunea și continuitatea, eficiența, caracterul rezultativ, siguranța, oportunitatea, eficacitatea, axarea pe pacient, comoditatea, capacitatea de a satisface așteptările și necesitățile populației.

Sistemul calității – componenta sistemului de management, care combină structura organizatorică, metodicele, procesele și resursele necesare pentru administrarea generală a calității și atingerea ei. Sistemul calității poate fi creat atât la nivel național, cât și la nivel de instituție. Dimensiunea sistemului calității trebuie să corespundă cu scopurile și domeniul de activitate a calității. Sistemul calității reunește sistemele de gestionare, asigurare și îmbunătățire a calității.

Politica în domeniul calității – direcțiile și obiectivele de bază în domeniul calității ale sistemului sau organizației, formulate oficial de conducerea superioară. Politica în domeniul calității reprezintă elementul politicii generale și se aprobă de conducerea superioară a sistemului sau a organizației.

Managementul general al calității (managementul administrativ al calității) – aspectele funcției generale de management, care determină politica calității, obiectivele și responsabilitatea, și le realizează cu ajutorul următoarelor mijloace: planificarea calității, managementul calității, asigurarea și îmbunătățirea calității în cadrul sistemului sănătății. Responsabilitățile ce țin de administrarea generală a calității există la toate nivelurile de administrare, ele urmând să fie dirijate de conducerea superioară. Toți membrii organizației trebuie să participe la managementul calității.

Managementul calității – componentă a funcțiilor de management, care determină și realizează politica în domeniul calității. La nivelul sistemului sănătății, acest proces reprezintă totalitatea acțiunilor coordonate ale diferitelor structuri instituționale, precum și procesul de stabilire a obiectivelor și sarcinilor și îndeplinirea lor, inclusiv elaborarea, planificarea, realizarea, monitorizarea și evaluarea gradului de implementare a programelor calității. La nivelul organizației, managementul calității reprezintă metodele și tipurile de activitate cu caracter operativ, utilizate pentru îndeplinirea cerințelor de calitate și direcționate atât spre gestionarea proceselor, cât și spre înlăturarea cauzelor calității nesatisfăcătoare. Unele acțiuni de asigurare și management al calității sunt interdependente.

Asigurarea calității – sistemul care asigură că lucrătorii, instituțiile și organizațiile medicale dispun de capacitatea, resursele și metodele necesare pentru acordarea asistenței medicale, care corespunde cunoștințelor profesionale contemporane și așteptărilor beneficiarilor. Toate acestea constituie tipurile de acțiuni planificate și desfășurate sistematic în cadrul sistemului calității, precum și tipurile de acțiuni confirmate (dacă este cazul), necesare pentru sporirea certitudinii că obiectul va îndeplini cerințele de calitate. Există obiective interne și externe de asigurare a calității: a) asigurarea internă a calității – în cadrul instituției, asigurarea calității formează încrederea conducerii organizației; b) asigurarea externă a calității – în cazul încheierii contractelor și alte situații, asigurarea calității formează încrederea beneficiarilor, organizațiilor finanțatoare sau altor persoane. Unele acțiuni de asigurare și management al calității sunt interdependente. Dacă cerințele față de calitate nu reflectă complet necesitățile beneficiarilor, asigurarea calității nu poate inspira suficientă încredere.

Îmbunătățirea calității – este procesul de atingere a unui nou nivel de calitate a asistenței medicale, care depășește nivelurile anterioare ale calității. Acesta este sistemul de reacționare imediată la informația care vine de la sistemul de asigurare a calității, prin introducerea schimbărilor necesare și include acțiunile întreprinse în interiorul organizației, în scopul sporirii eficienței și rezultatelor activității și proceselor de obținere a avantajelor atât pentru organizație, cât și pentru beneficiarii ei.

Managementul total al calității – abordare a managementului organizației axată pe calitate, bazată pe participarea tuturor membrilor săi și direcționată spre atingerea succesului durabil, prin satisfacerea cerințelor beneficiarilor și obținerea avantajelor pentru membrii organizației și societate. „Toți membrii” înseamnă personalul din toate unitățile, de la toate nivelurile structurii organizaționale. Administrarea eficientă a conducerii, instruirea și pregătirea tuturor membrilor organizației reprezintă un moment esențial pentru realizarea abordării respective. În cazul gestionării totale a calității, conceptul calității se referă la realizarea tuturor obiectivelor de gestionare. „Avantajele pentru populație” presupun îndeplinirea cerințelor populației.

Ghidul calității – document care prezintă politica calității și descrie sistemul calității organizației. Manualul calității poate cuprinde toată activitatea organizației sau doar o parte din ea. Denumirea și sfera acțiunii unui anumit manual reflectă sfera aplicării lui. Manualul calității deseori face referință la politica calității, include prevederi ce țin de responsabilitatea, împuternicirile și interacțiunile personalului, care implementează manualul, efectuează, verifică și analizează activitatea ce influențează calitatea; metodicele sistemului calității și instrucțiunile, prevederile de reexaminare și corectare a manualului. Mărimea și forma manualului calității variază în funcție de necesitățile organizației. Manualul poate cuprinde câteva documente. În dependență de menirea manualului, acesta se poate numi „manualul de asigurare a calității” sau „manualul de management administrativ al calității”.

Programul calității – document ce determină obiectivele și sarcinile în domeniul calității și reglementează măsurile concrete, consecutivitatea acțiunilor, resursele și participanții. Programul calității poate fi elaborat la nivel național, teritorial sau instituțional. În dependență de menirea programului, el se poate numi „programul de asigurare a calității”, „programul de management administrativ al calității”, „programul de îmbunătățire a calității”. Programul poate fi elaborat pe diferite perioade de activitate, pe termen lung sau anuale.

Asistență medicală calitativă – este asistența eficientă, acordată la timp, într-un mod accesibil și corect din punct de vedere tehnologic și inofensiv pentru pacienți, cu utilizarea optimă a resurselor, care corespunde așteptărilor pacienților.

Cerințele față de structura sistemului calității asistenței medicale

Sistemul calității asistenței medicale este compus din trei sisteme interdependente, care se completează și se susțin reciproc:

- sistemul managementului calității;
- sistemul asigurării calității asistenței medicale;
- sistemul îmbunătățirii calității.

Structura organizațională a sistemului calității asistenței medicale se dezvoltă permanent și trebuie să fie flexibilă, pregătită pentru orice schimbări adecvate.

Sistemul calității asistenței medicale reprezintă sistemul participării și responsabilității multilaterale și la diferite niveluri. Pot fi identificate trei niveluri ale sistemului calității asistenței medicale:

- 1) național (republican);
- 2) teritorial;
- 3) nivelul instituției medicale.

Fiecare nivel al sistemului este extrem de important și trebuie să dețină potențialul, suportul necesar și să beneficieze de condiții pentru dezvoltare. Este necesară crearea unor mecanisme eficiente de acțiuni coordonate și de colaborare, dar și de circulația, schimbul și utilizarea informației între aceste niveluri de bază ale sistemului calității și subiecții săi.

Nivelul național include: Ministerul Sănătății, Consiliul coordonator-consultativ pe lângă Direcția de Management al Calității și Standarde de Tratament a Ministerului Sănătății, Centrul Național de Management în Sănătate, instituții medicale de nivel republican: Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate, Centrul Național de Sănătate Publică, Agenția Medicamentului, Compania Națională de Asigurări în Medicină, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Școala de Sănătate Publică, asociațiile medicale profesionale, asociațiile consumatorilor, diferite grupuri tematice create la nivel național pentru soluționarea problemelor calității (*figura 1*). Trebuie să fie prevăzută instituirea unor structuri, care să asigure noi funcții de licențiere a activității

profesionale a lucrătorilor medicali și farmaceutici; apărarea drepturilor pacientului și compensarea vătămărilor.

Nivelul național al sistemului calității asigură existența și dezvoltarea sistemului la nivel național. Elaborarea politicii, strategiei și programelor de implementare a acestora, precum și coordonarea problemelor de asigurare, management și îmbunătățire a calității la nivel național este realizată de către Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, prin intermediul Direcției Managementul Calității și Standarde de Tratamente.

La stabilirea problemelor calității, este necesar să se definească clar cum vor fi soluționate acestea, prin ce măsuri convenite, la care niveluri și de care participanți ai sistemului calității, precum și dacă există vreun nivel și (sau) participant anumit cu rol de lider pentru soluționarea problemei respective.

Ministerul Sănătății are sarcina de a efectua evaluarea periodică a rolului și funcțiilor tuturor subiecților și participanților sistemului calității la nivel național, pentru a identifica necesitățile de perfecționare a structurii organizaționale și pentru instituționalizarea ulterioară a funcțiilor necesare. În baza acestei evaluări, Ministerul Sănătății trebuie să inițieze crearea și (sau) reorganizarea agențiilor, instituțiilor, centrelor și altor organizații sau direcții din cadrul acestor organizații pentru a le atribui funcții concrete și resursele necesare, în vederea soluționării problemelor în domeniul calității. Ministerul Sănătății trebuie să examineze necesitatea creării Consiliului Consultativ Național pe problema calității asistenței medicale ca mecanism principal la nivel național, ce ar include reprezentanții tuturor părților interesate, implicate în luarea deciziilor comune în domeniul calității asistenței medicale, precum și oportunitatea creării unei structuri independente, care s-ar ocupa de soluționarea unui șir de chestiuni ce țin de asigurarea și îmbunătățirea calității la nivel național.

Asociațiile medicale profesionale și ale instituțiilor medicale trebuie să fie înregistrate juridic. Aceste asociații trebuie să dispună de organe executive funcționale și surse stabile de finanțare regulată. Ele trebuie să aibă dreptul de participare în procesele de elaborare a propunerilor privind reglementarea în sistemul sănătății și coordonarea contractelor de prestare a asistenței medicale populației asigurate. Funcțiile asociațiilor trebuie să includă aspectele legate de participare și impact asupra soluționării problemelor calității. Ministerul Sănătății și organizațiile de profil de nivel național trebuie să elaboreze mecanisme de implicare a asociațiilor în implementarea programelor calității.

Pe măsura evoluției sistemului de elaborare și implementare a programului de ramură al calității trebuie să determine contribuția părților și asistența care va fi oferită pentru realizarea ei. Participanții și organizațiile pot fi incluse în componența comitetelor sau centrelor aparte, create în cadrul ministerului sau în afara lui, pentru acordarea sprijinului și supravegherea programului.

Nivelul teritorial include: direcțiile de sănătate teritoriale (Direcția Sănătății a Consiliului Municipal Chișinău; Secția Sănătății a Primăriei Municipiului Bălți; Direcția Sănătății și Protecției Sociale a Populației UTA Găgăuzia); conducătorii Centrelor Medicilor de Familie; conducătorii spitalelor municipale și raionale; șefii secțiilor teritoriale de urgență; centrele municipale și raionale de sănătate publică; agențiile teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină; asociațiile teritoriale ale consumatorilor.

La nivel teritorial sunt create Consiliile calității asistenței medicale, care întrunesc reprezentanții tuturor instituțiilor medico-sanitare de profil și alte organizații din teritoriul dat, inclusiv populația. Aceste Consilii urmează să se ocupe cu elaborarea complexă, planificarea, realizarea, implementarea și monitorizarea programelor calității asistenței medicale. Una dintre funcțiile cele mai importante ale Consiliilor este acordarea suportului în asigurarea caracterului continuu al asistenței medicale, care trebuie să țină de responsabilitatea directă a instituțiilor medico-sanitare ce încheie contracte cu Compania Națională de Asigurări în Medicină. Se presupune că Consiliile teritoriale vor fi create după crearea celor la nivel de instituție.

Nivelul instituțional include: conducătorul (medicul-șef) instituției medico-sanitare, medicii-șefi adjuncți, șefii secțiilor și serviciilor și întreg personalul, precum și pacienții și familiile lor.

Consiliul Calității din instituția medico-sanitară trebuie să devină o structură nouă la acest nivel,

inclusiv structurile lui subordonate, comitetele, grupurile tematice, dar și pacienții care beneficiază de serviciile medicale sau reprezentanții lor. Consiliile calității instituțiilor medicale trebuie create ca organe colective, care coordonează absolut toate funcțiile și activitățile din domeniul asigurării și îmbunătățirii asistenței medicale. Activitățile din domeniul calității reprezintă responsabilitatea și sarcina fiecărui angajat al instituției medico-sanitare. Consiliile calității devin mecanisme de implicare a personalului instituțiilor medico-sanitare, ce coordonează activitățile în domeniul calității și asigură un schimb eficient al informației și circulația acesteia în domeniul calității. Instituțiile mai mari iau decizii privind crearea structurilor necesare privind calitatea la nivel de departamente și secții medicale. Este necesar să se elaboreze și să se implementeze mecanisme de interacțiune între Consiliile calității din instituții, în primul rând între cele care prestează servicii populației din același teritoriu. Activitatea Consiliilor Calității trebuie analizată și studiată.

Sistemele, mecanismele și procesele, dar și organizațiile aferente acestora, din exteriorul instituției medicale, sunt considerate externe instituțiilor date și formează așa-zisele sisteme externe de management, asigurare și îmbunătățire a calității. Sistemele, mecanismele și procesele din cadrul instituțiilor medico-sanitare se numesc interne.

Este necesar să se introducă o normă legislativă referitor la aderarea obligatorie a tuturor instituțiilor medico-sanitare la sistemul extern de management și asigurare a calității, dar și referitor la crearea unor sisteme interne de management, asigurare și îmbunătățire a calității în toate instituțiile medico-sanitare din țară.

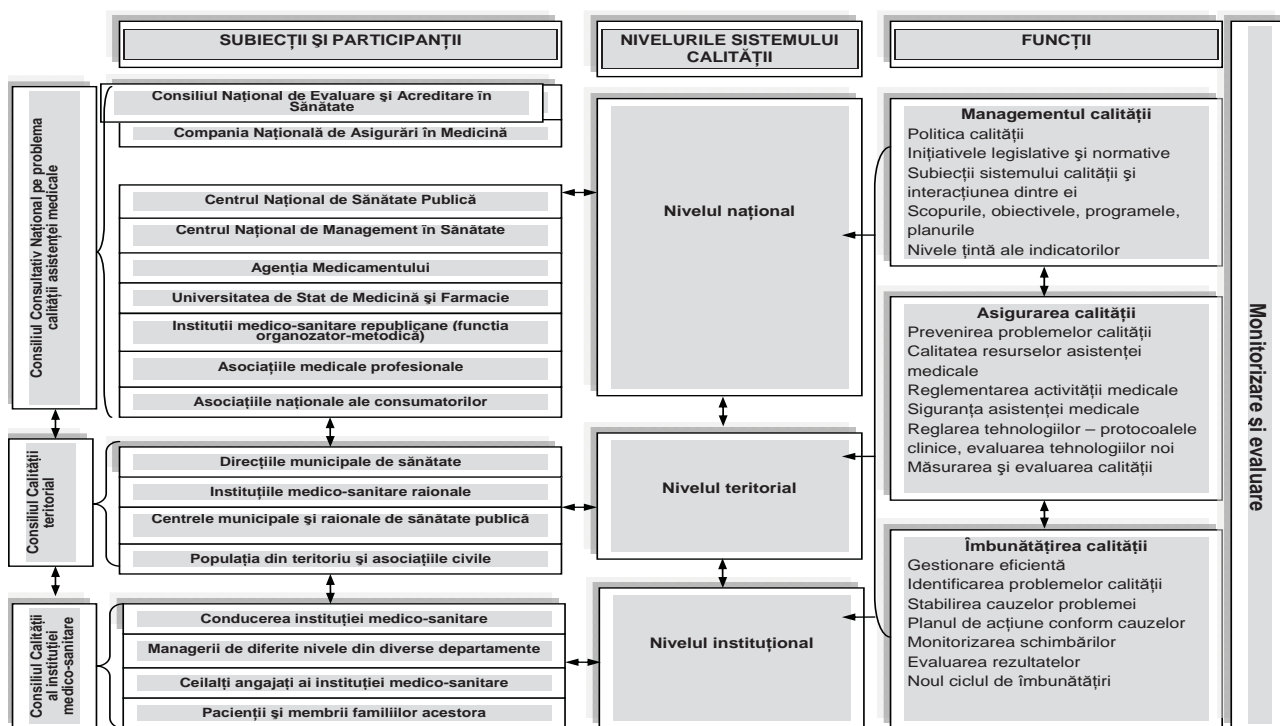


Figura 1. Diagrama generală a sistemului calității asistenței medicale în Republica Moldova

Direcțiile de bază în domeniul scopurilor, abordării sistemice și a elaborării de programe

Ministerul Sănătății trebuie să introducă în practică elaborarea și adoptarea unui program specific și complex al calității. Programul de ramură trebuie să prezinte o schemă logică concretă, ce indică clar scopurile, obiectivele, membrii, rezultatele scontate, resursele, indicatorii de monitorizare și evaluare. Programul trebuie să fie elaborat pe baza priorităților stabilite, el urmând să se desfășoare pe o durată de până la cinci ani, cu concretizarea anuală a scopurilor, obiectivelor și resurselor și utilizarea unui principiu similar cu planificarea financiară pe termen mediu. Acolo unde va fi cazul, programul trebuie să conțină specificări pentru un anumit teritoriu, pentru fiecare nivel și tip de instituție medico-sanitară. Programul este elaborat pe baza principiilor moderne de elaborare a programelor de dezvoltare, cu stabilirea obligatorie a indicilor de realizare a obiectivelor la toate nivelurile rezultatelor

scontate, a condițiilor și riscurilor sau limitelor existente în calea realizării lor. Ministerul Sănătății trebuie să elaboreze și să aprobe în mod obligatoriu planurile anuale și pe termen mediu (pe cinci ani) de realizare a programului pe domenii. Supravegherea îndeplinirii programului pe domenii este responsabilitatea Direcției de management al calității și standarde medicale a MS sau a unui comitet (grup) special creat în acest scop. Monitorizarea și evaluarea realizării programului pe domenii este responsabilitatea Centrului Național de Management în Sănătate. Ministerul Sănătății împreună cu alți participanți din sistemul calității asistenței medicale elaborează Regulamentul programului calității pe domenii și decide modul de elaborare, realizare, control și supraveghere, monitorizare și evaluare a programului.

Este necesar ca scopurile și obiectivele naționale să se împartă în sub-obiective pentru nivelurile inferioare. Pe baza programului de ramură aprobat, fiecare instituție medico-sanitară trebuie să elaboreze programul propriu de realizare a scopurilor naționale și să-l completeze cu obiective specifice pentru organizația sau colectivul respectiv. Obiectivele programului de ramură, dar și rezultatele cercetărilor, monitorizării și evaluării calității în teritoriu și în instituții (având în vedere toate sursele interne și externe posibile) stau la baza elaborării programelor instituționale ale calității. Pe măsura creării Consiliilor teritoriale ale calității, una dintre funcții devine elaborarea și supravegherea îndeplinirii programelor teritoriale. Elaborarea și realizarea programelor instituționale ale calității devine o obligație a activității fiecărei instituții. Este important să fie instituită responsabilitatea administrativă și financiară directă a conducătorilor instituțiilor pentru respectarea acestei cerințe, care trebuie să devină un standard de acreditare a fiecărei instituții și va fi luată în considerare de Comisia Națională de Asigurări în Medicină, prin metode de achitare pentru asistența medicală acordată și în contractele încheiate cu instituțiile medico-sanitare.

Realizarea programului ramural trebuie monitorizată în permanență la nivel național și evaluată periodic pentru a stabili progresul înregistrat, dar și dificultățile întâlnite la realizarea scopurilor propuse. Realizarea programelor instituționale trebuie să fie monitorizată de instituții și supusă unei evaluări externe periodice, prin aderarea obligatorie la sistemul de management și asigurare externă a calității.

În domeniul asigurării calității

Asigurarea calității trebuie să se realizeze concomitent în patru direcții interdependente și intercorelate:

- asigurarea calității resurselor medicale;
- asigurarea securității modului de acordare a asistenței medicale;
- asigurarea calității tehnice sau tehnologice;
- asigurarea calității interacțiunilor interpersonale.

Pentru asigurarea calității structurii și a resurselor este necesară concentrarea efortului asupra celor patru tipuri de resurse: personalul, fondurile de bază (clădirile, construcțiile, echipamentul); preparatele farmaceutice și materialele medicale; informația. Calitatea resurselor trebuie să fie asigurată și controlată.

Instituțiile de învățământ medical sunt responsabile de formarea specialiștilor bine pregătiți, iar conducătorii instituțiilor medicale trebuie să creeze condiții pentru aplicarea cunoștințelor teoretice și practice. Pregătirea și realizarea programelor și a planurilor de îmbunătățire a sistemului de instruire a specialiștilor trebuie să se realizeze în strânsă legătură cu realizarea programului pe domenii al calității asistenței medicale.

Este necesară revizuirea sistemului de acces la activitatea profesională medicală și farmaceutică. De asemenea, trebuie implementată licențierea individuală în calitate de mecanism nou de asigurare a calității resurselor de personal, mecanism apreciat pozitiv în practica mondială. Este necesară crearea bazei normativ-legale a sistemului de licențiere profesională și confirmarea periodică a licențelor individuale. Înainte de angajare, medicii trebuie verificați minuțios pentru a decide, în ce măsură vor face față la îndeplinirea obligațiilor atribuite, se va aplica și sistemul de evaluare a profesionalismului și competenței lor. Trebuie elaborate cerințe pentru examenele profesionale periodice și creat registrul național al medicilor licențiați. Este important să se excludă din registru (temporar sau permanent)

medicii împotriva cărora au fost depuse reclamații și/sau se află într-un proces de judecată. Trebuie să se elaboreze noi cerințe, atât față de instruirea profesională periodică, cât și față de perfecționare în cazurile când nu s-a obținut (nu s-a aprobat) licența sau există probleme în privința competenței, identificate prin alte metode.

Cerințele privind asigurarea tehnico-materială a serviciilor și secțiilor de asistență medicală trebuie revizuite și reînnoite cu regularitate. O atenție deosebită trebuie să se acorde realizării obiectivului de îndeplinire a cerințelor stipulate în protocoalele clinice naționale în privința bazei tehnico-materiale și asigurării cu medicamente.

Ministerul Sănătății, în colaborare cu Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate, trebuie să creeze și să actualizeze permanent baza de date cu privire la starea tehnică a clădirilor, construcțiilor și a echipamentului; exploatarea și gradul de solicitare al instituțiilor, și le va cere fondatorilor și conducerii instituțiilor medico-sanitare, după caz, să asigure instituția cu resurse tehnico-materiale conform standardelor actuale. Este necesară introducerea sistemului de control de stat pentru a asigura respectarea acestor standarde, de asemenea trebuie introduse norme corespunzătoare ale legislației civile și introducerea mecanismului de răspundere personală a conducătorilor instituțiilor fondatoare și a conducătorilor instituțiilor medico-sanitare, pentru neîndeplinirea acestor obiective în timp util și în mod corespunzător.

Acreditarea instituțiilor medico-sanitare servește drept mecanism de confirmare a calității resurselor lor. Este necesară crearea unui mecanism eficient de acreditare *obligatorie* a instituțiilor medico-sanitare în calitate de garant al unui anumit nivel de calitate, în care pot avea încredere pacienții respectivei instituții medico-sanitare. Rezultatele acreditării, precum și problemele identificate trebuie făcute publice, pentru ca această informație să fie accesibilă întregii comunități medicale și populației în ansamblu. Standardele de acreditare a instituțiilor trebuie și ele să fie evaluate și actualizate periodic, promovând astfel implementarea standardelor Organizației Internaționale de Standardizare (ISO) în activitatea practică.

Sistemul de înregistrare, selectare și achiziție a medicamentelor și materialelor eficiente trebuie îmbunătățit. Ministerul Sănătății și Agenția Medicamentului din Republica Moldova trebuie să creeze un sistem de selectare și procurări strategice, în conformitate cu necesitățile specifice ale instituțiilor medico-sanitare. Păstrarea, eliberarea și utilizarea medicamentelor și consumabilelor trebuie să corespundă cerințelor internaționale.

Este necesară crearea unei structuri, care să fie responsabilă de evaluarea eficienței noilor tehnologii medicale. Trebuie dezvoltat în continuare sistemul de evaluare preliminară a medicamentelor, metodelor și tehnologiilor de diagnosticare și tratament, fără a permite investiții economice și tehnologice nefondate, inclusiv instalarea echipamentului costisitor, indiferent de sursele de finanțare a noilor achiziții. Această evaluare trebuie să fie obligatorie pentru luarea deciziilor privind caracterul rațional al investițiilor și al achiziției unor tehnologii noi și costisitoare, privind distribuirea lor rațională în instituțiile medico-sanitare din țară.

Informația reprezintă o componentă importantă pentru asigurarea calității. Cadrele medicale trebuie să fie asigurate cu date clinice veridice, cu sisteme informaționale de colectare, analiză și păstrare a datelor, cu acces la rețeaua globală de internet. Este necesar de a crea locuri de lucru automatizate, care vor permite utilizarea eficientă a informației pentru luarea deciziilor clinice și organizaționale, precum și formarea bazelor de date medicale pentru analize etc. Informația privind cerințele față de calitate și rezultatele atinse, cu nivelul de detaliere respectiv, trebuie operativ aduse la cunoștința lucrătorilor medicali și utilizate eficient de către aceștia. Cheltuielile pentru resursele informaționale trebuie să fie prevăzute în planurile de finanțare a fiecărei instituții medico-sanitare și se vor lua în considerare în procesul de calculare a costului serviciilor medicale.

Asigurarea securității modului de acordare a asistenței medicale. Problemele ce țin de securitatea pacienților și personalului medical trebuie integrate în mod direct în sistemul de asigurare a calității asistenței medicale. O ideologie generală trebuie să devină prevenirea riscurilor în procesul de acordare a asistenței medicale și nu doar depășirea lor rezultativă. Un obiectiv important îl constituie

asigurarea schimbului complet și oportun de informații și existența legăturii între toate componentele sistemului de acordare a asistenței medicale în vederea sporirii securității acordării asistenței medicale.

Este necesar să se lucreze în domeniul perfecționării sistemului de asigurare a securității asistenței medicale prin implementarea standardelor de securitate și a noilor tehnologii moderne de realizare a lor, monitorizarea complicațiilor și altor riscuri, înregistrarea erorilor medicale, instruirea sistematică și consecventă a personalului și a pacienților. Republica Moldova susține pe deplin și aprobă Strategia europeană privind securitatea pacienților. Trebuie discutat aspectul aderării la Alianța Internațională pentru îmbunătățirea situației în domeniul securității pacienților. Este necesar să se continue activitatea concentrată pe implementarea tehnologiilor moderne în profilaxia infecțiilor nosocomiale, pe utilizarea sigură a preparatelor medicamentoase și a echipamentului medical modern.

Asigurarea calității tehnice sau tehnologice implică utilizarea realizărilor științei medicale și a tehnologiilor medicale eficiente în domeniul asistenței medicale. Mijlocul principal de asigurare a calității în această direcție este implementarea în practica medicală a protocoalelor clinice demonstrative. Protocoalele clinice naționale sunt similare ghidurilor practice, elaborate și utilizate în alte țări ale lumii. Protocoalele clinice trebuie elaborate pentru maladiile și sindroamele prioritare; ele se vor revizui periodic pentru actualizare și concretizare. Ministerul Sănătății stabilește metode unice și utilizează tehnologii standardizate de stabilire a priorităților de elaborare, aprobare și implementare a protocoalelor clinice naționale, dar și tehnologii de elaborare și implementare a protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locurilor de lucru. Trebuie stabilit și implementat sistemul de monitorizare internă și externă a utilizării protocoalelor clinice pentru analiza gradului de conformitate a practicii medicale cu cerințele protocoalelor clinice. În afară de monitorizarea gradului de conformitate, se pot utiliza metode de control al elementelor procesuale, în care e mai probabilă existența erorilor sau a defecțiunilor. După confirmarea utilității elaborării și aplicării standardelor medicale, acestea trebuie să fie elaborate pe baza protocoalelor clinice naționale. Toate standardele tehnologice trebuie aprobate de Ministerul Sănătății și implementate în practică în calitate de norme obligatorii și/sau recomandări. În același timp, instituțiile medico-sanitare trebuie să instituie ca normă obligatorie colectarea propriilor dovezi privind rezultatul și eficiența economică a tehnologiilor de diagnosticare, tratament și asistență medicală, elaborate în baza protocoalelor medicale.

Asigurarea calității interacțiunilor interpersonale între pacient și medic trebuie să fie inclusă în cerințele de asigurare a calității asistenței medicale. Personalul care activează în instituțiile medico-sanitare trebuie să dispună de instruirea profesională corespunzătoare, condiții de lucru și materiale de suport, care permit asigurarea unor relații psihologice confortabile, de respect, încredere și atenție cu pacienții și membrii familiilor acestora, precum și luarea deciziilor de comun acord. În calitate de acțiune suplimentară, este indicată introducerea unor servicii, care ar ajuta la diminuarea stresului medicilor și al pacienților. Este necesară identificarea factorilor care influențează crearea condițiilor pentru dezvoltarea interacțiunilor interpersonale de calitate între pacienți și cadrele medicale atât la nivel național, cât și la nivel de instituție. Acești factori trebuie incluși în crearea programului de calitate pentru îmbunătățirea activităților în această direcție. Ambele părți implicate în interacțiune trebuie să primească mecanisme și instrumente pentru evaluarea situației din acest domeniu.

În domeniul măsurării, evaluării, expertizării și controlului calității

Calitatea optimă a serviciilor se asigură prin măsurarea și evaluarea lor constantă prin intermediul unor metode adecvate și sigure. În toate instituțiile medico-sanitare, la nivelul teritorial și național al sistemului calității trebuie creat un sistem de măsurare și evaluare a calității, care va corespunde obiectivelor și scopurilor programului de ramură de calitate respectiv.

Este necesar să se stabilească ce anume trebuie evaluat, de cine, când și prin ce metode. Se vor evalua elementele-cheie ale calității, cum ar fi gradul de satisfacere a necesităților pacienților; gradul de corespundere la realizările tehnice moderne; caracterul rațional al utilizării resurselor; gradul de actualitate și siguranță al diagnosticării și tratamentului; nivelul recuperării funcționale a pacienților. Pentru stabilirea nivelului calității este necesară utilizarea indicilor de calitate, recunoscuți în practica mondială și anume referitor la: a) resurse (structură), b) procese și c) rezultate (ieșiri).

În cadrul procesului de măsurare și evaluare a calității trebuie să se utilizeze astfel de metode ca: monitorizarea indicatorilor de calitate (supravegherea sistematică a variabilelor selectate anterior); auditul medical și expertiza calității (analiza selectivă, evaluarea cazurilor de rutină și a celor deosebite, a funcțiilor și condițiilor, evaluarea și identificarea legăturilor cauză-rezultat între rezultatele concrete ale calității și factorilor ei); evaluarea gradului de satisfacție a pacienților; autoevaluarea personalului. Este necesară înțelegerea malpraxis-ului medical și rezolvarea problemelor legate de evidența erorilor medicale în cadrul instituțiilor medico-sanitare.

Măsurarea calității trebuie să se bazeze, în primul rând, pe sistemul indicatorilor naționali ai calității, aprobați de Ministerul Sănătății în modul stabilit, ca și componente ale sistemului de management și asigurare externă a calității. Indicatorii calității trebuie selectați în baza abordărilor recunoscute pe plan mondial și se vor evalua periodic din punct de vedere al caracterului lor practic și al gradului de utilitate. Trebuie stabilit un sistem anual de aprobare a listei de indicatori, iar cei din anul precedent vor fi concretizați și actualizați. Pentru a asigura caracterul comparabil al datelor diverselor instituții și grupuri de populație, este necesară dezvoltarea metodologiei de colectare și analiză a datelor conform indicatorilor și luarea în calcul a severității stării pacienților. Sistemul de indicatori ai calității asistenței medicale trebuie susținut de un sistem informațional corespunzător. Rezultatele analizei anuale a indicatorilor calității trebuie să fie disponibile într-o formă sau alta pentru toți participanții sistemului calității: organizațiile din sistemul sănătății la nivel național și teritorial, instituțiile medico-sanitare și populația.

Indicatorii naționali ai calității nu trebuie să fie priviți de instituțiile medico-sanitare doar ca obiective pentru prezentarea datelor sau rapoartelor. Instituțiile medico-sanitare trebuie să contribuie la dezagregarea indicatorilor naționali în indicatori instituționali. Pentru aceasta, instituțiile analizează cauzele pentru fiecare indicator național și elaborează programe și planuri de activitate, destinate realizării acestor indicatori. Pentru aceasta, instituțiile vor trebui să evalueze resursele proprii, procesele și rezultatele care duc la atingerea țintelor pentru fiecare indicator național al calității.

În afară de indicatorii calității, se mai utilizează metode de analiză și evaluare a cazurilor tratate și a celor deosebite, în primul rând, a rezultatelor nesatisfăcătoare. Analiza și evaluarea calității trebuie prezentate de sistemul intern și extern. O direcție prioritară, în acest sens, este dezvoltarea sistemelor interne de măsurare și evaluare a calității, a căror creare devine obiectivul practic al Consiliilor calității din cadrul instituțiilor medico-sanitare. Ministerul Sănătății și organizațiile științifico-practice de nivel național trebuie să elaboreze metodologia și tehnologia de evaluare și analiză a calității asistenței medicale și să ofere suportul necesar tuturor instituțiilor medico-sanitare pentru crearea și dezvoltarea sistemelor interne și perfecționarea practicii de analiză și evaluare a calității asistenței medicale.

O direcție deosebită este expertizarea calității asistenței medicale. Este necesară stabilirea participanților la acest proces și etapele lui, crearea unor instrumente universale pentru metodele de expertizare și pentru evaluarea expertizată. Consolidarea acestor funcții este de asemenea legată de necesitatea stabilirii statutului expertului în calitate și creării sistemului de instruire (perfecționare) și atestare profesională a experților în calitatea asistenței medicale.

Printre metodele obligatorii de măsurare a calității, un element important este desfășurarea sondajelor naționale pentru a afla opinia pacienților despre asistența medicală (inclusiv modulul calității). Este necesară desfășurarea sondajelor privind gradul de satisfacție al pacienților, organizate la inițiativa și cu eforturile instituțiilor medico-sanitare.

Conducătorii instituțiilor medicale trebuie să creeze sisteme interne de control al calității, care vor fi părți integrante ale sistemului de management, inclusiv autoevaluarea cadrelor medicale. Este necesară dezvoltarea formelor preliminare și curente de control, care vor face posibilă prevenirea problemelor legate de calitate.

O altă direcție este evaluarea procesului și a rezultatelor măsurilor de asigurare și de îmbunătățire a calității, ca parte componentă a funcției de management a acestor programe în cadrul instituțiilor medico-sanitare. În același timp, se vor analiza regulat procesele și condițiile de asigurare a calității asistenței medicale, de ex. analiza achiziției, păstrării și eliberării medicamentelor și altor materiale;

analiza metodelor de control asupra infecțiilor și altor metode de asigurare a siguranței pacienților; evaluarea condițiilor din instituția medico-sanitară (pentru pacienți și cadrele medicale); evaluarea motivației personalului etc.

Activitățile de măsurare și evaluare trebuie să se bazeze pe planificarea acestei activități la toate nivelurile sistemului calității. Trebuie elaborate și implementate planuri de colectare, analiză și prezentare a datelor pentru indicatorii calității. Trebuie planificate activități de audit medical intern și extern. De asemenea, trebuie elaborate și perfecționate tehnologii informaționale pentru măsurarea și evaluarea calității asistenței medicale, inclusiv mecanisme de asigurare a calității datelor colectate și obiectivitatea analizei lor.

O condiție obligatorie pentru desfășurarea măsurărilor, analizei și evaluării calității este utilizarea acestei informații la luarea deciziilor de ordin politic, organizațional și de management, inclusiv pentru elaborarea programelor calității pentru fiecare domeniu în parte.

În domeniul conceptului și tehnologiei de îmbunătățire a calității

Membrii sistemului calității asistenței medicale trebuie să respecte conceptele și tehnologiile moderne din domeniul îmbunătățirii calității, recunoscute pe plan internațional. Membrii sistemului calității trebuie să cunoască și să înțeleagă conceptele de bază, inclusiv conceptele și principiile de îmbunătățire constantă a calității și să le implementeze în practică. La toate nivelurile sistemului calității trebuie să se creeze condițiile necesare pentru realizarea unor astfel de concepte și tehnologii.

Obiectivul de bază constă în elaborarea unor sisteme ale calității interne, complete și eficiente în fiecare instituție medico-sanitară a țării. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare trebuie să facă astfel, încât asigurarea și îmbunătățirea calității să devină procese care pot fi administrate în practică. Ministerul Sănătății urmează să adapteze standardele calității Organizației Internaționale de Standardizare (ISO) la scopurile și obiectivele sistemului de sănătate și a modului în care acesta este organizat în Republica Moldova și să înceapă să le implementeze în activitatea practică. Fiecare instituție trebuie să dețină și să aplice Manualul calității, elaborat pe baza recomandărilor metodologice și a manualului-model, elaborat de Ministerul Sănătății cu participarea altor instituții din sistemul sănătății.

Cu toții recunoaștem, că problemele de calitate sunt legate în peste 90% din cazuri de managementul organizației. Asigurarea și îmbunătățirea calității trebuie să reprezinte însăși ideologia procesului de conducere. În fiecare instituție medico-sanitară trebuie creat un sistem intern de management al calității, unde obiectivele activității și resursele necesare vor fi clar formulate, la fel și modul de realizare a obiectivelor, iar informația va fi asigurată adecvat.

Îmbunătățirea continuă a calității în calitate de principiu esențial al managementului modern trebuie să stea la baza activității conducătorului fiecărei instituții medico-sanitare. Este necesară implementarea ideologiei și a metodelor de management total al calității ca o abordare de management al organizației, bazată pe participarea tuturor membrilor și direcționată spre atingerea succesului pe termen lung, prin intermediul satisfacerii cerințelor clientului și realizării unor beneficii pentru membrii organizației și pentru populație.

În cadrul activității lor, instituțiile medico-sanitare trebuie să utilizeze următoarele principii de bază de management, asigurare și îmbunătățire a calității:

- Axarea pe consumator: serviciile medicale trebuie organizate în așa fel, încât să satisfacă necesitățile și așteptările consumatorilor și ale societății.

- Calitățile de lider ale conducătorului: anume conducătorii asigură unitatea obiectivului și a direcțiilor de activitate ale organizației.

- Abordarea sistemică: gestionarea proceselor interdependente ca pe un sistem unic. Cadrele medicale trebuie să cunoască și să înțeleagă sistemul de acordare a asistenței medicale, precum și procesele de bază ale acestuia pentru a putea să le perfecționeze. Ele trebuie să înțeleagă, de asemenea, și logica transformării resurselor în procese și rezultate și să elaboreze programe de acțiuni în baza lor.

- Metodologia științifică: pentru a stabili dacă schimbările efectuate au dus la îmbunătățirile necesare, ele trebuie verificate. Pentru analiza proceselor, stabilirea problemelor și clarificarea dacă modificarea a dus la o îmbunătățire a situației, se vor utiliza date și dovezi primite în baza analizei acestor date.

- Abordarea procesuală: acesta este principiul esențial al managementului. Esența lui constă în faptul că rezultatul dorit este atins într-un mod mai eficient atunci, când activitatea și resursele corespunzătoare sunt administrate la fel ca și procesele. Procesul trebuie înțeles ca ansamblul activităților interdependente și intercorelate care reorganizează intrările și ieșirile. Procesele de bază trebuie să fie prezentate în formă de algoritmi și instrucțiuni scrise.

- Implicarea angajaților și lucrul în echipă: îmbunătățirea calității reușește atunci, când se aplică abordarea în echipă pentru rezolvarea problemelor și implicarea fiecăruia în procesul de îmbunătățire a calității.

- Îmbunătățirea constantă a activității organizației: acesta este scopul pe care organizația trebuie să-l urmărească în permanență. Ideologia îmbunătățirii permanente presupune revizuirea stereotipurilor din activitate, iar pentru aceasta este necesară aplicarea unei analize minuțioase a metodelor existente în ceea ce privește eficiența lor în atingerea obiectivelor în domeniul calității. Apariția oricărui defect generează activități urgente de corectare. Defectele serviciilor medicale sunt interpretate ca defecte ale sistemului.

- Luarea deciziilor în baza faptelor și a dovezilor: deciziile eficiente se bazează pe analiza datelor și a informațiilor. Conducerea trebuie să demonstreze neapărat, că deciziile se iau în baza unor fapte și dovezi. Este foarte important să se creeze o atmosferă prietenoasă în colectiv, în care nimeni nu va ascunde informații și nu se va teme că va fi pedepsit pentru erorile comise.

Conducătorii instituțiilor medico-sanitare trebuie să înțeleagă foarte bine așteptările și opinia consumatorului (pacientului); trebuie să posede o abordare sistematizată și metode statistice de analiză; să cunoască punctul de vedere al colectivului; să organizeze o trecere treptată de la controlul prin inspecție la autocontrolul în colectiv.

Îmbunătățirea calității trebuie să se efectueze după logica cunoscutului ciclu Shewhart-Deming, care include planificarea: identificarea și analiza problemei; evaluarea posibilităților și planificarea modificărilor necesare; realizarea modificărilor: efectuarea activităților planificate și măsurarea rezultatului obținut; studierea: evaluarea rezultatelor și concluziile; și activitățile ulterioare: luarea deciziei pe baza concluziilor obținute; dacă modificarea nu a soluționat problema existentă, ciclul se va repeta, incluzându-se corecturile necesare în plan.

Este necesar să se treacă la o abordare procesuală a îmbunătățirii calității, prin promovarea activității permanente în echipă, prin colectarea și analiza datelor și monitorizare pentru introducerea îmbunătățirilor în procesele cheie. Toate procesele de bază trebuie să fie descrise și puse la dispoziția personalului medical pentru a fi respectate. În tehnologia de îmbunătățire a calității trebuie introduse metode de analiză a cauzei principale a problemei respective. După identificarea cauzei care duce la apariția problemei, se pot înainta și testa ipotezele posibile, care explică cauzele problemei. Ulterior, problema va fi soluționată în baza ipotezei, care a obținut mai multe dovezi de legătură causală cu problema.

Instituțiile medico-sanitare sunt obligate să-și desfășoare activitatea, în conformitate cu programele de calitate a asistenței medicale, care reprezintă de fapt programe de management și dezvoltare internă și care presupun participarea tuturor secțiilor și personalului instituției. Realizarea programelor de calitate trebuie să se efectueze în baza planurilor care se vor monitoriza și evalua. Sistemul de întrebare-răspuns la nivel național, ministerial și altor organizații trebuie să funcționeze foarte bine în vederea asigurării suportului metodologic și organizațional pentru realizarea programelor și planurilor de calitate și pentru schimbul de experiență.

Instituțiile medico-sanitare trebuie să elaboreze și să utilizeze Manualul privind calitatea – document care prezintă politica în domeniul calității și care descrie sistemul calității dintr-o instituție. Ministerul Sănătății, împreună cu instituțiile de profil de nivel național, trebuie să elaboreze cerințele care vor fi introduse în Manualul-tip privind calitatea în instituția medico-sanitară, dar și modelele și instrucțiunile-tip, care ar putea fi adaptate de către fiecare instituție medico-sanitară în parte (Transferat de la capitolul de asigurare a calității).

În domeniul asigurării cu resurse

La fiecare nivel de luare a deciziilor privind finanțarea și gestionarea resurselor se va lua decizia de asigurare a conformității între resursele existente și cheltuielile pentru realizarea obligațiilor. Se va exclude din practică asumarea obligațiilor care nu sunt susținute cu resurse. Costul programului unic

anual de prestare a asistenței medicale conform asigurării medicale obligatorii (AMO) trebuie contrapus pronosticului de colectare a contribuțiilor și a plăților pentru AMO și doar varianta echilibrată trebuie prezentată Guvernului pentru aprobare.

O cerință obligatorie față de organizațiile finanțatoare, și anume față de Compania Națională de Asigurări în Medicină și instituțiile fondatoare, este ca acestea să-și îndeplinească obligațiile. Trebuie elaborate și implementate mecanisme de asumare a responsabilității, inclusiv administrative, a conducătorilor pentru neîndeplinirea acestor obligații. În același timp, conducătorii trebuie să susțină inițiativele instituțiilor pe care le conduc cu privire la căutarea surselor financiare suplimentare și să contribuie la organizarea activităților pentru mobilizarea resurselor suplimentare.

Una dintre direcțiile cele mai importante de asigurare cu resurse rămâne a fi gestionarea eficientă a resurselor existente și planificarea rațională a cheltuielilor. Este important să se continue eforturile de restructurare a sistemului de prestare a serviciilor medicale în vederea optimizării acestuia. În funcțiile de conducători, trebuie să fie numiți și aleși profesioniști cu calități manageriale, care au o activitate eficientă și care promovează planificarea rațională și eficientă a cheltuielilor ca normă de comportament al fiecărui lucrător medical. Este necesară reducerea pierderilor directe din cauza angajării incorecte sau supra-angajării cadrelor medicale.

Programele specializate ale calității trebuie planificate, ținând cont de resursele necesare pentru realizarea lor. Aceste programe și activitățile pe care le presupun trebuie să dispună de o bază economică necesară care se va evalua nu doar conform cheltuielilor prognozate, ci după utilizarea metodelor de evaluare economică. Evaluările economice vor permite calcularea preliminară a rezultatului cheltuielilor ca beneficiu sau efect obținut și astfel se va alege varianta optimă a programului și respectiv realizarea ei.

Este important să se țină cont de faptul, că multe tehnologii de asigurare și îmbunătățire a calității nu implică nici o cheltuială suplimentară, ci doar reformarea proceselor de lucru. Pentru atingerea unui nivel bun al calității este necesară să fie introdusă cerința ca orice lucru să fie îndeplinit calitativ. În ceea ce privește schimbul de experiență, Ministerul Sănătății, de comun acord cu Centrul Național de Management în Sănătate trebuie să elaboreze și să actualizeze periodic registrul activităților și inițiativelor necostisitoare menite să asigure și să îmbunătățească calitatea și să distribuie această informație în instituțiile medico-sanitare.

Implementarea protocoalelor clinice naționale care utilizează date ale medicinei bazate pe dovezi presupune trecerea la un sistem nou de planificare a resurselor și achizițiilor în ceea ce privește echipamentul, inventarul materialelor, preparatele farmaceutice etc. Cerințele privind resursele stabilite în secțiunea respectivă a protocoalelor clinice naționale pentru anumite nivele concrete de acordare a asistenței medicale vor fi utilizate la elaborarea planurilor de achiziție și reutilizare a instituțiilor medico-sanitare. Ministerul Sănătății, Compania Națională de Asigurări în Medicină și instituțiile fondatoare trebuie să primească din timp aceste planuri și solicitări de la instituțiile medico-sanitare, cel puțin o dată pe an, iar conducătorii instituțiilor trebuie să respecte aceste planuri-solicitări pentru elaborarea și menținerea priorităților în privința achizițiilor.

În domeniul motivării pentru îmbunătățirea calității

Instituțiile medico-sanitare trebuie să fie motivate pentru a realiza și îmbunătăți calitatea asistenței medicale. În acest sens, este nevoie de stabilirea unor obiective concrete, condiții de lucru adecvate, respectarea calității, prestigiul unui lucru de calitate, respect și reacție pozitivă din partea pacienților, alți factori și condiții care formează motivarea angajaților și a colectivelor.

Deși motivația depinde în mare măsură de cultura managementului și a producerii, formarea și susținerea motivației angajaților presupune utilizarea stimulentei de ordin moral și financiar. În afară de planificarea numărului necesar de angajați, de evidența și analiză a gradului lor de utilitate, sistemul de management al resurselor umane în instituțiile medico-sanitare trebuie să includă următoarele: îmbunătățirea condițiilor de lucru și asigurarea condițiilor de siguranță la locul de muncă, crearea unui program sistematic și just de compensații pentru activitate, acordarea posibilităților pentru perfecționare profesională continuă, planificarea dezvoltării carierei etc.

Este necesară elaborarea și implementarea mecanismelor eficiente de selectare a cadrelor și de angajare pe bază de concurs. Deciziile cu privire la avansarea în funcție trebuie să fie luate de conducătorul instituției medico-sanitare pe baza unor criterii obiective, transparente și evaluabile. Unul dintre criteriile obligatorii pentru avansarea profesională a cadrelor medicale trebuie să fie respectarea normelor etice și profesionale, stabilite prin Codul de etică (deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic.

Ministerul Sănătății trebuie să îmbunătățească permanent mecanismele speciale de stimulare morală și financiară a cadrelor medicale, care activează în zonele rurale și, mai ales, a celor din zonele îndepărtate, inclusiv mecanismele de atragere și menținere în serviciu.

Sistemul de plată în sistemul medical conform contractelor între Compania Națională de Asigurări în Medicină și instituțiile medico-sanitare trebuie să prevadă stimuli financiari, care țin cont în mod direct de activitatea de îmbunătățire a calității și rezultatele atinse ale calității acordării asistenței medicale. Acest contract trebuie să includă instrucțiuni obligatorii pentru desfășurarea activităților de asigurare și îmbunătățire a calității și prezentarea dovezilor concrete de funcționare a sistemului intern al calității. Instrumentul esențial al sistemului de stimulente financiare trebuie să fie reprezentat de sistemul de indicatori ai calității, indicatori care sunt selectați anual de Ministerul Sănătății și de Compania Națională de Asigurări în Medicină, în vederea acordării stimulentei financiare.

Ministerul Sănătății, în colaborare cu asociațiile medicale profesionale și organizațiile publice, trebuie să elaboreze un sistem național de stimulente morale pentru atingerea și îmbunătățirea calității, sistem care include diverse forme de recunoaștere a profesionalismului, cum ar fi conferirea titlurilor onorifice și a mențiunilor instituțiilor medico-sanitare și angajaților; organizarea concursurilor profesionale, selectarea instituțiilor și a cadrelor medicale pentru oferirea unor posibilități deosebite, cum ar fi primele pentru nivelul profesional atins. Regulile de stimulare morală trebuie să fie transparente și să garanteze obiectivitatea deciziilor luate.

Cu suportul metodologic al Ministerului Sănătății, conducătorii instituțiilor medico-sanitare sunt obligați să elaboreze sisteme interne de stimulare a calității, prin utilizarea unor metode de ordin moral și financiar. Stimulentele financiare în interiorul instituțiilor medicale se realizează din cont propriu, al statului și din surse private. Contractele individuale de muncă și instrucțiunile de serviciu ale angajaților trebuie să se axeze în mod clar pe calitate, drepturile și obligațiile în domeniul realizării calității, precum și pe mecanismele de motivare și stimulare a lucrului calitativ.

Centrul Național de Management în Sănătate trebuie să desfășoare cercetări periodice pentru identificarea factorilor care influențează motivația instituțiilor și a cadrelor medicale, precum și să evalueze eficiența mecanismelor de motivare și stimulare care au fost utilizate, după care să studieze în detaliu succesele anumitor instituții medico-sanitare. Sistemul de motivație și stimulare trebuie să fie actualizat și îmbunătățit în mod constant pe baza concluziilor studiilor de evaluare.

În domeniul creșterii profesionalismului și a potențialului în domeniul calității

Pentru formarea profesionalismului în problemele ce țin de calitatea asistenței medicale, este necesară crearea unui sistem eficient de instruire a cadrelor medicale, pregătire tematică și schimb de experiență în domeniul calității. Acest sistem trebuie să fie capabil să încadreze întreg spectrul de cunoștințe, abilități și funcții, dar și toate grupurile de angajați din domeniul sănătății, care trebuie instruiți în acest domeniu. Pe de o parte, aderarea la ideologia calității și psihologia calității trebuie să se producă încă în timpul studenției, pe de altă parte este necesară pregătirea specialiștilor, capabili să lucreze competent în problemele de calitate în practică.

Printre persoanele instruite se vor regăsi atât studenți, cât și specialiști angajați în activitatea practică din diverse domenii: angajații Ministerului Sănătății și ai altor organizații de nivel național, factorii de decizie din sistemul sănătății, membrii Consiliilor calității, alți angajați din medicina practică.

Elaborarea, aprobarea și implementarea planurilor și programelor de studiu privind calitatea trebuie să se efectueze prin cooperarea coordonată între Ministerul Sănătății, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Școala de Sănătate Publică și colegiile de medicină. Este necesară elaborarea diverselor programe, inclusiv în calitate de module în componența unor programe mai generale de management sau discipline clinice, cât și a cursurilor separate, tematice.

Cerințele de bază pentru studiu trebuie să fie următoarele: a) dezvoltarea cunoștințelor și abilităților practice; b) instruirea utilizării metodelor moderne de gestionare și analiză; c) atragerea lucrătorilor în calitate de formatori și a instituțiilor în calitate de obiecte de studiu și schimb de experiență; d) orientarea obligatorie a instruirii conform problemelor reale ale calității, procesele și inovațiile în sistemul calității sistemului național al sănătății.

Este necesar să se utilizeze cunoștințe practice, abilități și metode moderne, eficiente, interactive, creative. Revizuirea planurilor și programelor de învățământ trebuie să fie un proces regulat, care se bazează pe dezvoltarea a însuși sistemului calității, conform solicitărilor și propunerilor venite din partea instituțiilor medico-sanitare și a altor organizații din domeniul sănătății și pe evaluările, opiniile și recomandările de la persoanele care au fost instruite.

O direcție deosebită este pregătirea experților-auditori pentru sistemul intern și extern de evaluare a calității asistenței medicale. Ministerul Sănătății, împreună cu alte organizații de nivel național, trebuie să stabilească calificarea și funcțiile expertului-auditor, inclusiv cerințele față de instruirea sa profesională și confirmarea calificării. Acordarea unei calificări expertului-auditor în calitate trebuie să se realizeze ca urmare a rezultatelor pregătirii profesionale și a testării cunoștințelor și aptitudinilor. O asemenea pregătire trebuie să fie obligatorie pentru experții care realizează auditul medical și expertiza calității.

Este necesar să se lucreze asupra creării condițiilor și a unui sistem de autoinstruire a personalului la locurile de muncă. În instituțiile medico-sanitare trebuie să se pregătească săli de studiu și centre de resurse, unde angajații vor putea primi materialele necesare și lucra cu ele, și vor putea exersa anumite aptitudini.

Instruirea în domeniul calității trebuie să reprezinte o parte organică a programelor pe domenii ale calității, dar trebuie să fie și obiectul monitorizării orientat pe rezultate și evaluări ale acestor programe.

În domeniul implicării populației

Populația este partenerul de bază al instituțiilor medico-sanitare în procesul de îmbunătățire a calității asistenței medicale. Pentru a îndeplini acest rol, cetățenii Republicii Moldova trebuie să fie informați la timp și în măsură completă despre regulile de acces la serviciile medicale, despre drepturile și obligațiile lor în domeniul ocrotirii sănătății și beneficierii de asistență medicală, dar și despre toate modificările, care țin de aceste reguli și norme.

Pacienții trebuie să aibă o posibilitate reală de comunicare deschisă cu cadrele medicale, comunicare bazată pe principiile respectului necesităților și intereselor pacientului și pe înțelegerea reciprocă. În același timp se vor discuta detaliat alternativele de diagnosticare și tratament, dar și obligațiile pacientului de a respecta recomandările medicului. Respectarea cerințelor de confidențialitate a informației medicale trebuie să reprezinte o metodă importantă a unei comunicări bazate pe încredere dintre pacient și medic.

Este necesar să se implementeze și să se extindă formele de comunicare cu pacienții pentru a primi de la aceștia reacții în timp util, dar și propuneri referitoare la diverse aspecte ale calității asistenței medicale și a activității instituției medico-sanitare în ansamblul ei. Efectuarea sondajelor cu întrebări concrete, cutiile pentru colectarea propunerilor, telefonul de încredere, focus-grupuri și alte metode de colectare a informației de la populație, trebuie să devină o normă în activitatea instituțiilor medico-sanitare, dar și a altor factori din sistemul calității asistenței medicale.

În ceea ce privește lucrul cu reclamațiile pacienților ca instrument de reacție la opiniile lor, este necesară nu doar selectarea reclamațiilor primite, dar și studierea periodică a proceselor de depunere a acestor reclamații; îmbunătățirea metodelor de colectare a reclamațiilor și propunerilor de la pacienți; studierea și îmbunătățirea proceselor și rezultatelor lucrului cu aceste reclamații; studierea și înlăturarea barierelor și a dificultăților cu care se confruntă pacienții. Direcția generală de perfecționare a acestui lucru cu populația trebuie să fie simplificarea procedurilor și diversificarea formelor de comunicare cu pacienții care au reclamații și propuneri.

Printre măsurile de pregătire și desfășurare a campaniilor informaționale și educative despre stilul de viață sănătos, drepturile, obligațiile și colaborarea cu cadrele medicale, este necesar să se

organizeze accesul populației la informație prin plasarea materialelor informative pe pagina web a Ministerului Sănătății, utilizarea materialelor video și audio în instituțiile medico-sanitare.

Un rol important îi revine colaborării cu mijloacele de informare în masă. Pentru ca acestea să înțeleagă mai bine aspectele discutate, Ministerul Sănătății trebuie să organizeze în mod periodic seminare pentru jurnaliști, unde vor fi explicate și clarificate aspectele necesare, ce urmează să fie promovate în rândul populației.

Este necesară implicarea reprezentanților populației locale în activitățile de îmbunătățire a calității în instituțiile medico-sanitare. Acest lucru este posibil prin desemnarea lor ca membri ai Consiliilor calității sau implicarea lor în alte activități din domeniul calității. De asemenea, este necesară activizarea lucrului organizațiilor publice și a asociațiilor consumatorilor, care utilizează forme de implicare a populației locale în soluționarea problemelor din domeniul social, inclusiv din cel al sănătății.

Atât cadrele medicale, cât și pacienții trebuie instruiți să cultive o comunicare bazată pe încredere și respect reciproc: elaborarea și implementarea formelor adecvate și a metodelor eficiente ale acestei pregătiri trebuie desemnată catedrelor corespunzătoare de la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, colegiilor de medicină și cadrelor medicale care au fost instruite în acest domeniu.

Implementarea instrumentelor de evaluare a personalului și a populației pentru promovarea comunicării și cooperării reciproce trebuie să devină o normă. Este necesar să se desfășoare în mod periodic sondaje, focus-grupuri și autoevaluări cu privire la aceste aspecte în instituțiile medico-sanitare. Departamentele corespunzătoare și organizațiile din cadrul Ministerului Sănătății trebuie să studieze eficiența campaniilor de informare și altor metode de diseminare a informației pentru populație și pacienți.

Etapele realizării Conceptului

Etapa I (2009-2014) – Crearea condițiilor de bază pentru asigurarea eficientă și îmbunătățirea continuă a calității asistenței medicale.

Este bine să se înceapă cu formarea bazei organizaționale, normative, legale și metodice a activității subiecților calității asistenței medicale. La această etapă trebuie să se evalueze subiecții existenți ai sistemului calității, și anume funcțiile lor și cooperarea reciprocă. Se va elabora și prezenta pentru aprobare baza legală necesară pentru stabilirea și delimitarea funcțiilor și responsabilităților tuturor subiecților sistemului calității la nivel național, pentru excluderea dublării și omiterii unor funcții, dar și pentru implementarea noilor funcții și obiective, propuse în acest Concept. Vor fi propuse inițiative legislative și variante normative pentru actualizarea și extinderea bazei normative a sistemului calității în privința personalului, instrumentelor, funcțiilor și a resurselor.

Se vor desfășura lucrări de sprijin normativ și metodic a colaborării reciproce între subiecții sistemului calității și a monitorizării acestei colaborări. La această etapă este necesar să se adopte Legea cu privire la compensarea prejudiciilor aduse sănătății pacienților, lege care să propună mecanisme și instrumente atât de protecție a drepturilor pacienților, cât și de îmbunătățire a calității asistenței medicale.

De asemenea, la această etapă trebuie stabilite sursele activității financiare în domeniul calității pentru diferiți subiecți ai sistemului calității la toate nivelurile.

Trebuie actualizate standardele de acreditare, de asemenea trebuie creată o bază normativă și metodică și inițiată implementarea sistemului de licențiere medicală a cadrelor medicale și farmaceutice și a sistemului de protecție a drepturilor pacienților.

În fiecare instituție medico-sanitară trebuie create Consilii ale calității, de asemenea trebuie stabilite abordările de creare a acestora în instituțiile de dimensiuni mai mici. Consiliile calității trebuie să primească suportul complet al Ministerului Sănătății și al organizațiilor de profil de nivel național pentru crearea potențialului necesar, inclusiv pentru instruirea membrilor, elaborarea metodelor și a metodologiilor de lucru, schimbul de experiență între Consilii, colaborarea reciprocă între Consiliile din cadrul instituțiilor medicale care deservesc același teritoriu.

Trebuie inițiată crearea Consiliilor de calitate teritoriale, crearea Consiliului consultativ național privind calitatea asistenței medicale și, de asemenea, crearea Grupului Național al Consiliilor Calității instituțiilor.

La această etapă este necesară elaborarea, aprobarea și inițierea realizării primului program de ramură de management, asigurare și îmbunătățire a calității asistenței medicale și alte programe ale instituțiilor medico-sanitare, ce corespund acestuia. Trebuie să fie creat sistemul de monitorizare și de evaluare a realizării programului dat.

De asemenea, la această etapă activitatea de elaborare și implementare a protocoalelor clinice naționale trebuie să devină un proces sistematic și stabil. Este necesară crearea Centrului național pentru elaborarea și actualizarea protocoalelor clinice. Ministerul Sănătății, în colaborare cu organizațiile de profil de nivel național, trebuie să revizuiască regulile de evaluare și planificare a necesităților în tehnologii, echipament și consumabile, și să revizuiască regulile și practicile achizițiilor centralizate și descentralizate.

În același timp, trebuie actualizat sistemul național de măsurare și evaluare a calității: elaborarea și implementarea indicatorilor naționali ai calității, adaptați pentru fiecare instituție medico-sanitară, și inițierea activității sistematice pentru atingerea lor; trebuie formulat un sistem unic de audit medical, cu subsisteme intercorelate de audit intern și extern.

Urmează elaborarea și implementarea unor programe și planuri noi de învățământ pentru diverse categorii de studenți. Trebuie inițiat procesul de instruire periodică a conducătorilor instituțiilor medico-sanitare și a membrilor Consiliilor calității cu privire la aspectele practice ale sistemului intern și extern al calității. În această perioadă trebuie stabilite cerințele profesionale față de experții-auditori în calitate, regulile de angajare a lor temporar sau permanent. Trebuie stabilite cerințele privind instruirea cadrelor, elaborate și implementate programe și metodice de studiu corespunzătoare.

La această etapă se va iniția elaborarea și implementarea sistemului de monitorizare și evaluare a activității tuturor subiecților din sistemul calității asistenței medicale, axat pe colectarea și analiza datelor în scopul utilizării informației pentru luarea deciziilor la nivel de conducere în vederea îmbunătățirii planificării, reglementării și promovării activității în domeniul îmbunătățirii calității.

Unul dintre rezultatele acestei etape trebuie să fie elaborarea și implementarea schimbărilor necesare în sistemele conexe sistemului calității, cum ar fi finanțarea și distribuirea resurselor, selectarea pacienților și a medicilor, selectarea și repartizarea cadrelor medicale etc.

Etapa II (2015-2017) – Perfecționarea funcționării și dezvoltarea ulterioară a sistemului calității asistenței medicale

Conținutul etapei II va fi predeterminat în mare parte de acțiunile efectuate în prima etapă de realizare a acestei Concepții și de rezultatele obținute. La această etapă va fi necesară continuarea, detalierea și extinderea activității inițiate la prima etapă.

În vederea sporirii eficienței funcționării sistemului calității asistenței medicale, este necesară pregătirea și realizarea unei analize detaliate și a unei evaluări complexe a funcționării subiecților ei, inclusiv evaluarea succeselor și a barierelor care stau în calea realizării obiectivelor programelor de ramură naționale de asigurare și îmbunătățire a calității asistenței medicale. În acest sens, este nevoie de asigurarea unei calități înalte a cercetărilor evaluatoare; prin implicarea, atunci când este posibil, a experților și specialiștilor internaționali în evaluarea metodologiei și desfășurarea evaluării.

Evaluarea trebuie să permită elaborarea măsurilor privind: introducerea corectărilor necesare în sistemul calității; perfecționarea ulterioară a structurii organizaționale a sistemului calității asistenței medicale; activizarea lucrului subiecților din sistem și încurajarea unui proces coordonat de colaborare. Trebuie elaborate și implementate mecanisme de înlăturare (sau reducere la maximum) a limitelor existente în funcționalitatea sistemului calității asistenței medicale, de asemenea, se vor stabili și implementa direcțiile și mecanismele de dezvoltare ulterioară a acestuia.

Se așteaptă că la această etapă abordările și procesele experimentale, care au fost acceptate și au demonstrat raționalitate, se vor generaliza. Nivelul teritorial al sistemului calității asistenței medicale își va spori rolul în mod semnificativ. De asemenea vor fi create condiții favorabile pentru

îmbunătățirea ulterioară și echilibrarea nivelului activității legate de calitate în diverse instituții medico-sanitare din țară.

Lista actelor normativ-legislative, care trebuie modificate sau elaborate pentru atingerea scopurilor Conceptului

În scopul introducerii unei norme legislative privind aderarea obligatorie a tuturor instituțiilor medico-sanitare la sistemul extern de gestionare și asigurare a calității, dar și referitor la crearea sistemelor de gestionare, asigurare și îmbunătățire a calității în cadrul tuturor instituțiilor medico-sanitare din țară, este necesar să se introducă completări și modificări la Legea ocrotirii sănătății.

Pentru respectarea drepturilor pacienților și îmbunătățirea calității asistenței medicale, este necesară aprobarea Legii privind compensarea prejudiciului adus sănătății pacienților (proiect în Parlament).

Este necesar să se introducă corectări și completări în Codul Administrativ privind sancționarea instituțiilor medico-sanitare și a managerilor lor pentru nerespectarea cerințelor acreditării (proiectul există la MS).

Este necesar să se elaboreze și să se aprobe o Strategie pe termen lung de gestionare și îmbunătățire a calității asistenței medicale.

Este necesară revizuirea standardelor de acreditare în vederea introducerii cerințelor de creare a Consiliilor Calității, de utilizare a protocoalelor clinice naționale și a altor tipuri de cerințe, care reies din Conceptul dat.

Este necesar să se elaboreze și să se aprobe următoarele Regulamente:

- Regulamentul privind Programul pe domenii al calității asistenței medicale;
- Ordinea de elaborare, realizare, control și supraveghere, monitorizare și evaluare a Programului pe domenii al calității asistenței medicale;
- Regulamentul privind Consiliul Consultativ Național pentru calitatea asistenței medicale;
- Ordinea și mecanismul de implicare a asociațiilor profesionale medicale în procesul de stabilire a obiectivelor și realizarea programelor calității;
- Regulamentul privind metodele de participare a populației în problemele legate de sănătate (proiectul există deja la MS), care va înlocui Regulamentul actual privind forma și modul de participare a cetățenilor, organizațiilor de pacienți și altor organizații neguvernamentale la elaborarea politicii și programelor de sănătate (aprobat 96/2007);
- Regulament cu privire la Grupul Național de Consilii ale Calității instituțiilor medico-sanitare;
- Regulament cu privire la Consiliul Teritorial al calității asistenței medicale;
- Regulament cu privire la activitatea expertului-auditor al calității asistenței medicale;
- Regulament cu privire la elaborarea și revizuirea programelor de instruire privind calitatea asistenței medicale pentru diferite tipuri de public;
- Regulament cu privire la erorile medicale, înregistrare și evidență.

În plus, realizarea Conceptului va necesita aprobarea unor dispoziții și ordine din partea Ministerului Sănătății, a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, a instituțiilor medico-sanitare, dar și elaborarea materialelor metodice de către Ministerul Sănătății, organizații de nivel național din domeniul sănătății și instituții medico-sanitare.

Rezumat

Lucrarea conține descrierea conceptului de asigurare și de management al calității asistenței medicale care se doresc a fi implementate în practică. Sunt reflectate ideologia, valorile, prioritățile și principiile naționale în domeniul calității, precum și condițiile de bază pentru îmbunătățirea sistemului de gestionare a calității asistenței medicale.

Summary

The work consists of a description of the concept for healthcare quality assurance and management intended for implementation into practice. It describes the national ideology, values, priorities and principles of quality, as well as basic conditions for fine-tuning the healthcare quality management system.

STUDII ȘI SINTEZE

UNELE PARTICULARITĂȚI ECONOMICE DE ACTIVITATE A AGENȚIEI TERITORIALE DE ASIGURĂRI MEDICALE SOROCA

Mihai Ciocanu, dr. hab. în medicină, **Tudor Grăjdianu**, dr. hab. în medicină, prof. univ.,
Alexandru Lavric, asistent univ., **Ela Ursu**, medic, **Ion Ursu**, medic,
Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”,
Agenția Teritorială de Asigurări Medicale Soroca

Sistemul ocrotirii sănătății activează în cadrul Asigurărilor Obligatorii de asistență Medicală, care este o parte componentă a politicii social-economice a statului, direcționată spre dezvoltare, în care sunt concretizate scopurile și prioritățile de bază, expuse în Programul de activitate a Guvernului „Modernizarea țării – bunăstarea poporului”, HG nr. 1471 din 24.12.07 „Cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008 - 2017”, în Programul Național „Satul Moldoveanesc”, în Planul de Acțiuni Republica Moldova – Uniunea Europeană, în Politica Națională de Sănătate. Aceasta a permis consolidarea performanțelor sistemului de sănătate, ameliorarea continuă a sănătății populației, protecția cetățenilor de riscurile financiare în accederea spre serviciile medicale, reducerea inegalităților în accesul la utilizarea și distribuirea serviciilor de sănătate și satisfacerea pacienților.

Asigurările Obligatorii de Asistență Medicală, introduse la 01.01.2004, au făcut asistența medicală mai accesibilă sub aspect financiar, iar prin protecția financiară oferită de asigurările de sănătate, sistemul sanitar a devenit mai receptiv la necesitățile populației.

Realizarea obiectivelor fixate în Programul de lucru al CNAM, AT Soroca și IMSP a demonstrat, că prin eforturi comune poate fi asigurată o gestionare eficientă a resurselor disponibile și sporirea calității serviciilor medicale în cadrul AOAM. Agenția Teritorială Soroca reprezintă CNAM în teritoriu și își desfășoară activitatea în limitele competenței și structurii organizaționale.

Printre funcțiile specifice ale agenției teritoriale se numără:

- informarea populației în privința asigurării obligatorii de asistență medicală;
- controlul respectării legislației în vigoare, în ceea ce privește AOAM de către IMSP, agenții economici;
- contractarea contribuabililor și eliberarea polițelor de asigurare;
- evidența persoanelor asigurate;
- contractarea instituțiilor medicale și instituțiilor farmaceutice;
- coordonarea activității reprezentanților teritoriali;
- completarea bazelor de date ale sistemului informațional;
- colectarea și verificarea rapoartelor periodice și facturilor instituțiilor medicale și farmaceutice;
- interacțiunea cu structurile teritoriale ale serviciului fiscal, administrației publice locale, oficiilor poștale, filialelor bancare;
- controlul îndeplinirii obligațiilor contractuale de către instituțiile medicale contractate;
- examinarea plângerilor și petițiilor cetățenilor etc.

Pentru o activitate eficientă, în cadrul Agenției Teritoriale Soroca au fost angajați specialiști calificați din mai multe domenii: medicină, economie, drept, informatică etc.

AT Soroca este dotată cu mobilier, tehnică de calcul, copiatoare, automobil ș. a.

Agenția Teritorială Soroca este finanțată din mijloacele fondului cheltuielilor administrative CNAM, destinate pentru desfășurarea activității sale. Devizul de cheltuieli administrative al AT Soro-ca a CNAM pentru anul 2008 a fost aprobat și precizat în sumă totală de 149,7 mii lei.

Suma alocațiilor primite de la CNAM a constituit 126,7 mii lei, inclusiv:

- 105,6 mii lei în mijloace bănești;
- 21,1 mii lei în tichet pentru benzină.

Alocațiile financiare au fost efectuate conform planului și în termen, ceea ce a permis AT Soroca de a avea o situație financiară stabilă pe parcursul anului 2008.

În anul 2008 au fost efectuate cheltuieli de casă în sumă de 109,7 mii lei și cheltuieli efective în sumă de 134,9 mii lei.

Analizând executarea devizului de cheltuieli administrative al AT Soroca pentru anul 2008, putem trage concluzia, că atât în ansamblu, cât și pe articole în parte cheltuielile au fost efectuate în limitele mijloacelor planificate și finanțate de CNAM.

La finele anului de gestiune s-au atestat datoriile debitoriale în sumă de 1,3 mii lei și datoriile creditoriale în sumă de 0,1 mii lei. Acestea sunt datoriile curente apărute în luna decembrie 2008 la următoarele articole de cheltuieli:

- Datoria debitorială la articolele:

- „Combustibil” (gaz natural) – 0,4 mii lei;

- „Servicii de telecomunicații” – 0,9 mii lei,

care constituie plata în avans pentru luna ianuarie 2009, după cum prevăd contractele încheiate.

În raza de activitate a Agenției Teritoriale Soroca se află raioanele Soroca, Drochia, Florești, cu o populație totală de 274200 de persoane (conform datelor prezentate de BNS). Numărul persoanelor asigurate constituie 197972 sau 72,2%.

Tabelul 1

Populația raioanelor (conform datelor prezentate de BNS)

| Categoria persoanei | Soroca | Drochia | Florești | Total |
|----------------------------|---------------|----------------|-----------------|-------------------|
| Total populație | 100000 | 86500 | 87700 | 274200 |
| Persoane asigurate | 72200 | 62453 | 63319 | 197972 (72,2%) |
| Persoane neasigurate | 27800 | 24047 | 24381 | 76228 (27,8%) |

Pe parcursul activității AT Soroca a eliberat polițe de asigurare obligatorie de asistență medicală tuturor categoriilor de persoane asigurate. Cu părere de rău, nu am reușit să includem printre contribuabili toată populația în vârstă, aptă de muncă autoangajată, dintre care mai mult de jumătate nu beneficiază de asigurări de sănătate.

Tabelul 2

Numărul de polițe AOAM eliberate pe categorii în anul 2008

| Contingentul | Numărul polițelor eliberate | | |
|--|------------------------------------|-------------------|--------------|
| | de tip vechi | de tip nou | total |
| Polite eliberate total | 1906 | 36450 | 38356 |
| Numărul polițelor eliberate persoanelor asigurate de către Guvern | 52 | 19269 | 19321 |
| - elevii din învățământul secundar profesional | - | 1138 | 1138 |
| - elevii din învățământul mediu de specialitate (colegii) cu frecvență la zi | - | 968 | 968 |
| - persoane ce îngrijesc de invalizi de gr. I | - | 78 | 78 |
| - mame cu 7 și mai mulți copii | - | 5 | 5 |
| - copii neîncadrați la învățătură până la împlinirea vârstei de 18 ani | 3 | 66 | 69 |
| - gravide, parturiente și lăuze | 10 | 1822 | 1832 |
| - invalizi | 10 | 4562 | 4572 |
| - pensionari | 9 | 8725 | 8734 |
| - șomeri înregistrați oficial | 20 | 1905 | 1925 |
| Numărul polițelor eliberate persoanelor asigurate în mod individual | 1837 | 108 | 1945 |
| - asigurate de colaboratorii Agențiilor Teritoriale | 111 | 108 | 219 |

| | | | |
|---|-----------|--------------|--------------|
| - asigurate prin intermediul Oficiilor poștale | 1726 | - | 1726 |
| Numărul polițelor eliberate persoanelor angajate | 17 | 17066 | 17083 |
| Notari, avocați | - | 7 | 7 |

Notă: În anul 2008 au achitat prime AOAM în mărime fixă 30 de persoane, ce dețineau poliță de tip nou până la 01.01.2008, dintre care 17 notari și avocați.

Tehnica de calcul este în stare funcțională și se utilizează după destinație. Au fost efectuate lucrări de instalare și configurare a softului necesar (OMI Client) pentru acces la SIA AOAM în sediul agenției, la reprezentanții raionali din Florești și Drochia, precum și în instituțiile medicale contractate din aria de activitate AT Soroca.

Pe parcursul anului 2008 în AT Soroca a continuat procesul de substituire a polițelor de asigurare de tip-nou în raioanele Soroca, Drochia, Florești.

Pentru prelungirea valabilității polițelor, categoria 07, se importa o dată în lună fișierul primit de la Agenția pentru ocuparea forței de muncă.

Schimbul informațional al datelor între agenție și CNAM are loc zilnic, prin crearea interpelărilor către serverul central al CNAM.

Agenția Teritorială Soroca acordă suport pentru exploatarea programului CNAM „Medicamente compensate” în farmaciile contractate. Regulat, la parvenirea modificărilor, se efectuează procedura de „update” a soft-ului. După introducerea și importul datelor se efectuează expedierea lunară pe FTP server CNAM a dării de seamă „Privind medicamentele parțial /integral compensate” (formular 2-25/r), ținut în formă electronică.

Sistematic se fac lucrări de profilaxie pentru deservirea tehnicii de calcul din agenție pentru lichidarea problemelor de sistem apărute la exploatarea programelor aplicate.

La data de 31.12.2008, Agenția Teritorială Soroca a eliberat certificate de înregistrare în calitate de plătitori ai primelor AOAM la **2354** de agenți economici din raza de activitate a agenției, inclusiv:

- **Soroca** - **960** de contracte AOAM cu agenții economici din raion
- **Drochia** - **646** de contracte AOAM cu agenții economici din raion
- **Florești** - **748** de contracte AOAM cu agenții economici din raion

De asemenea, pe parcursul anului 2008, Agenția Teritorială Soroca, a perfectat **391** de solicitări parvenite de la agenții economici pentru înregistrare, în calitate de plătitori ai primelor AOAM.

Unul dintre aspectele de bază ale activității AT Soroca în anul 2008 a rămas perfectarea documentelor stabilite de art. 241 CCA, necesare pentru aplicarea sancțiunilor administrative persoanelor fizice sau fondatorilor /administratorilor agenților economici, pentru nerespectarea legislației din domeniul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, în condițiile prevăzute de cadrul normativ în vigoare.

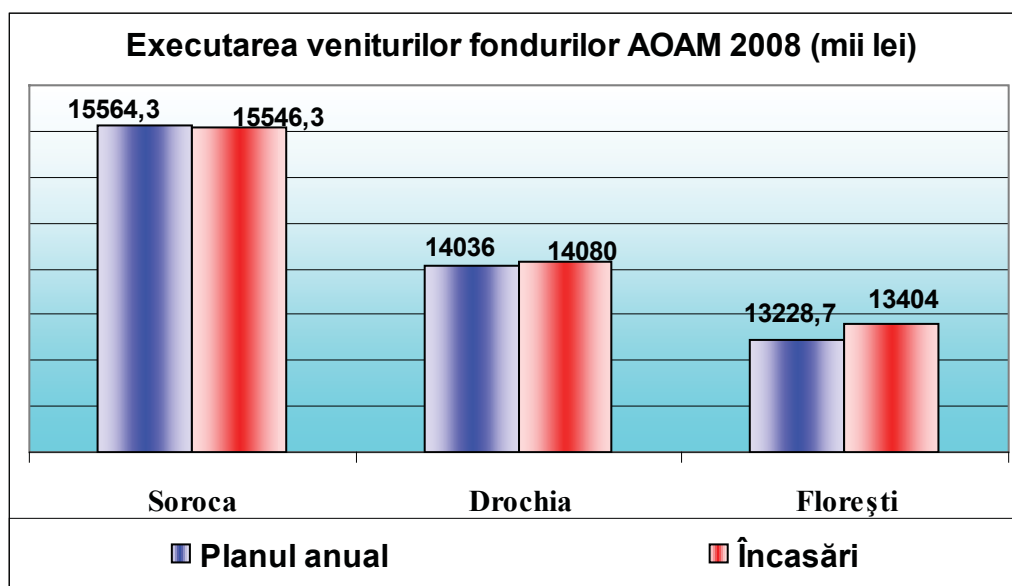
Astfel, în anul 2008 au fost sancționate contravențional, în temeiul art. 162 al.10 al CCA al Republicii Moldova, prin aplicarea și achitarea amenzii administrative, **23** de persoane, fondatori sau administratori ai agenților economici, pentru nerespectarea obligațiilor și termenelor de înregistrare în calitate de plătitori ai primelor AOAM, indicat în art. 10 al Legii R.M. nr. 1585 din 27/02/1998 „Cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală” și art. 24 al Legii R.M. nr. 1593 din 26/12/2002 „Cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de AOAM”.

Pe parcursul anului au fost sancționate **181** de persoane fizice, în temeiul art. 163⁵ alin. 3 al CCA al R.M., pentru nerespectarea termenelor de achitare a primelor AOAM prevăzute în art. 22 al Legii nr. 1593 din 26/12/2002 „Cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală”.

Suma amenzilor percepute în anul 2008 constituie **40800 lei**, inclusiv:

- de la agenți economici – **4600 lei**.
- de la persoane fizice – **36200 lei**.

Veniturile acumulate în fondurile AOAM în anul 2008 de către agenții economici din teritoriu au alcătuit 43030,3 mii lei, care au depășit cu 13926,1 mii lei sumele achitate în fonduri pe parcursul anului 2007. Executarea veniturilor la fondul AOAM în anul 2008 constituie 100,5 %.



Analizând restanțele create de către plătitorii de prime de asigurare, observăm o majorare a sumelor datorate de agenții economici fondurilor AOAM:

- din 86,0 mii lei datorii pe raionul Drochia, 69,7 mii lei revin SRL „Accesoriu - agro” și 9,0 mii lei – SRL „Balcas - BT”, ceea ce constituie 91,5% din datoriile raionului. Acești agenți economici sunt în litigii.

- 35,5% din datoriile raionului Florești (14424,4 lei) constituie datoriile a 5 agenți economici care sunt în stare de insolvabilitate.

AT Soroca permanent întreprinde măsuri pentru a micșora sumele restante și anume:

- activitate în comun cu IFS raionale în ce privește informarea, verificarea și calcularea corectă de către contribuabili a primelor AOAM;
- au fost informate băncile despre respectarea legislației în vigoare privind transferarea integrală a primelor calculate în mărime procentuală din salariul angajaților;
- au fost informați Președinții Consiliilor raionale despre întreprinderile–datornice;
- participare la ședințele de lucru cu primarii, conducătorii întreprinderilor agricole, titularii patentelor de întreprinzători;
- au fost suspendate contractele de asigurare medicală la agenții economici, care au acumulat datorii pe parcursul anului.

În special, suma restanțelor este formată de către agenții economici din ramura agriculturii, care deseori achită salariile în producție agricolă.

Din mijloacele fondurilor AOAM pentru anul 2008, AT Soroca a încheiat contracte de prestare a serviciilor medicale cu instituțiile medicale din teritoriul deservit – Soroca, Drochia, Florești – în sumă totală de 120034,5 mii lei (față de 90824,5 mii lei în 2007), sau cu 29210,0 mii lei mai mult.

Principiile de bază pentru contractare în anul 2008:

- pentru AMP și AMSA - numărul persoanelor asigurate în raion;
- pentru AMS - numărul cazurilor tratate în secțiile spitalelor raionale;
- pentru anul 2008, conform Criteriilor de contractare, s-au stabilit:
 - 6 (șase) indici de calitate pentru Asistența Medicală Primară;
 - 3 (trei) indici de calitate pentru AMSA;
 - finanțarea pe caz tratat în cadrul cabinetelor de proceduri, staționarelor de zi și la domiciliu;
 - finanțarea pentru caz de îngrijire la domiciliu.

Tabelul 3

Volumul asistenței medicale contractat și real acordat în AMS (mii lei)

| | SR Soroca | | SR Florești | | SR Drochia | |
|--------------------|-----------|---------|-------------|---------|------------|---------|
| | 2007 | 2008 | 2007 | 2008 | 2007 | 2008 |
| Contractat de CNAM | 18024,5 | 22815,0 | 16585,3 | 22174,7 | 15057,8 | 19176,8 |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|
| Volumul serviciilor real acordate | 17834,7 | 21564,3 | 16496,4 | 21839,8 | 15034,8 | 19020,3 | |
| Finanțat de CNAM | 17834,7 | 21564,3 | 16496,4 | 21839,8 | 15034,8 | 19020,3 | |
| Cazuri tratate în staționar | contractat | 10198 | 10324 | 10330 | 11519 | 9196 | 10038 |
| | îndeplinit | 10188 | 10084 | 10523 | 11685 | 9333 | 10114 |
| | devieri | -10 | -240 | +193 | +166 | +137 | +76 |
| Suplimentar cazuri achitate de CNAM: | | | | | | | |
| - oreion | - | 31 | - | 198 | - | 40 | |
| - social condiționate | - | 13 | - | 22 | - | - | |

Luând în considerație achitarea deplină a facturilor prezentate în ianuarie 2009, suma alocată de CNAM este egală cu cea a serviciilor real acordate de către spitalele raionale în anul 2008. Astfel, CNAM și-a onorat pe deplin condițiile stipulate în contract.

Sumele inițiale prevăzute în contractele încheiate s-au micșorat din motivul că:

- **SR Soroca** - suma reală pentru volumul de servicii acordate este mai mică cu 224,3 mii lei în AMSA (149,7 mii lei - nu s-a îndeplinit un caz nou și readmis de tuberculoză; 74,6 mii lei – neîndeplinirea indicatorilor de calitate în serviciul stomatologic) și cu 1026,4 mii lei în AMS, față de cea contractată, deoarece în AMS nu s-au îndeplinit:

- 11 cazuri profil terapeutic;
- 123 de cazuri infecțioase;
- 17 cazuri pediatrie;
- 12 cazuri ginecologice;
- 52 de cazuri ftiziatrie;
- 40 de cazuri chirurgicale;
- 2 cazuri traumatologice;
- 41 de cazuri de profil obstetrical
- 19 cazuri ftiziatrie, neasigurați.

- **SR Florești** – suma reală pentru volumul de servicii acordate este mai mică cu 198,6 mii lei în AMSA (41,2 mii lei – nu s-a îndeplinit un caz nou readmis de tuberculoză și 157,4 mii lei – neîndeplinirea indicatorilor de calitate în serviciul stomatologic) și cu 136,3 mii lei în AMS, față de cea contractată deoarece în AMS nu s-au îndeplinit:

- 1 caz profil infecțios;
- 7 cazuri ginecologice;
- 62 de cazuri de profil obstetrical;
- 4 cazuri ftiziatrie;
- 5 cazuri chirurgicale;
- 8 cazuri traumatologice.

- **SR Drochia** - suma reală pentru volumul de servicii acordate este mai mică cu 95,8 mii lei în AMSA (50,4 mii lei – nu s-a îndeplinit un caz nou readmis de tuberculoză și 45,4 mii lei nu s-au îndeplinit indicatorii de calitate în serviciul stomatologic) și cu 60,7 mii lei în AMS față de cea contractată, deoarece în AMS nu s-au îndeplinit:

- 26 de cazuri de profil obstetrical.

Cheltuielile totale suportate de fiecare instituție se estimează la cifra de:

- 32353,3 mii lei pentru SR Soroca;
- 29668,3 mii lei pentru SR Florești;
- 28078,3 mii lei pentru SR Drochia.

Tabelul 4

Volumul asistenței medicale contractat și real acordat în AMP (mii lei)

| | CMF Soroca | | CMF Florești | | CMF Drochia | |
|-----------------------------------|------------|----------------|--------------|----------------|-------------|----------------|
| | 2007 | 2008 | 2007 | 2008 | 2007 | 2008 |
| Contractat de CNAM | 15088,9 | 20482,7 | 13277,9 | 17950,1 | 12790,1 | 17435,2 |
| Volumul serviciilor real acordate | 14973,9 | 20325,3 | 12931,2 | 17937,2 | 12691,6 | 17418,7 |
| Finanțat de CNAM | 14973,9 | 20325,3 | 12931,2 | 17937,2 | 12691,6 | 17418,7 |

| | | | | | | | |
|--|------------|------|--------------|-------|-------------|------|-------------|
| Cazuri tratate ambulatoriu | contractat | 6160 | 6654 | 5460 | 5662 | 4968 | 4968 |
| | îndeplinit | 6160 | 6168 | 4685 | 5706 | 5012 | 4917 |
| | devieri | - | - 486 | - 775 | + 44 | + 44 | - 51 |
| Cazuri sistate de îngrijiri la domiciliu | contractat | - | 66 | - | 58 | - | 40 |
| | îndeplinit | - | 66 | - | 47 | - | 41 |
| | devieri | - | - | - | - 11 | - | + 1 |

Luând în considerație achitarea deplină a facturilor prezentate în ianuarie 2009, suma alocată de CNAM este egală cu suma serviciilor real acordate de către CMF în anul 2008. Astfel, CNAM și-a onorat pe deplin condițiile stipulate în contract.

Sumele inițiale prevăzute în contractele încheiate s-au micșorat din motivul că:

➤ **CMF Soroca** - suma reală este mai mică cu 157,4 mii lei, deoarece nu s-au îndeplinit 486 de cazuri tratate în condiții de ambulatoriu și la domiciliu.

➤ **CMF Florești** - suma reală este mai mică cu 12,9 mii lei, deoarece nu s-au îndeplinit 11 cazuri sistate de îngrijiri la domiciliu.

➤ **CMF Drochia** - suma reală este mai mică cu 16,5 mii lei, deoarece nu s-au îndeplinit 51 de cazuri tratate în condiții de ambulatoriu și la domiciliu.

Tabelul 5

Cheltuielile efective în AM (mii lei)

| | SR Soroca | | | SR Florești | | | SR Drochia | | |
|------------------------------|-----------|---------|-------|-------------|---------|-------|------------|---------|-------|
| | 2007 | 2008 | coef. | 2007 | 2008 | coef. | 2007 | 2008 | coef. |
| Cheltuieli totale: | 17988,1 | 21748,3 | 1,21 | 17259,8 | 21212,2 | 1,22 | 15174,1 | 18915,0 | 1,24 |
| Inclusiv: remunerarea muncii | 9173,3 | 11395,1 | 1,24 | 7986,9 | 9898,5 | 1,24 | 7661,9 | 9614,9 | 1,25 |
| alimentație | 770,8 | 1120,2 | 1,45 | 845,2 | 1105,1 | 1,30 | 946,4 | 1200,5 | 1,27 |
| medicamente | 2701,8 | 2774,6 | 1,02 | 2334,1 | 2681,9 | 1,15 | 2375,5 | 2911,0 | 1,22 |
| alte cheltuieli | 5342,2 | 6458,4 | 1,20 | 6093,6 | 7526,7 | 1,23 | 4190,3 | 5188,6 | 1,24 |

Astfel, cheltuielile suportate de către SR Soroca depășesc suma alocată de CNAM cu 184,0 mii lei.

Dacă vom compara aceste sume cheltuite în cele 3 spitale raionale în 2008 față de anul 2007, avem:

Din tabel se vede, că cheltuielile suportate de spitalele raionale s-au majorat în anul 2008 cu 23%.

Tabelul 6

Cheltuielile efective în AMP (mii lei)

| | CMF Soroca | | | CMF Florești | | | CMF Drochia | | |
|------------------------------|------------|---------|-------|--------------|---------|-------|-------------|---------|-------|
| | 2007 | 2008 | coef. | 2007 | 2008 | coef. | 2007 | 2008 | coef. |
| Cheltuieli totale: | 14365,2 | 19720,9 | 1,37 | 12408,5 | 16907,9 | 1,36 | 12904,2 | 16664,0 | 1,29 |
| Inclusiv: remunerarea muncii | 8115,3 | 11809,8 | 1,45 | 7462,7 | 10116,9 | 1,35 | 7297,0 | 10147,1 | 1,39 |
| medicamente | 1636,2 | 2039,1 | 1,25 | 1272,6 | 1628,6 | 1,28 | 1295,7 | 1559,7 | 1,20 |
| alte cheltuieli | 4613,7 | 5872,0 | 1,27 | 3673,2 | 5162,4 | 1,40 | 4311,5 | 4957,2 | 1,15 |

Astfel, cheltuielile suportate de către CMF nu depășesc suma alocată de CNAM.

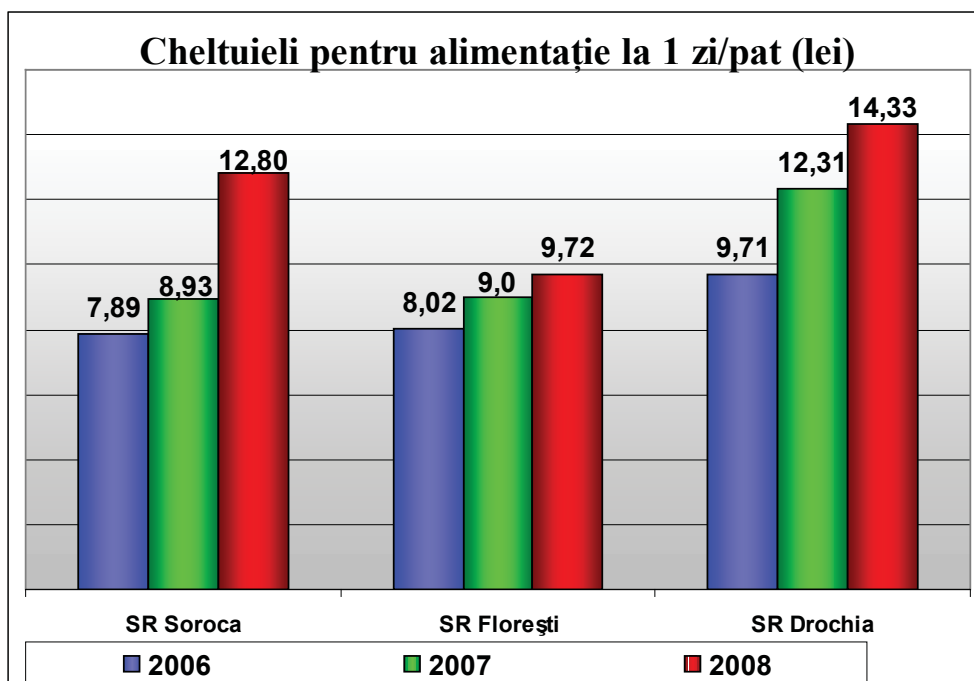
Dacă vom compara aceste sume cheltuite în toate 3 CMF în 2008 față de anul 2007, avem:

Din tabel se vede, că cheltuielile suportate de CMF s-au majorat în anul 2008 cu 34%.

Planificând activitatea economico-financiară, instituțiile au respectat cotele maxime ale cheltuielilor pentru salarizarea angajaților, stabilite de comun acord cu MS, CNAM și Sindicatul de ramură.

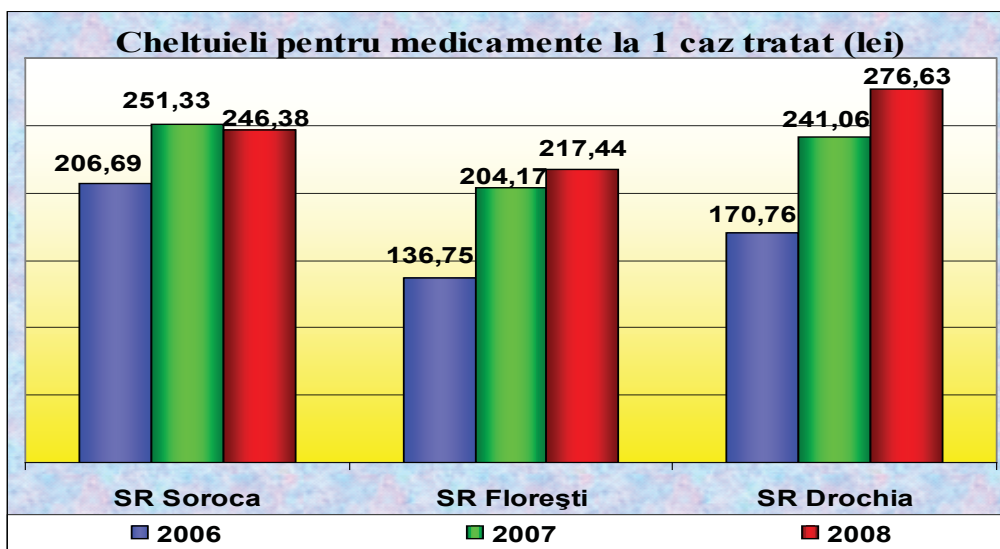
Se atestă o pondere mai mică (6 %) la sumele cheltuite pentru medicamentele și articole de uz medical, folosite la tratamentul pacienților, în condiții de ambulatoriu și pentru acordarea ajutorului medical de urgență în AM specializată de ambulatoriu.

Dacă în anul 2006 s-au cheltuit câte 8,48 lei pentru hrana unui bolnav pe zi; în anul 2007 câte 9,97 lei, atunci în anul 2008 această sumă constituie 12,04 lei, cu devieri de la 9,72 lei în SR Florești până la 14,33 lei în SR Drochia.

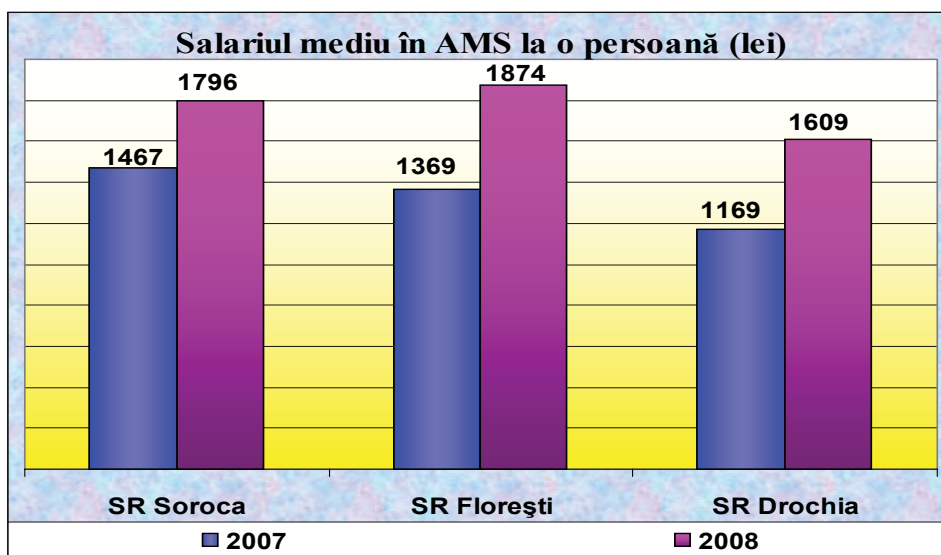


Costul medicamentelor eliberate pentru tratarea unui bolnav în anul 2008 variază de la 217,44 lei – până la 276,63 lei (valoarea medie), comparativ cu 204,17 lei – 251,33 lei cheltuite în anul 2007.

Comparativ cu anul precedent, ponderea medicamentelor incluse în costul tratamentului unui bolnav aflat în staționar, a scăzut în SR Soroca (de la 17% până la 14 %) și SR Florești (de la 14% până la 13,7%).

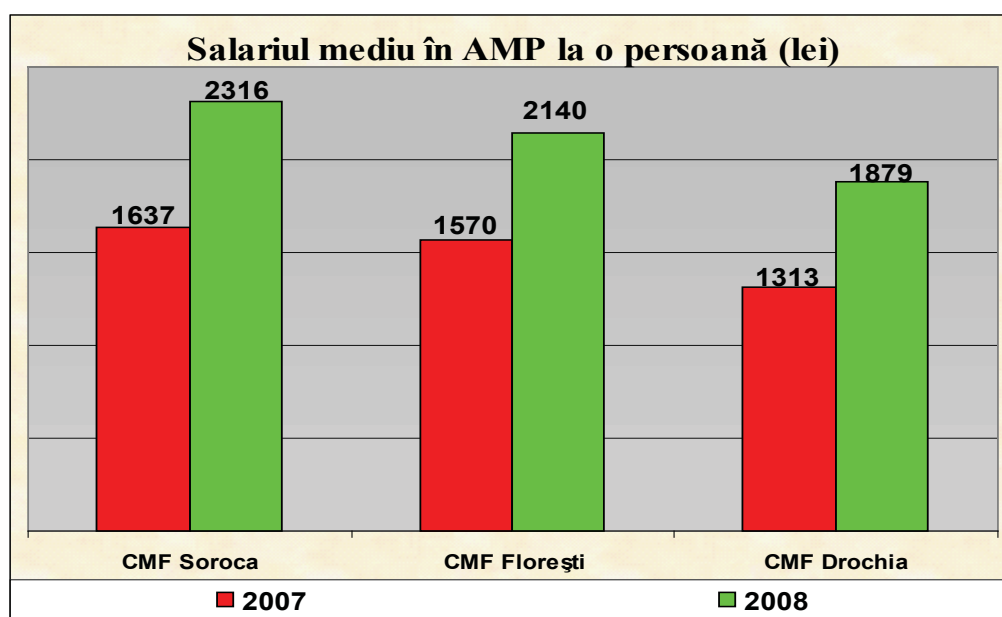


Fondul de salarizare a personalului s-a majorat cu 24%, iar salariul mediu în cadrul AMS este în limita de 1609 lei – 1874 lei.



Salariul mediu în cadrul AMS la o funcție este în limita 1532 – 1619 lei.

Fondul de salarizare a personalului s-a majorat cu 40%, iar salariul mediu în cadrul AMP este în limita de 1879 lei–2316 lei.



Salariul mediu în cadrul AMP la o funcție este în limita 1967 -2070 lei.

Cheltuielile suportate de către AM Spitalicească reflectă volumul serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate în limitele prevederilor Programului Unic. Contractarea spitalelor raionale a fost efectuată pentru următoarele profiluri: terapie, boli infecțioase, chirurgie, obstetrică și ginecologie, pediatrie și profilul ftiziatrie (pentru SR Soroca și SR Florești).

Tabelul 7

Costul mediu al unui caz tratat în AMS

| | SR Soroca | SR Florești | SR Drochia |
|--|----------------|----------------|----------------|
| Cheltuieli totale efectuate de serviciul spitalicesc (mii lei) | 17618,5 | 19006,1 | 15388,1 |
| Numărul - zile/pat | 85743 | 107669 | 81413 |
| Costul 1 zi/pat (lei) | 205,48 | 176,52 | 189,01 |
| Costul real mediu al unui caz tratat (lei) (cu excepția profilului de ftiziatrie) | 1747,17 | 1626,53 | 1521,46 |

Ca și în anii precedenți, avem costul optimal la tratarea unui bolnav – de 1521,46 lei, și folosirea minimă a resurselor de către spitalul raional Drochia.

Situația decontărilor IMSP la finele anului 2008 au format datoriile debitoriale în sumă totală de 462,9 mii lei și datoriile creditoriale în sumă totală de 5320,6 mii lei.

Luând în considerație creanța debitorială ale CNAM față de spitalele raionale și soldurile mijloacelor bănești existente, reiese:

- **SR Drochia** își achită pe deplin cheltuielile anului 2008, inclusiv fondul de salarizare pentru luna decembrie, dispunând de o rămășiță de mijloace bănești în sumă de 143,1 mii lei pentru toate tipurile de asistență medicală.

- **SR Florești** rămâne cu datorie de 1734,7 mii lei, care urmează a fi achitată din mijloacele contractate pentru anul 2009. Totodată din fondurile AOAM în 2008 au fost procurate mijloace fixe în sumă de 348,9 mii lei, fără a dispune de fondul de rezervă.

- **SR Soroca** rămâne cu o datorie de 1493,4 mii lei pentru AM Spitalicească, care urmează a fi achitată din mijloacele contractate pentru anul 2009.

- Comparativ cu suma datoriilor creditoriale existente la începutul anului:

SR Soroca – mărește acest indice cu 612,7 mii lei.

Luând în considerație creanța debitorială ale CNAM față de CMF și soldurile mijloacelor bănești existente, reiese:

- **CMF Soroca** achită pe deplin cheltuielile anului 2008, inclusiv salariul pentru luna decembrie, dispunând de o rămășiță de mijloace bănești în sumă de 184,5 mii lei.

- **CMF Drochia** achită pe deplin cheltuielile anului 2008, inclusiv salariul pentru luna decembrie, dispunând de o rămășiță de mijloace bănești în sumă de 380,0 mii lei.

- **CMF Florești** rămâne cu o datorie de 498,0 mii lei care urmează a fi achitată din mijloacele contractate pentru anul 2009.

Tabelul 8

Serviciile medicale acordate contra plată
(cu excepția asistenței stomatologice și farmaciilor extrabugetare)

| IMSP | a. 2008 (mii lei) | IMSP | a. 2008 (mii lei) |
|-------------|----------------------|--------------|----------------------|
| SR Soroca | 912,9 | CMF Soroca | 320,0 |
| SR Florești | 520,5 | CMF Florești | 155,0 |
| SR Drochia | 695,0 | CMF Drochia | 197,5 |

AT Soroca a încheiat contracte de prestare a serviciilor medicale cu 6 IMSP: CMF Soroca; CMF Drochia; CMF Florești; SR Soroca; SR Drochia; SR Florești pentru 3 tipuri de asistență medicală:

I. Asistență medicală primară

II. Asistență medicală spitalicească

III. Asistență medicală specializată de ambulator.

Conform graficului de activitate a Agenției Teritoriale Soroca, au fost efectuate controale mixte calificate (economist, medic, contabil, jurist) ale instituțiilor medicale asupra îndeplinirii contractelor de acordare a asistenței medicale în cadrul AOAM, corespunderii volumului și calității serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate cu prevederile Programului Unic, corectitudinea completării documentelor și prezentării dărilor de seamă, utilizării eficiente a mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM.

Pe parcursul anului 2008, specialiștii AT Soroca au efectuat 53 de controale cu întocmirea actelor respective, inclusiv:

- IMSP SR Soroca - 8
- IMSP SR Drochia - 6
- IMSP SR Florești - 7
- IMSP CMF Soroca - 9
- IMSP CMF Drochia - 8
- IMSP CMF Florești - 8
- SAMU – 6 (la indicația DEM a CNAM).

În baza actelor de control au fost emise dispozițiile respective, în care au fost indicate neajunsurile depistate și termenii de înlăturare, de lichidare a lor.

Concluzii

1. Asigurările Obligatorii de Asistență Medicală, introduse la 01.01.2004, au făcut asistența medicală mai accesibilă sub aspect financiar, iar prin protecția financiară oferită de asigurările de sănătate, sistemul sanitar a devenit mai receptiv la necesitățile populației.

2. Analizând executarea devizului de cheltuieli administrative al AT Soroca pentru anul 2008, s-a confirmat, că atât în ansamblu, cât și pe articole în parte, cheltuielile au fost efectuate în limitele mijloacelor planificate și finanțate de CNAM.

3. Devizul de cheltuieli administrative al AT Soroca a CNAM pentru anul 2008 a fost aprobat și precizat în suma totală de 149,7 mii lei.

4. Veniturile acumulate în fondurile AOAM în anul 2008 de către agenții economici din teritoriu au alcătuit 43030,3 mii lei, care au depășit cu 13926,1 mii lei sumele achitate în fonduri pe parcursul anului 2007.

5. Rezultatele studiului efectuat confirmă, că situația decontărilor IMSP la finele anului 2008 au format datorii debitoriale în sumă totală de 462,9 mii lei și datorii creditoriale în sumă totală de 5320,6 mii lei.

Bibliografie selectivă

1. Borzan, Cristina Maria, Mocean, Florea. Sănătate Publică, Ediția Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România, 2002, 274 p.

2. Duda, Rene. Gerontologie medico-socială, Ed. Junimea, Iași, România, 1983, 185 p.

3. Ciocanu, M., Topchin, I., Hîncu O., Iacob, G., Managementul serviciilor spitalicești. Manual. Chișinău, 2007, 159p.

4. Ciobanu, M., Sava, V., Ciocanu, M., Tafuni, N. Activitatea companiilor de asigurări medicale. Elaborare metodică. Chișinău, 2001, 16p.

Rezumat

În această lucrare se descrie particularitățile economice din activitatea agenției teritoriale de asigurări medicale Soroca. Acest articol include principiile de bază ale contractării asistenței medicale și aspectul economic al Instituțiilor Medico Sanitare Publice din această zonă.

Summary

In these theses state are described some economical particularities of the activity of the territorial agency of the medical insurance of Drochia and Floresti. The article includes: the basic principles of contracted, the quantity of the medical assistance contracted by the Medical Institutions from this area.

MODUL DE VIAȚĂ ȘI FACTORII CE INFLUENȚEAZĂ STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI CU VÂRSTA DE PESTE 80 DE ANI DIN REPUBLICA MOLDOVA

Anatol Negară, dr. în medicină, conf. univ., **Tudor Grăjdianu**, dr. hab. în medicină, prof. univ., **Mihail Palanciuc**, dr. în medicină, conf. univ. **Adelina Celac**, medic, director al CMF Dondușeni, **Natalia Blaja-Lisnic**, dr. în medicină, **Felicia Lupașcu-Volentir**, cercet.șt., **Gabriela Șoric**, cercet. șt., **Olga Maniuc**, cercet. șt.

Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie, Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”

Introducere

În condițiile specifice ale vieții contemporane, cu transformări rapide și esențiale care definesc lumea de astăzi, rolul și locul populației longevive de 80 de ani și mai mult, în familie și comunitate,

au suferit modificări importante. Imaginea anacronică, oarecum metaforică a acelei persoane bătrâne stereotip, înțelepte, senile, venerate într-o societate compusă din foarte mulți copii și tineri și foarte puțini bătrâni, apare total desuetă. Numărul tot mai mare al vârstnicilor, preponderent al femeilor vârstnice, duce la modificarea poziției lor în viața familială și cea socială și necesită un efort de adaptare reciproc din partea tuturor membrilor familiei și societății.

Complexitatea schimbărilor condițiilor social-economice și a factorilor ce influențează sănătatea populației, în special a celei vârstnice, necesită efectuarea cercetărilor științifice orientate spre determinarea influenței modului de viață asupra sănătății, care în mare parte caracterizează comportamentul și activitatea omului. În același timp, este necesar de menționat faptul că studiile speciale, ce caracterizează modul de viață al populației vârstnice de 80 de ani și mai mult, nu există cercetări, ceea ce determină actualitatea cercetărilor în acest domeniu.

Caracteristicile generale ale factorilor ce influențează bunăstarea populației de 80 ani și peste

Abordarea indicatorilor ce caracterizează factorii socio-economici la diferite nivele (zonele republicii, mediul de reședință) este necesară pe de o parte, pentru a identifica diferențele între zonele urbane și cele rurale și a focaliza intervențiile acolo, unde problemele sunt mai grave, și pe de altă parte, pentru a oferi publicului repere, pentru a măsura nivelul de dezvoltare și progresele sau regresele înregistrate în zonele respective. Totodată, datele relevate ne oferă o orientare strategică de îmbunătățire a stării de sănătate a populației de 80 de ani și peste din Republica Moldova.

În prezenta lucrare ne-am propus ca scop cercetarea aspectelor medico-sociale, care caracterizează sănătatea și bunăstarea populației de 80 de ani și peste. Analiza factorilor s-a efectuat în zona de Nord, din mediul rural – raionul Dondușeni și mediul urban – municipiul Bălți, naționalitate, nivel de educație, categorii socio-profesionale, grupe de vârstă și în dependență de activitatea populației de 80 de ani și peste, în condițiile reformelor social economice.

În continuare, ne vom opri asupra factorilor enumerați mai sus, încercând să obținem un tablou cât mai complex și mai detaliat al nivelului de bunăstare a populației de 80 de ani și peste. Din cele enunțate mai sus ne-am propus ca scop să efectuăm un studiu de observație, descriptiv și analitic, folosind ca instrument de lucru un chestionar care cuprinde populația de 80 de ani și peste, referitor la modul de viață și factorii ce influențează starea de sănătate. Lotul a fost reprezentat de 338 de persoane din două baze de studiu ce au inclus: mediu rural – raionul Dondușeni și mediul urban – municipiul Bălți. Datele studiului au fost prelucrate prin intermediul programului „Epi-Info - 2002” și analizate, în funcție de mediul de reședință.

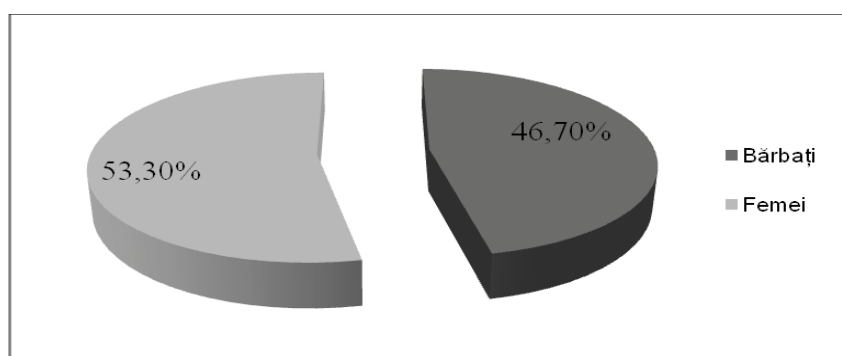


Figura 1. Repartizarea populației de 80 de ani și peste, supusă sondajului de opinie în raport de sex

În sondajul efectuat, populația cu vârsta de 80 de ani și peste, după sex, a fost repartizată astfel: bărbații au constituit 46,7%, iar femeile – 53,3%, cu o pondere mai mărită a sexului feminin, precum se vede.

Caracteristicile generale ale persoanelor de 80 de ani și peste, supuse sondajului de opinie, în raport de grupurile de vârstă, s-au repartizat astfel:

- 80-84 ani – 40,2%
- 85 ani și peste – 59,8%.

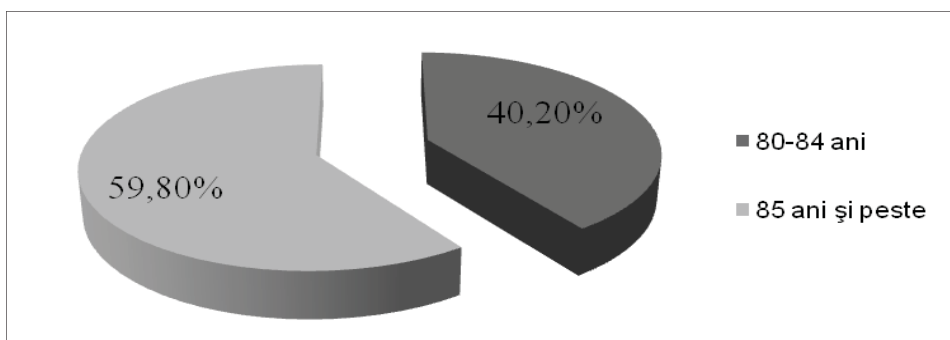


Figura 2. Ponderele populației longevive în raport cu grupele de vârstă

Din rezultatele studiului realizat cu privire la populația longevivă, în raport cu grupele de vârstă intervievate în sondajul de opinie, se poate concluziona că ponderea cea mai mare îi revine grupei de vârstă de 85 de ani și peste, ceea ce constituie 59,8%.

Prezintă interes rezultatele obținute prin sondajul de opinie ce caracterizează mediul de reședință, care au fost repartizate astfel:

- Mediul urban – 61,1%
- Mediul rural – 38,9%

Din rezultatele sondajului de opinie, putem confirma că ponderea cea mai mare o constituie persoanele cu vârsta de 80 de ani și peste din mediul urban de reședință, ceea ce constituie 61,1%.

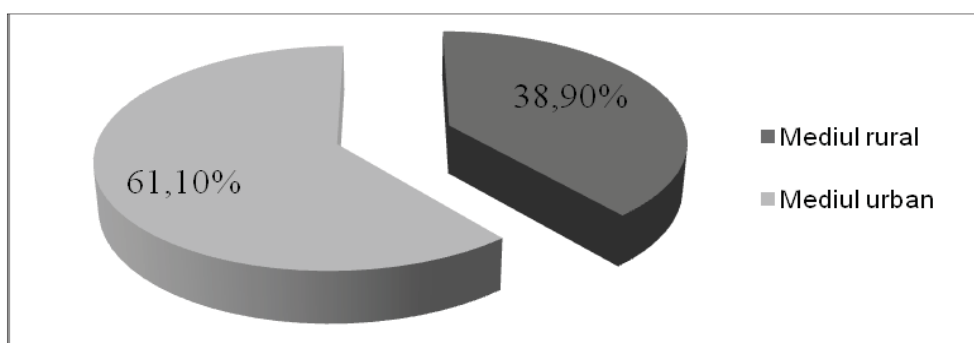


Figura 3. Ponderele populației de 80 de ani și peste în raport cu mediul de reședință

Un interes deosebit îl prezintă rezultatele ce țin de naționalitate. Diversitatea etnică a persoanelor supuse sondajului de opinie este ilustrată conform următoarei repartiții:

- moldoveni – 81,6%
- ruși – 12,7%
- ucraineni – 5,7%.

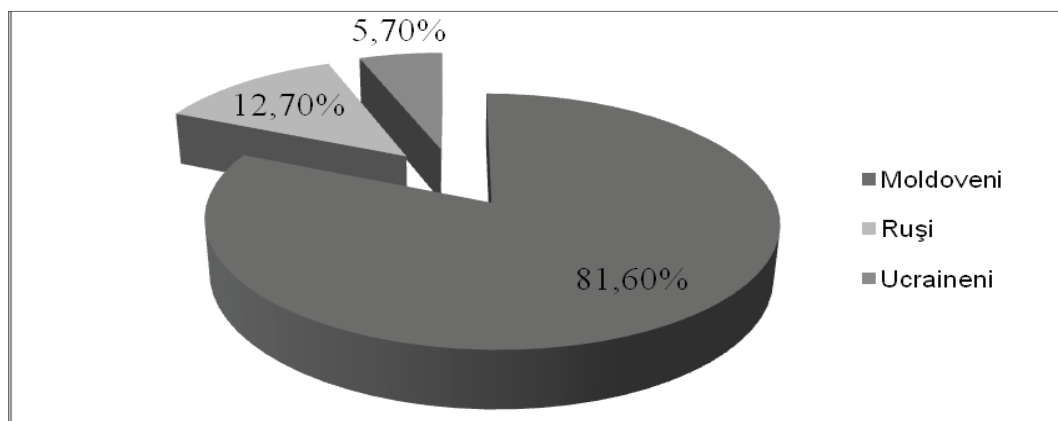


Figura 4. Ponderele populației de 80 de ani și peste în raport cu grupele etnice

Din rezultatele studiului se confirmă că ponderea cea mai mare a persoanelor cu vârsta de 80 de ani și peste revine moldovenilor – 81,6%, urmată de ruși cu 12,7%, pe locul trei plasându-se ucrainenii, cu 5,7%.

Prezintă interes repartizarea persoanelor cu vârsta de 80 de ani și peste, intervievate în raport cu apartenența socială. În urma sondajului, au fost evidențiate următoarele rezultate:

- țărani – 2,1%
- pensionari – 93,7%
- casnici – 1,5%
- invalizi – 2,7%.

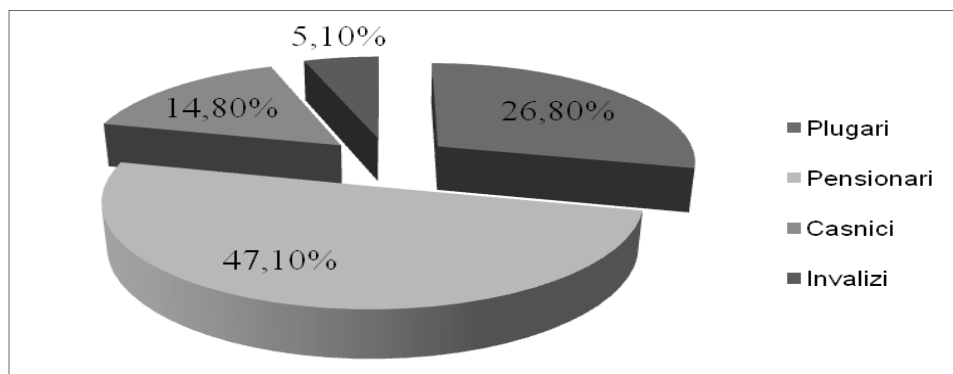


Figura 5. Ponderea persoanelor intervievate în raport de apartenența socială

Conform rezultatelor sondajului de opinie ce ține de apartenența socială, ponderea procentuală s-a repartizat astfel: pe primul loc se plasează pensionarii cu 93,7%, urmați de invalizi cu 2,7%, locul trei revine plugarilor – 2,1%, și ponderea cea mai mică – casnicii, cu 1,5% din totalul persoanelor intervievate.

Un segment important al sondajului de opinie este repartiția persoanelor intervievate în raport cu nivelul de studii. Ponderea nivelului de studii a populației cu vârsta 80 de ani și peste s-a repartizat în următoarea ordine:

- medii incomplete – 28,6%
- medii complete – 26,9%
- medii de specialitate – 15,4%
- superioare incomplete – 3,3%
- superioare – 1,2%
- fără studii – 15,5%.

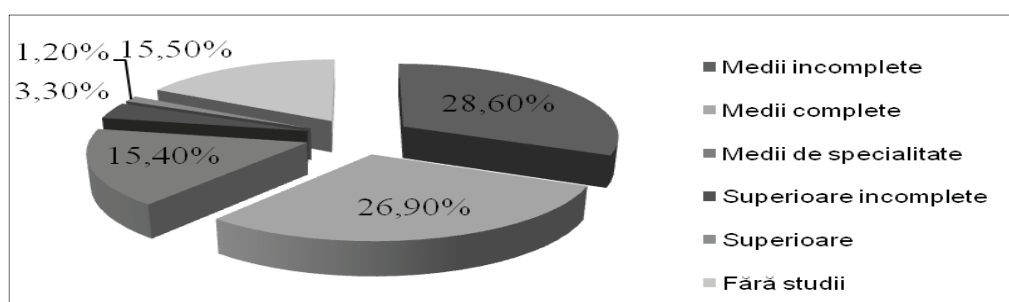


Figura 6. Ponderea persoanelor intervievate în raport cu nivelul de studii

Din rezultatele sondajului constatăm că în raport cu nivelul de studii se poate concluziona că ponderea maximală de 28,6% revine segmentului cu studii medii incomplete și ponderea minimă de 1,2% revine persoanelor cu vârsta de 80 de ani și peste cu studii superioare.

În studiu au fost incluse și întrebări referitoare la modul de viață și factorii ce influențează starea de sănătate. În continuare, ne vom referi la întrebările ce au fost puse, și, respectiv, răspunsurile primite.

La întrebarea „Care-i atitudinea Dvs. față de sănătatea personală?”, variantele de răspuns au fost următoarele:

- conștient și responsabil – 23,4%
- știu că trebuie, dar nu reușesc întotdeauna – 56,5%
- știu că trebuie, dar nu consider că este necesar – 3,3%
- nu am atitudine serioasă față de sănătate – 16,8%.

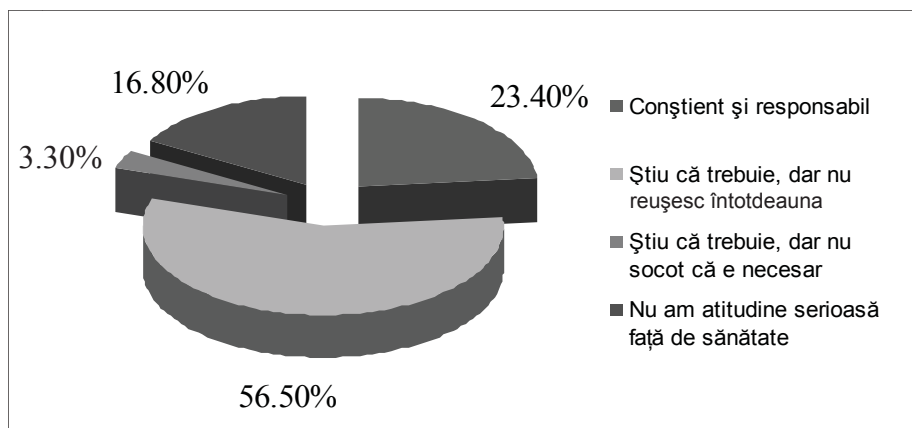


Figura 7. Ponderea atitudinii față de sănătate a persoanelor de 80 de ani și peste, intervievate în sondajul de opinie

Din rezultatele sondajului de opinie la această întrebare se poate concluziona, că ponderea maximă revine variantei de răspuns – „știu că trebuie, dar nu întotdeauna reușesc” – 56,5%, și ponderea minimă, la varianta de răspuns – „știu că trebuie, dar nu consider că este necesar” – 3,3%.

Urmează întrebarea – „Dvs. cum vă apreciați astăzi starea de sănătate?”, la care variantele de răspuns au fost următoarele:

- foarte bună – 0%
- bună – 3,3%
- satisfăcătoare – 53,5%
- nu chiar gravă – 33,1%
- grav bolnav – 10,1%.

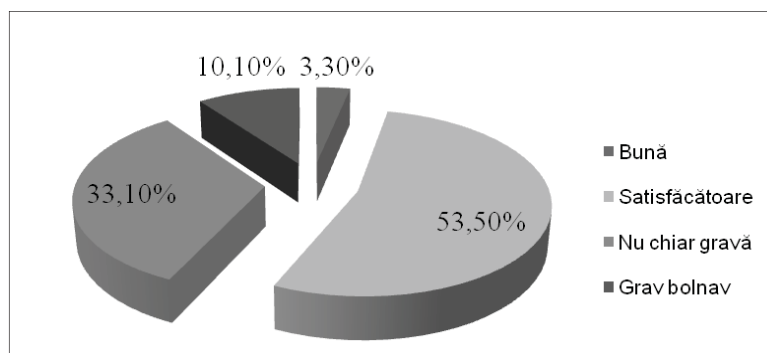


Figura 8. Ponderea de apreciere a stării de sănătate la moment a persoanelor cu vârsta de 80 de ani și peste, intervievate în sondaj

Din categoriile de răspuns la această întrebare se poate concluziona că ponderea maximă a fost la varianta de răspuns – „satisfăcătoare”, cu 53,9%, iar ponderea minimă, de 3,3%, la varianta de răspuns – „bună”.

O altă întrebare a fost formulată astfel: „În ultimul an au apărut schimbări în starea de sănătate a Dvs.?” la care variantele de răspuns au fost următoarele:

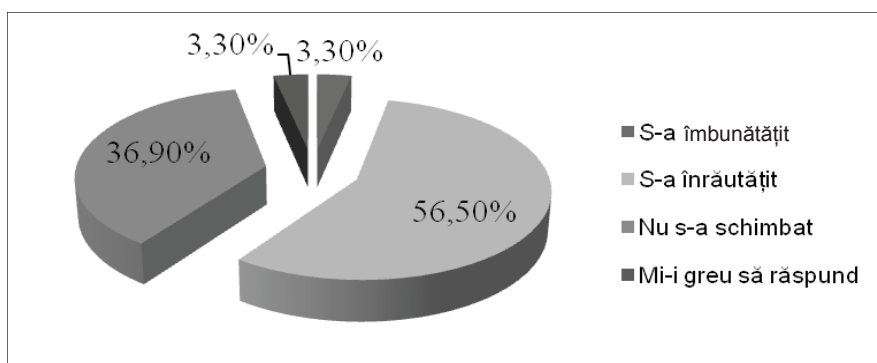


Figura 9. Ponderele fenomenelor de schimbare a stării de sănătate pe parcursul ultimului an

- s-a îmbunătățit – 3,3%
- s-a înrăutățit – 56,5%
- nu s-a schimbat – 36,9%
- mi-i greu să răspund – 3,3%.

În rezultatele sondajului de opinie putem concluziona că ponderea maximă a fost la varianta de răspuns – „s-a înrăutățit”, și a constituit 56,5%, și ponderea minimă a fost la varianta de răspuns – „s-a îmbunătățit” și a constituit circa 3,3%.

Logic ar urma întrebarea: „Care-s cauzele neadresării la medic în caz de boală?”, iar variantele de răspuns au fost următoarele:

- nu am posibilitate să cumpăr medicamente – 43,2%
- prețuri înalte la serviciile medicale – 10,1%
- atenție redusă a personalului medical – 2,9%
- folosesc medicamente și remedii la domiciliu – 43,8%.

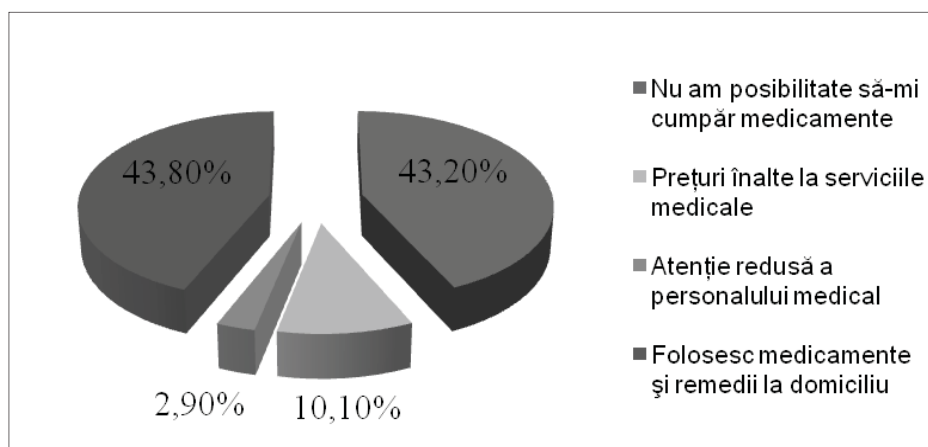


Figura 10. Ponderele cauzelor neadresărilor la medic a persoanelor cu vârsta de 80 ani și peste

Constatăm, astfel, că ponderea maximă, de 43,8%, îi revine variantei de răspuns „nu am posibilitatea să-mi cumpăr medicamente”, și ponderea minimă, de 2,9%, revine răspunsului – „atenție redusă a personalului medical”.

O problemă importantă conturează întrebarea „Care sunt condițiile Dvs. de trai la domiciliu?”, la care variantele de răspuns au fost următoarele:

- apartament cu condiții limitate – 60,1%
- casă proprie cu toate condițiile – 9,7%
- casă proprie cu condiții limitate – 30,2%.

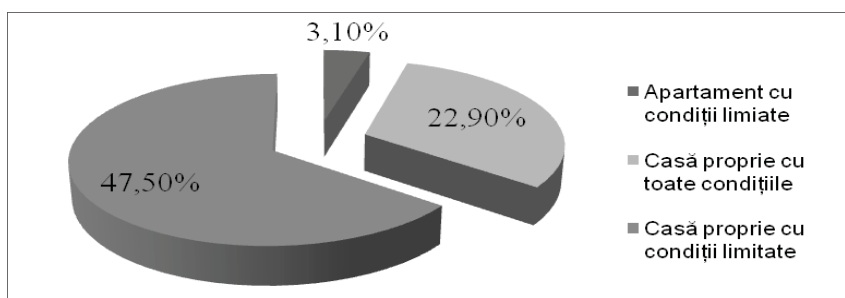


Figura 11. Ponderele condițiilor de trai la domiciliu a persoanelor cu vârsta de 80 de ani și peste

Rezultatele sondajului de opinie a populației cu vârsta de 80 de ani și peste pot fi justificate prin ponderea maximă de 60,1% a variantei de răspuns „apartament cu condiții limitate”, și ponderea minimă, de 9,7%, care revine răspunsului „casă proprie cu toate condițiile”.

În sondaj a existat și o astfel de întrebare: „Care au fost modalitățile de folosire a concediului Dvs?” iar variantele de răspuns au fost următoarele:

- întotdeauna l-am petrecut acasă – 50,3%
- nu m-am odihnit în concedii – 20,4%
- nu am avut concedii – 9,2%.

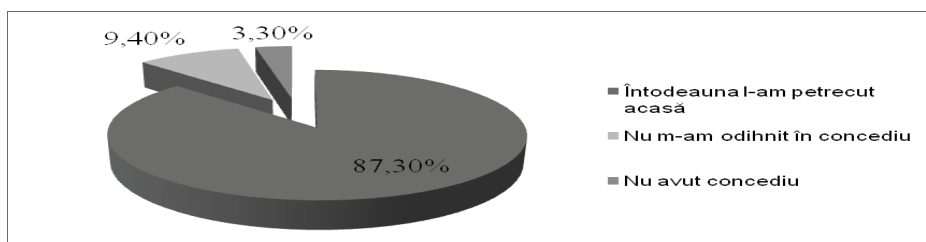


Figura 12. Ponderele modalităților de folosire a concediului în anii de activitate a persoanelor intervievate în sondajul de opinie

Să remarcăm că ponderea maximă de 87,3% revine grupului de persoane care mereu au petrecut concediul acasă, iar ponderea minimă de 3,3% revine grupului de persoane care nu au avut concedii.

Prezintă interes și răspunsurile la întrebarea „Indicați venitul mediu lunar în 2007, inclusiv cu produsele de acasă, (exprimat în lei)”, la care variantele de răspuns au fost următoarele:

- 200-300 lei – 2,9%
- 300-400 lei – 20,1%
- 400-500 lei – 23,1%
- 500-600 lei – 30,2%
- 600-700 lei – 16,6%
- 700 și mai mult – 6,8%.

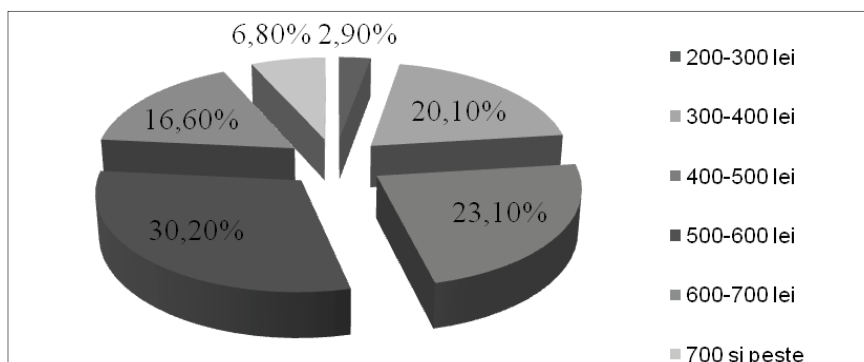


Figura 13. Ponderele veniturii medii lunare a persoanelor intervievate

Din rezultatele studiului privitor la venitul mediu lunar, se poate concluziona, că ponderea maximă de 30,2% revine grupului de populație care are un venit mediu de 500-600 lei, iar ponderea maximă de 2,9% revine persoanelor care au un venit mediu de 200-300 lei.

La întrebarea „Venitul Dvs. e suficient pentru a vă procura cele necesare pentru viață?”, iată ce răspunsuri au fost:

- produse alimentare – 7,1%
- alimente parțial – 13,3%
- cu greu îmi ajunge pentru existență – 36,4%
- nu-mi ajunge, fără ajutor nu pot exista – 43,2%.

La rezultatele obținute în sondaj referitor la venitul persoanelor de 80 de ani și peste se poate confirma, că ponderea maximă de 43,2% revine variantei de răspuns – „nu-mi ajunge, fără ajutor nu pot exista”, iar ponderea minimă de 8,3% revine grupului de persoane, al căror venit permite doar procurarea produselor alimentare.

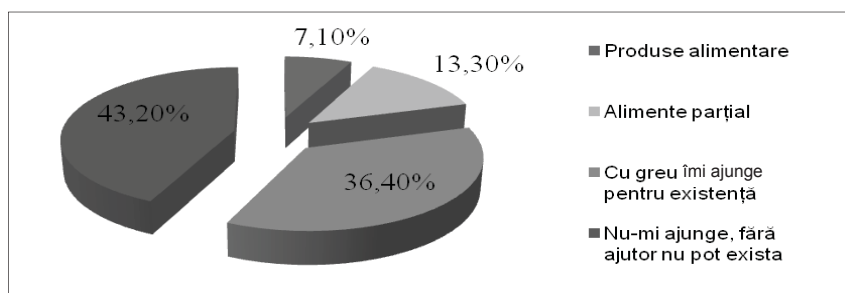


Figura 14. Ponderea veniturilor de existență a persoanelor cu vârsta de 80 de ani și peste, intervievate în sondajul de opinie

O secțiune aparte a chestionarului ține de întrebarea „Care a fost caracterul vieții Dvs. în familie?”, cu următoarele variante de răspuns:

- cu unele neplăceri, emoții negative – 26,6%
- permanent neajunsuri și stresuri – 3,5%
- relații familiale bune și viață liniștită – 69,9%.

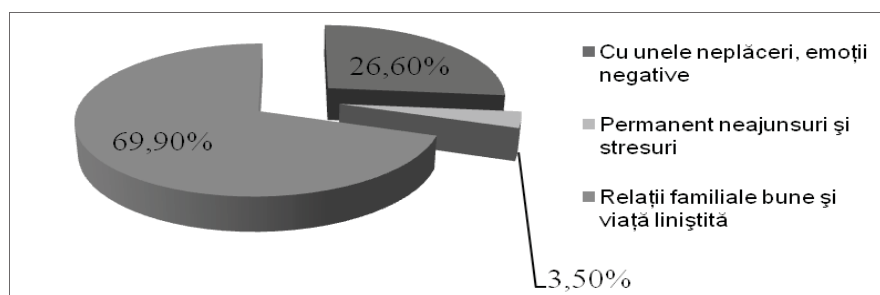


Figura 15. Ponderea fenomenelor ce țin de caracterul vieții persoanelor cu vârsta de 80 de ani și peste, intervievate în sondaj

Ponderea maximă de 69,9% revine variantei de răspuns „relații familiale bune și viață liniștită”, iar ponderea minimă de 3,5% revine variantei de răspuns – „permanent neajunsuri și stresuri”.

Prezintă interes și răspunsurile la întrebarea „Dacă știți, numiți care sunt bolile ce vă deranjează?”:

- boli ale aparatului circulator – 52,4%
- boli ale aparatului digestiv – 16,6%
- boli ale aparatului respirator - 0%
- boli oncologice – 3,5%
- boli neuropsihice – 7,4%
- alte boli – 20,1%.

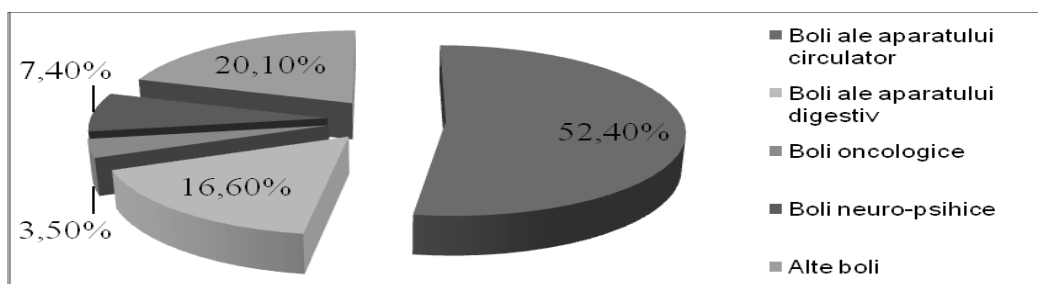


Figura 16. Ponderele bolilor înregistrate din opinia persoanelor cu vârsta de 80 de ani și peste, intervievate în sondaj

Din rezultatele sondajului de opinie la această întrebare se poate concluziona, că ponderea maximă de 52,4% revine grupului de persoane care suferă de o maladie a aparatului circulator și ponderea minimă de 3,5% revine grupului de persoane cu boli oncologice.

O altă întrebare a fost „Cine pentru prima dată dintre medici v-a diagnosticat maladia Dvs.?” , iar variantele de răspuns sunt acestea:

- medicul de familie – 70,7%
- medicii specialiști – 26,4%
- alți specialiști – 2,9%.

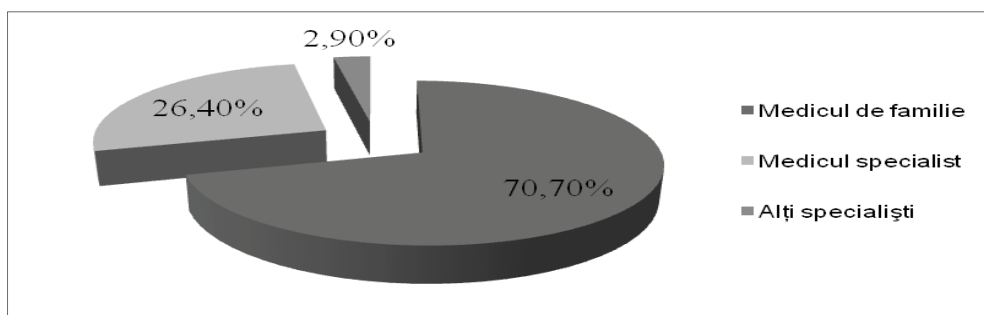


Figura 17. Ponderele depistării pentru prima dată a maladii la persoanele studiului de către diferiți medici specialiști

Conform rezultatului obținut în sondajul de opinie, constatăm că ponderea maximă revine variantei de răspuns – „medicul de familie” – 70,7%, iar ponderea minimă a variantei de răspuns „alți specialiști” este de 2,9%.

În continuare, vom afla cum au răspuns participanții la sondaj la întrebarea „În ce termen v-ați adresat medicului?”. Răspunsurile sunt acestea:

- la timp – 28,9%
- târziu – 64,8%
- foarte târziu – 1,5%
- nu știu – 4,8%.

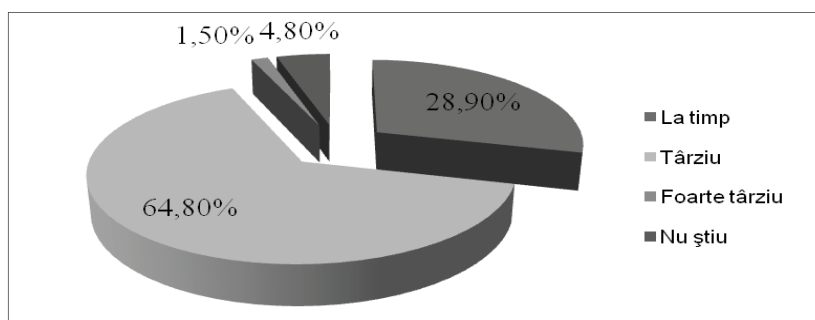


Figura 18. Ponderele adresării la timp la medic a persoanelor de 80 de ani și peste, intervievate în sondaj

Concluzionăm că ponderea maximă cu 64,8% revine grupului de persoane care s-au adresat târziu, iar ponderea minimă de 1,5% revine persoanelor care s-au adresat la medic foarte târziu.

Un segment important al sondajului de opinie îi revine întrebării „Dacă Dvs considerați că v-ați adresat târziu la medic cu această maladie, cam peste cât timp?”. Variantele de răspuns au fost următoarele:

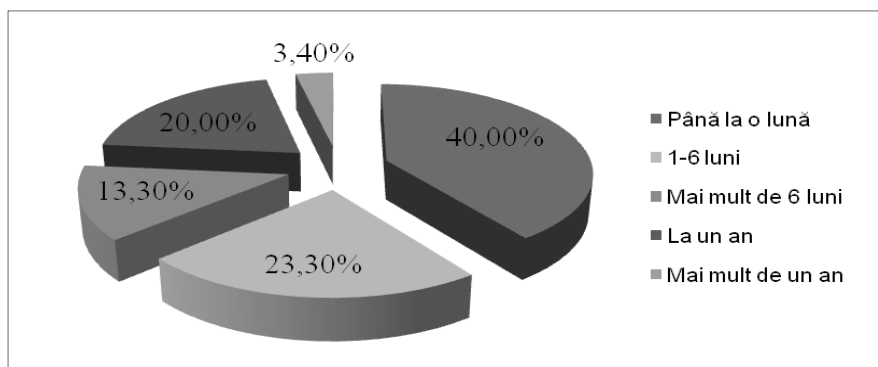


Figura 19. Pondere dimensiunii de timp de adresare întârziată la medic

- Până la o lună – 40%
- 1-6 luni – 23,3%
- Mai mult de 6 luni – 13,3%
- La un an – 20%
- Mai mult de un an – 3,4%.

Din rezultatele studiului sondajului de opinie conchidem că ponderea maximă de 40% revine persoanelor care s-au adresat până la o lună și ponderea minimă de 3,4% revine persoanelor care s-au adresat peste un an de zile de la depistarea bolii.

O altă secțiune a chestionarului de opinie conține întrebarea „La acutizarea bolii, căror medici specialiști v-ați adresat după ajutor?”. Variantele de răspuns au fost următoarele:

- medicul de familie – 76,4%
- asistența medicală de urgență – 2,9%
- terapeut – 10,3%
- alt specialist – 7,1%
- nu m-am adresat medicului – 0,8%.

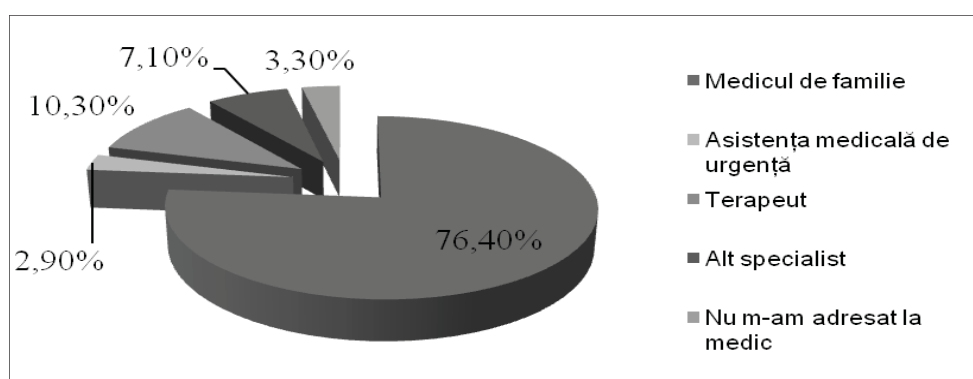


Figura 20. Pondere adresabilității la tipul de medic după ajutor a persoanelor de 80 de ani și peste, intervievate în sondaj

Din rezultatele studiului de opinie remarcăm că , în cazul acutizării maladii, persoanele alcătuiesc ponderea maximă de 76,4 %. Aceste persoane s-au adresat medicului de familie, iar ponderea minimă de 3,3% revine persoanelor care nu s-au adresat medicului.

Iată ce au răspuns persoanele intervievate la întrebarea „Cine ar trebui să vă acorde primul ajutor la acutizarea maladii?”:

- medicul de familie – 56,8%

- asistența medicală de urgență – 16,6%
- medicul specialist – 26,6%.

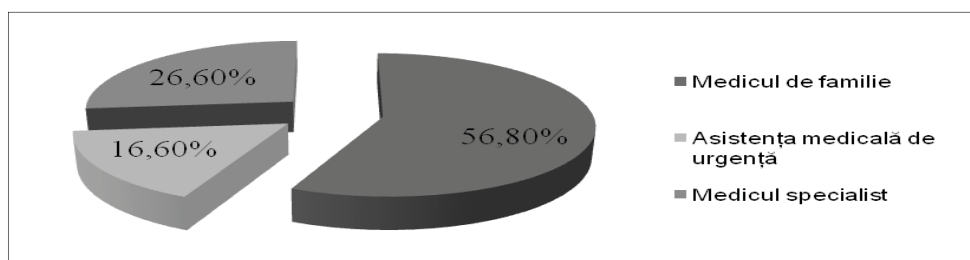


Figura 21. Ponderea selectării medicului în caz de acutizare a maladii la persoanele de 80 de ani și peste

În urma cercetării aflăm că ponderea maximă de 56,8% revine persoanelor care cred că primul ajutor ar trebui să-l ofere medicul de familie, iar ponderea minimă de 16,6% revine persoanelor care au răspuns la categoria – „echipa asistenței medicale de urgență”.

Complexitatea schimbărilor condițiilor social-economice influențează asupra sănătății populației, în special a celei apte de muncă. În continuare, ne vom referi la factorii de risc ce condiționează apariția hipertensiunii arteriale, încercând să obținem unele răspunsuri la întrebarea „La apariția și dezvoltarea bolii, care factor de risc vă este cunoscut?”. Variantele de răspuns (factorii de risc) au fost:

- stresul – 21,9%
- mâncarea picantă – 13,1%
- fumatul – 15,4%
- consumul de alcool – 13,7%
- masa excesivă a corpului – 21,1%
- alimentația neechilibrată – 6,9%
- hipodinamia – 3,5%
- condiții dăunătoare de muncă – 4,4%.

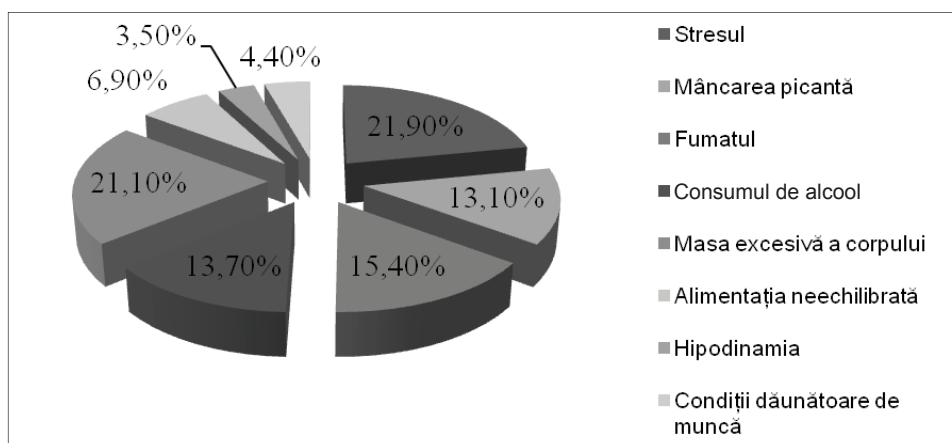


Figura 22. Ponderea factorilor de risc ce au contribuit la apariția maladii în opinia persoanelor de 80 de ani și peste

Din răspunsuri conchidem că factorii de risc ce au condiționat apariția maladii, cu ponderea maximă de 21,9% revine stresului, iar ponderea minimă de 3,5% revine hipodinamiei.

Cercetarea a conținut cu întrebarea „Care au fost secretele ce v-au ajutat să ajungeți la această vârstă?”. Răspunsurile au fost următoarele:

- munca la aer liber – 21,1%
- un mod de viață liniștit și fără stres – 42,6%
- factorul genetic – 18,1%
- alți factori – 19,2%.

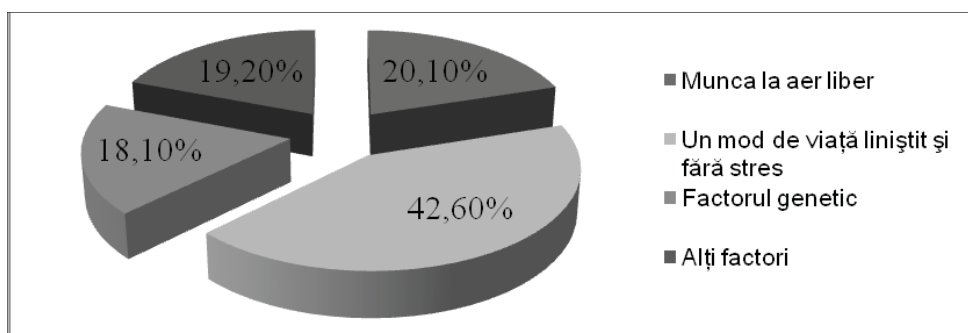


Figura 23. Ponderele secretelor longevității a persoanelor intervievate în sondaj

Analiza rezultatelor obținute arată că secretele ce le-au permis de a trăi o viață lungă sunt mai multe. Ponderea maximă de 42,6% îi revine variantei de răspuns „un mod de viață liniștit și fără stres” și ponderea minimă de 18,1% revine variantei de răspuns „factorul genetic”.

La întrebarea „În care instituție medicală ați fi dori să beneficiați de un tratament calitativ la acutizarea bolii?”, au urmat variantele de răspuns:

- Oficiul Medicului de Familie – 2,7%
- Centrul de Sănătate – 4,4%
- Centrul Medicilor de Familie – 34,9%
- Spitalul Raional – 9,4%
- Spitalul Municipal – 38,5%
- Spitalul Republican – 3,3%
- Alte instituții medicale – 6,8%.

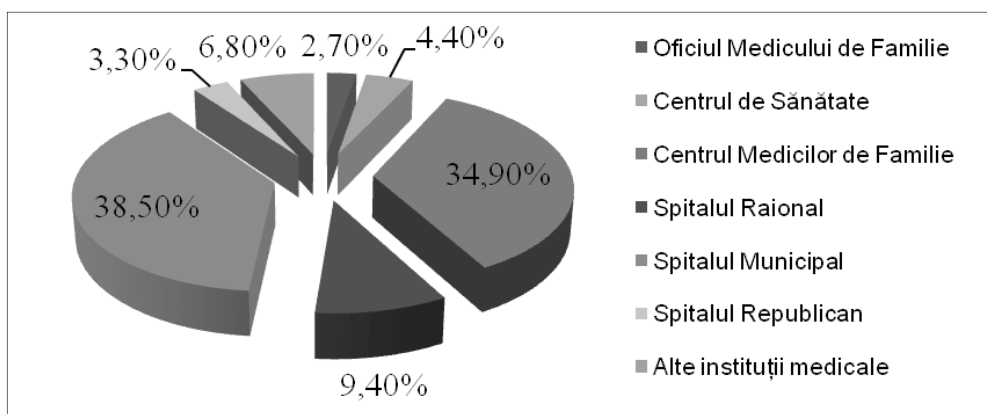


Figura 24. Ponderele instituției medicale în care ar dori să se trateze persoanele intervievate cu HTA

În urma rezultatelor obținute, constăm că instituția asociată unui tratament de calitate, cu ponderea maximă de 38,5%, revine Spitalului Municipal, iar ponderea minimă revine Spitalului Clinic Republican – 3,3%.

Constatăm, de asemenea, că am atestat starea reală de sănătate a acestui segment de populație. Am evidențiat factorii ce influențează starea de sănătate. E necesar să elaborăm un concept de măsuri de menținere și de promovare a sănătății acestei generații.

Concluzii

1. Numărul tot mai mare al vârstnicilor duce la modificarea poziției lor în viața familială și cea socială și necesită un efort reciproc de adaptare din partea tuturor membrilor familiei și a societății.

2. Rezultatele cercetărilor sondajului de opinie a populației de 80 de ani și peste ne-a permis să obținem un tablou complex și detaliat al factorilor de influență asupra bunăstării și sănătății acestui segment de populație.

3. În urma efectuării sondajului de opinie, constatăm că e necesar să elaborăm un concept de măsuri de menținere și de promovare a sănătății acestei generații.

Bibliografie selectivă

1. Vîrstnicii Republicii Moldova. Nota informativă a Departamentului Statistică și Sociologie al Republicii Moldova, 2004.
2. World Health Organization. Life in the 21st century a vision for all (World Health Report), Geneva, 2003.
3. Бреев, Б. К вопросу о старении населения и депопуляции в «Социологические исследования», №261998 p.61-66.
4. ВОЗ 2004 Международный план действий по проблемам старения – доклад об осуществлении 115-я сессия декабрь 2004.
5. Borzan, Cristina Maria, Mocean, Florea. Sănătate Publică, Ediția Medicală Universitară „Iuliu Hașegănu”, Cluj-Napoca, România, 2002, 274 p.

Rezumat

În lucrare sunt descrise particularitățile rezultatelor referitoare la modul de viață și factorii ce influențează starea de sănătate a populației de 80 de ani și peste. Studiul a inclus raionul Dondușeni și orașul Bălți.

Summary

In these state are described the particularities of the opines sinless forwards to a healthy way of life and the factors that influence the state of health in a population of 80 years and more in Republic of Moldova. The analysis was wading in the North zone: in village, Dondusheni, and in the city of Balti.

PREGĂTIREA ASISTENTELOR MEDICALE CU STUDII SUPERIOARE – UN IMPERATIV AL TIMPULUI

Dumitru Tintiuc, dr. hab. în medicină, prof. univ., **Tudor Grăjdianu**, dr. hab. în medicină, prof.univ., **Elena Stimpovschi**, dr. în psihologie, **Ion Pocaznoi**, dr. în șt. tehnice, **Olga Gagauz**, dr. în sociologie, Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”, Asociația de Nursing din Republica Moldova

Actualitatea necesității pregătirii cadrelor medicale medii în Sănătate Publică și Management este determinată de faptul că asistentele medicale cu funcții de conducere constituie una dintre cele mai importante categorii de angajați din sistemul sănătății. Ele organizează și acordă servicii medicale și îngrijiri de sănătate la diverse niveluri și pentru diferite categorii de populație. Această situație, precum și cerințele noi în activitatea instituțiilor medicale ce țin de realizarea principiilor asigurărilor de asistentelor medicale, determină necesitatea stringentă de instruire a asistentelor medicale cu funcții de conducere în Sănătate Publică și Management.

Actualitatea acestei probleme reiese și din prevederile multiplelor forumuri științifice și a structurilor internaționale. În acest context, este necesar de menționat faptul că Organizația Mondială a Sănătății acordă o atenție deosebită problemelor ce țin de dezvoltarea managementului și lider al schimbului, în activitatea asistenților medicali cu funcții de conducere. În anul 1989 Consfătuirea Mondială a Sănătății a aprobat rezoluția, prin care insistent se recomandă de a susține numirea în posturile superioare de administrare și conducere a asistenților medicali, pentru activitate în planificarea și îndeplinirea diferitelor acțiuni în domeniul Sănătății Publice la nivel național.

Majoritatea țărilor europene au o bogată experiență în domeniul pregătirii conducătorilor instituțiilor medicale, inclusiv a asistentelor medicale cu funcții de conducere. Pregătirea asistenților medicali manageri, de regulă, se efectuează în cadrul Universităților de medicină, în baza programelor analitice, luând în considerație particularitățile locale.

Prezintă interes practica acumulată în acest domeniu de Federația Rusă, unde, începând cu anul 1991 se realizează programe speciale de pregătire a asistenților-manageri cu studii superioare. Actualmente în Rusia există 27 de facultăți de pregătire a asistenților medicali cu studii superioare. Admiterea se face în baza studiilor medicale medii și a stagiului de muncă, nu mai mic de 3-5 ani; durata studiilor este de 4-5 ani.

Un rol important în realizarea Politicii Naționale de Sănătate în Republica Moldova o are Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 663 din 17.07.1997 „Cu privire la aprobarea concepției reformării sistemului asistenței medicale din Republica Moldova în condițiile economice noi pentru anii 1997-2003”. Conform acestei concepții, pregătirea cadrelor în domeniul Sănătății Publice și Managementului se realizează prin instruirea continuă preuniversitară, universitară și postuniversitară, reieșind din necesitățile reale ale statului.

Reforma asistenței medicale primare, implementarea în practică a principiilor asigurării obligatorii de asistență medicală, necesitatea optimizării mecanismelor de finanțare a instituțiilor medicale, precum și situația reală sanitaro-epidemiologică a populației, cer o nouă abordare a problemelor privind procesul de pregătire a specialiștilor în Sănătate Publică și Management.

Sistemul de instruire a cadrelor medicale în domeniul de sănătate publică existent nu prevede pregătirea cadrelor medicale cu studii medii, care dețin funcții de conducere și sunt capabile să-și evalueze activitatea, să participe la elaborarea tehnologiilor și metodelor noi de îngrijire, care ar contribui la sporirea eficienței serviciilor de sănătate și optimizare a cheltuielilor.

Asistenții-manageri trebuie să traseze un scop bine determinat în promovarea și realizarea artei de conducere a instituției. De la ei se cer atitudini obiective la implementarea metodelor noi de lucru, luarea la timp a deciziilor, o viziune profesională în fiecare caz concret, ce ține de organizarea activității în domeniu. Aceste și multe alte cerințe presupun nu numai formarea nivelului competenței în conducere, ci și perfecționarea continuă a profesionalismului în domeniul Sănătății Publice și a Managementului. Totodată, este necesar de evidențiat faptul că, deși potențialul asistenților medicali constituie 2/3 din resursele umane ale sistemului de sănătate, valoarea contribuției lor la realizarea problemelor manageriale n-a fost pe deplin apreciată. Experiența mondială demonstrează că acolo unde asistenții medicali sunt mai bine pregătiți în domeniul Sănătății Publice și a Managementului, eficiența îngrijirilor de sănătate și randamentul lor economic este mult mai mare. Conform datelor OMS, serviciile prestate de asistenți medicali sunt cu 20% mai ieftine.

Criteriile importante, în evaluarea proceselor de dirijare, devin **competența, calitățile de lider, viziunea asupra viitorului, capacităților bune de comunicare etc.**

Reforma îngrijirilor de sănătate asigură asistenților medicali noi posibilități în alegerea traseului profesional. Aceste reforme se caracterizează prin: descentralizare, restructurare, reducerea personalului, ceea ce face sectorul de sănătate mai competitiv, mai dinamic. Managementul sanitar va continua să caute mijloace mai eficiente din punct de vedere financiar, pentru a spori accesul la îngrijirile de sănătate și tendința spre o spitalizare de scurtă durată.

În felul acesta, potențialul și competențele asistentelor medicale în arii ca – îngrijirea la domiciliu și în comunitate, munca în echipă, gestionarea resurselor, monitorizarea, negocierile și relațiile dintre angajatori și salariați – necesită a fi perfecționate de urgență.

Asistentele medicale constituie grupul cel mai important, din punct de vedere numeric, dintre profesioniștii din sănătate, iar rolul lor este fundamental pentru asistența sanitară a populației.

Creșterea autonomiei profesionale și extinderea rolului nursingului în domeniile conduse în mod tradițional de medici, vor fi tendințe majore în viitor, conform analizei efectuate de Organizația Mondială a Sănătății și de Consiliul Internațional al Nurselor, care vor influența viitorul nursingului și vor constitui o nouă viziune a acestei profesii. Cele mai multe servicii de sănătate într-un pachet minim – conform Raportului Mondial pentru dezvoltarea Populației – vor fi oferite de nurse și moașe. Acestea vor trebui să fie pregătite pentru funcții interdisciplinare și de conducere, prin programe educaționale de bază în cadrul Universității de Medicină și educație continuă.

Educația și practica sunt indivizibile, una influențând-o pe cealaltă. Pentru a putea oferi o asistență potrivită, economic avantajoasă, eficientă, care conduce la promovarea sănătății în rândul populației, educația și practica trebuie să aibă la bază respectul reciproc și colaborarea, dar și transmiterea valorilor.

Utilizând tehnologii și strategii de educație moderne, formarea asistenților medicali trebuie să pună accentul pe pregătirea acestor profesioniști, astfel ca ei să răspundă nevoilor de asistență medicală.

Se știe că asistentele medicale contribuie la promovarea sănătății și sprijină, în caz de îmbolnăvire, prin cunoștințe și tehnici specifice, dar este mereu necesar, ca ele să lucreze în echipă multidisciplinară, într-un spirit de recunoaștere și respect al autorității, al responsabilității și al capacităților și specificului fiecăruia.

În consecință, asistentele medicale trebuie să fie formate astfel, încât ele să facă parte din echipa multidisciplinară, pentru a împărtăși deciziile și a-și asuma responsabilitățile de lider al echipei.

Anume aceste cerințe au fost puse la baza procesului de instruire, atunci când s-a decis de a oferi posibilitatea asistentelor medicale de a-și continua studiile superioare de asistentă medicală, în conformitate cu standardele europene.

Crearea facultății cu studii superioare a fost dictată de necesitatea restructurării radicale a asistenței medicale în practica clinică, trecerea la sistemul de mai multe nivele de educație și de perfecționare a cunoștințelor și a competențelor.

Într-un sistem, unde asistenții medicali alcătuiesc numărul cel mai mare de cadre medicale, nu ar fi corect, ca acest număr mare de cadre să nu se perfecționeze, să nu-și aprofundeze studiile, ca să poată crește în plan profesional.

Ameliorarea acestei situații este posibilă, prin intermediul pregătirii asistentelor medicale cu studii superioare în specialitatea Sănătate Publică și Management în cadrul USMF „Nicolae Testemițanu”.

Scopul instruirii asistentelor medicale cu studii superioare în specialitatea Sănătate Publică și Management – este îmbunătățirea calității serviciilor medicale și a îngrijirilor de sănătate, în conformitate cu standardele europene de pregătire a cadrelor medicale de conducere.

Obiectivele:

1. Instruirea asistentelor medicale cu funcții de conducere în specialitatea „Manager al serviciilor de sănătate”, în conformitate cu principiile și cerințele OMS, cu dreptul de a fi licențiat în domeniul Sănătății Publice și a Managementului.

2. Utilizarea metodelor moderne de instruire bazate pe principii didactice internaționale.

3. Asigurarea continuă a calității procesului de instruire, în baza perfecționării programelor analitice și a planurilor tematice a disciplinelor.

4. Colaborarea cu instituții similare de peste hotare, în scopul perfecționării cadrelor didactice în acest domeniu de instruire.

5. Promovarea Politicii de Stat în domeniul ocrotirii Sănătății.

6. Instruirea postuniversitară a asistenților medicali manageri, cu dreptul de a fi licențiați în domeniul Sănătății Publice și a Managementului.

7. Realizarea activităților de cercetare științifică a asistenților medicali-manageri în Sănătate Publică și Management.

Standardul educațional al asistenților medicali, manageri ai serviciilor de sănătate, este documentul principal, în baza căruia se întocmește planul de studii, programele analitice, elaborările metodice, testele pentru control.

Planul de studii include trei compartimente de bază: pregătirea teoretică, pregătirea practică și didactică.

Pe parcursul a 4 ani de studii, asistenții medicali manageri susțin 27 de examene de promovare și 30 de colocvii.

Studiile finalizează cu susținerea examenului de stat organizat în 3 etape:

I – examen la pregătirea practică.

II – teza de licență.

III – examen complex la disciplinele de specialitate.

Studentii care susțin testarea de finalizare obțin diploma de asistent medical cu studii superioare în specialitatea „Manager al serviciilor de sănătate”.

Instruirea asistentelor medicale s-a efectuat în conformitate cu prevederile **programelor analiti-**

ce, care conțin bazele teoretice ale fiecărei discipline, compartimentele și temele practice, aplicative. **Pregătirea practică** se efectuează la bazele clinice, și este orientată spre acumularea deprinderilor practice, necesare pentru activitate în specialitate.

Sistemul de testare – se va aplica pe deplin pentru toate disciplinele, se vor întreprinde măsuri în vederea computerizării procesului de studii și testării cunoștințelor.

Pregătirea asistenților medicali-manageri cu studii superioare, pentru activitate în instituțiile medicale va da posibilitate de a optimiza procesul de gestionare a activităților lucrătorilor medicali cu studii medii, orientate spre acordarea serviciilor medicale de performanță.

Scopul de a obține studii superioare pentru asistenții medicali constă în formarea asistenților medicali de tip nou, capabili de a lua decizii independente, în conformitate cu competențele pe care le posedă.

Începând cu anul 2000, pentru prima dată în Republica Moldova a fost organizat învățământul superior pentru asistenții medicali cu studii superioare, specialitatea „Management sanitar”, în cadrul Institutului Internațional de Management și Informatică al Serviciilor de Sănătate și Asistență Socială. Conform ordinului Ministerului Sănătății nr. 90-p § 5 din 28.08. 2003 și ordinului nr. 522-ST din 03. 10. 2003 „Cu privire la transferul studenților Institutului Internațional de Management și Informatică al Serviciilor de Sănătate și Asistență Socială” în cadrul USMF „Nicolae Testemițanu” a continuat procesul de instruire în USMF „Nicolae Testemițanu” a asistenților medicali cu funcții de conducere în specialitatea „Management Sanitar”, cu frecvență redusă de la 01.03. 2004. Într-o perioadă foarte scurtă, Departamentul Studii USMF „Nicolae Testemițanu” și Catedra de Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”, au perfecționat și elaborat programul de studii al asistentelor medicale, cu funcții de conducere în specialitatea „Management Sanitar” cu studii superioare.

Prima promoție. Asistente medicale cu studii superioare, anul 2005

| | | | |
|-----|----------------------|-----|------------------|
| 1 | Boboc Maria, șef.gr. | 12. | Mogoreanu Maria |
| 2. | Calmîc Lidia | 13. | Bejan Aurelia |
| 3. | Burcov Valentina | 14. | Melnic Svetlana |
| 4. | Langa Lilia | 15. | Balmuș Galina |
| 5. | Botnari Ana | 16. | Niculița Maia |
| 6. | Dercaci Elena | 17. | Gherasim Loreta |
| 7. | Sidor Maria | 18. | State Gheorghe |
| 8. | Grecu Ala | 19. | Gîscă Constantin |
| 9. | Sanduța Ludmila | 20. | Ursachi Maria |
| 10. | Cazacu Elena | 21. | Zavadschaia Olga |
| 11. | Calancea Ana | | |

Promoția a doua. Asistente medicale cu studii superioare, anul 2006

| | | | |
|-----|-------------------------|-----|--------------------------|
| 1. | Petrache Maria, șef gr. | 32. | Colesnic Tatiana |
| 2 | Purice Viorica | 33. | Borș Tatiana |
| 3 | Dumitrașcu Veronica | 34. | Cocalea Svetlana |
| 4 | Popușoi Tatiana | 35. | Vozian Ana |
| 5. | Duca Raisa | 36. | Sfîntu Galina |
| 6. | Racu Valentina | 37. | Caicî Eudochia, șef. gr. |
| 7 | Gășco Dorina | 38. | Golovciuc Zinaida |
| 8. | Remizovschi Nadejda | 39. | Cordelean Svetlana |
| 9 | Filip Maria | 40. | Leurda Svetlana |
| 10. | Sologub Natalia | 41. | Novaclî Irina |
| 11. | Comerzan Aliona | 42. | Babiceva Ecaterina |
| 12. | Suvac Ana | 43. | Dușcova Ana |
| 13. | Cauia Ecaterina | 44. | Varban Aliona |
| 14. | Tudosan Maria | 45. | Paraschiva Ecaterina |
| 15. | Cazacu Vera | 46. | Craseni Evghenia |
| 16. | Uglea Lilia | 47. | Panaitova Svetlana |
| 17. | Vasilieva Valentina | 48. | Gaidarji Galina |

| | | | |
|-----|------------------------|-----|-------------------|
| 18. | Lungu Silvia | 49. | Chihai Aliona |
| 19. | Margarint Rodica | 50. | Popozoglo Feodora |
| 20. | Munteanu Maria | 51. | Cuiuclu Natalia |
| 21. | Palamari Larisa | 52. | Popaz Ana Nicolai |
| 22. | Botnaru Lidia șef. gr. | 53. | Jighina Ana |
| 23. | Strișco Tatiana | 54. | Chiose Maria |
| 24. | Cliucinicova Oxana | 55. | Cojocaru Victor |
| 25. | Nichitișin Raisa | 56. | Josan Nina |
| 26. | Angheni Ana | 57. | Saghin Valentina |
| 27. | Babicova Natalia | 58. | Cemîrtan Olga |
| 28. | Postica Ludmila | 59. | Diacenco Veronica |
| 29. | Ceban Viorica | 60. | Scoarță Ecaterina |
| 30. | Chițcanean Tatiana | 61. | Ceban Maria |
| 31. | Gusac Eleonora | 62. | Sertinean Tatiana |

Impactul absolvenților a fost cel așteptat. Toți conducătorii instituțiilor medicale au acceptat și au recunoscut nivelul înalt de pregătire a asistentelor medicale în calitate de manageri.

Dintre absolvenți: 14 au fost încadrate în procesul de învățământ la Colegiul Național de Medicină și Farmacie, 2 asistente au fost numite în funcție de vicedirectori ai Instituțiilor Medico-Sanitare Publice, 38 de asistente au fost numite în funcții de conducere. Este de menționat și faptul că la aprecierea coeficientului de salarizare, acești specialiști au fost apreciați la nivelul șefilor de secții. Dar cel mai important este că acești specialiști au obținut capacități și aptitudini foarte bune de manageri, pe care le aplică în practică și servesc mult la îmbunătățirea calității serviciilor prestate.

Suntem convinși că pentru acești absolvenți vor apărea și alte oportunități, ei devenind parteneri cu statut egal în echipa de sănătate multidisciplinară.

Piața muncii, în domeniul nursingului, va oferi mai multe oportunități în ceea ce privește parcurgerea traseului profesional, a carierei profesionale, a unei motivații financiare corespunzătoare și a unor condiții de lucru mai atrăgătoare. La momentul actual, vedem angajarea acestor specialiști în calitate de directori de nursing în instituțiile curative, profesori de nursing în Colegiile de Medicină și Farmacie, Școlile de specializare și perfecționare, coordonatori în serviciile medico-sociale, coordonatori în echipele de Îngrijiri Paleative, directori ai Caselor de Nursing, redactori ai revistelor de nursing, manageri ai serviciilor de nursing, iar cei care vor dori, se vor ocupa de lucrul științific, își vor continua studiile.

Pentru Republica Moldova s-au format toate premisele și a sosit timpul, când trebuie să revenim la această problemă de continuare a studiilor superioare pentru asistenții medicali cu funcții de conducere.

Concluzii

1. Pentru Republica Moldova s-au format toate premisele și a sosit timpul, când trebuie să revenim la această problemă de continuare a studiilor superioare în pregătirea asistenților medicali cu studii superioare.

2. Piața muncii în domeniul nursingului, va oferi mai multe oportunități în ceea ce privește parcurgerea traseului profesional, a carierei profesionale, a unei motivații financiare corespunzătoare, precum și condiții de lucru mai atrăgătoare.

3. Toți conducătorii instituțiilor medicale, unde activează aceste absolvenți, au acceptat și au recunoscut nivelul profesional înalt de pregătire în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Bibliografie selectivă

1. Borzan Cristina Maria, Mocean, Florea. Sănătate Publică, Ediția Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, România, 2002, 274 p.

2. Ciocanu, M., Topchin, I., Hîncu O., Iacob, G., Managementul serviciilor spitalicești. Manual. Chișinău, 2007, 159p.

3. Ciocanu, M., Strategia de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova.

4. Tintuc, D., Grossu, I., Grăjdianu, T., Sănătate Publică și Management, Chișinău, CEP "Medicina", 2007, 896p.

Rezumat

În lucrare este descrisă necesitatea pregătirii asistentelor medicale cu studii superioare, care a devenit un imperativ al timpului pe piața muncii în domeniul nursingului. Ea va oferi mai multe oportunități în ceea ce privește parcurgerea traseului profesional în sistemul de sănătate.

Summary

In this article are described the necessity of preparing nurses with high education which became an imperative of the time in nursing, which will give more opportunities in becoming a better professional in the health system.

MORBIDITATEA COPIILOR DE VÂRSTĂ ȘCOLARĂ DIN MEDIUL URBAN

Mihail Palanciuc, dr. în medicină, conf. univ., **Elena Robu**, masterandă în Managementul Sănătății Publice, Centrul Național de Management în Sănătate, AMT Centru

Introducere

Sănătatea copilului are un șir de proprietăți și facultăți și este asigurată prin atitudinea familiei, prin grija și influența ei binefăcătoare. O mai mare atenție și dragostea pot preveni afecțiunile mai ușoare și pot ameliora starea de sănătate a bolnavilor cu maladii cronice. Când copiii beneficiază de o susținere psihologică adecvată, ei se dezvoltă mai bine, mai armonios. În acest mod, putem elimina și factorii de risc pentru dezvoltarea ulterioară a copilului

Convenția cu privire la drepturile copilului a fost ratificată de Parlamentul Republicii Moldova în 1990 și a intrat în vigoare în 1993. Există peste 20 de legi care se referă la situații specifice legate de drepturile civile, politice, sociale, economice și culturale ale copilului. Din 1994, Legea privind drepturile copilului asigură garanții ce țin de sănătatea fizică și spirituală a copiilor. Politica privind condițiile sociale, economice și organizaționale pentru dezvoltarea tinerilor, inclusiv prioritățile pentru acțiunile statului, au fost identificate în Legea cu privire la tineret din 1999. Legislația de bază privind protecția drepturilor copilului și tinerilor are de suferit, din cauza limitării surselor de finanțare, a orientării strategice și a mecanismelor de implementare.

La 8–10 mai 2002 și-a ținut lucrările Sesiunea a 27-a Specială a Asambleei Generale ONU, consacrată totalmente problemelor sănătății și dezvoltării copiilor și adolescenților. Acest forum a întrunit peste 7000 de participanți – conducători de state și guverne, savanți, medici, pedagogi, reprezentanți ai organizațiilor neguvernamentale și, pentru prima dată în istoria Națiunilor Unite, circa 400 de copii și adolescenți din diferite țări ale lumii. Sesiunea a analizat rezultatele obținute în urma acțiunilor, măsurilor întreprinse după Summitul Mondial pe problemele copiilor din 1990 și a adoptat Declarația și Planul de Acțiuni „O lume oportună pentru viața copiilor (Rezoluția S-27 din 10.05.02), prin care a stabilit dezvoltarea fizică, psihologică, spirituală, socială, emoțională și culturală a copiilor și adolescenților ca o prioritate de nivel global [2]. Totodată, în Declarație au fost determinate, precizate scopurile strategice și măsurile necesare de a fi întreprinse, pentru a îmbunătăți viața celei mai tinere părți a societății. Este de remarcat, că în aceste documente strategice, prin utilizarea noțiunilor „copii”, inclusiv „adolescenți” sau „copii și adolescenți”, pentru prima dată la un asemenea nivel a fost evidențiată adolescența, ca o perioadă specifică de vârstă.

Proclamând în ziua înființării (7 aprilie 1948) scopul său strategic de bază – promovarea la toate popoarele lumii a celui mai înalt nivel de sănătate posibil de atins, Organizația Mondială a Sănătății își extinde activitatea asupra tuturor domeniilor legate de sănătatea omenirii, concentrându-se, în același timp, la anumite priorități. La 27 mai 2003, întru realizarea Declarației și Planului de Acțiuni

al ONU „O lume oportună pentru viața copiilor”, Sesiunea 56-a a Adunării Mondiale a Sănătății a aprobat „Direcțiile strategice de ameliorare a sănătății și dezvoltării copiilor și adolescenților” [5].

Instabilitatea sferei social-economice din ultimii ani, în condițiile Republicii Moldova, a condus la înrăutățirea situației copiilor și a posibilității de realizare a funcțiilor fundamentale ale familiei. Ca rezultat, sunt în creștere indicii nefavorabili ce determină starea de sănătate a copiilor (morbidity majorată, deficiențe în dezvoltarea fizică, copii ce nu fac față cerințelor la școală etc.). Strategia globală a sănătății pentru toți, lansată de Adunarea Generală OMS (1979), cere implicarea fiecărui individ, a fiecărei familii și a comunității, propunând promovarea sănătății, prin servicii adecvate de sănătate și alte servicii sociale. Starea proastă de sănătate a copiilor în Republica Moldova este reflectată de rata mortalității infantile, creșterea numărului copiilor cu dizabilități, seropozitivi etc.

Suport metodologic și teoretico-științific

Lucrarea s-a bazat pe principiul acordării asistenței medicale elevilor, conform prevederilor Programului Unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu și cerințelor ordinelor în vigoare.

Metodologia cercetării a fost elaborată în baza materialelor expuse, apărute în publicațiile atât a autorilor autohtoni (Nicolae Testemițanu, 1974; V. Socol, 1979; Hăbășescu I., Moraru M., 1999; I. Haidarlî, 1989, 2003; E. Popușoi, 1998; Guțul A., Voina T., Calin V., 2000; D. Tintiuc, 2002; C. Ețco, 2002); cât și ale celor din diferite țări (Singh și Casterline, 1985; R. F. L. Logan, M. Vasec, Linder Forest E., 1986; Ю. П. Лисицын, 1982, 1984, 1998; P. Mureșan, 1989; G. Petrescu, 1990; R. Duda, 1996; Кучма В., 1996; Tulchinschy Theodore H., 2003).

Drept suport teoretico-științific au servit materialele informaționale referitoare la starea sănătății și dezvoltarea copiilor în Republica Moldova și în lume, actele legislative și normative, care reglementează aspectele acordării asistenței medicale elevilor și politicile în domeniul sănătății în Republica Moldova, cât și peste hotarele țării.

Argumentarea științifică a aspectelor medicale vizând acordarea asistenței medicale elevilor și influențelor sociale și psihologice ale sănătății copiilor de vârstă școlară din mediul urban reprezintă un studiu orientat spre elaborarea măsurilor de profilaxie a maladiilor, îmbunătățirii pregătirii pentru viața de adult.

O contribuție deosebită în studierea aspectelor medico-sociale a stării de sănătate a copiilor de vârstă școlară au adus savanții: Ețco C. 1992, Spinei L. 1998, Ștefăneț S. 1999, Moraru M., Hăbășescu I., Manic C., 1998, Voina T., Gutțul A., Izimov N., Corbu N., 2003 etc.

Materiale studiate

În acest context, am efectuat un studiu multilateral al stării de sănătate a populației pediatrice din sectorul Centru al or. Chișinău. Studiul a făcut o analiză a aspectelor medico-psiho-sociale ale sănătății copiilor de vârstă școlară și evaluarea factorilor ce influențează sănătatea lor. Cercetarea a fost realizată în baza unei metodologii veridice, care a permis obținerea datelor atât de natură cantitativă cât și calitativă.

Studierea sănătății elevilor a fost efectuată în baza fișelor medicale de evidență și a informației obținute, în rezultatul examenului medical de bilanț efectuat la vârstele-țintă. Dinamica stării de sănătate a fost determinată după datele din formularele anuale de evidență statistică:

- nr 31 „Darea de seamă privind asistența medicală acordată copiilor” pe o perioadă de patru ani (2003 - 2006), calculându-se criteriile principale de evaluare (Сепетлиев Д., 1968; Jaba E., 1999).

- în baza Notei informative despre starea sănătății elevilor (Anexa nr. 2 la ordinul MS și MÎ nr.01/01 din 03.01.02) a fost evaluată dinamica morbidității pe o perioadă de trei ani (2004-2006). Repartizarea elevilor după grupele de sănătate a fost efectuată după criteriile tradiționale de evaluare (Сердюковская Г., 1982; Кирилкина Т., 1992; Шабалов Н., 2001).

- Starea de sănătate a fost studiată și în baza examenului medical de bilanț, care se efectuează în fiecare an de către o echipă de medici, constituită în conformitate cu normele de asistență medicală în vigoare, la vârsta de 7, 11, 15, 17 ani.

Rezultatele examenului medical de bilanț au fost interpretate, comentate pe baza standardelor naționale, cu consemnarea rezultatelor în fișele F- 026/e și F-112/e.

Pentru evaluarea legităților de bază de formare și modificare a sănătății elevilor din orașul

Chișinău a fost aplicat un complex de metode cum sunt: metode de analiză matematică a rezultatelor obținute; metode antropometrice; metode fiziometrice, metode sociologice etc.

Drept obiect de studiu, au servit elevii instituțiilor educaționale preuniversitare, ale învățământului de cultură generală cu vârsta cuprinsă între 7-18 ani. Investigațiile au fost efectuate, în condițiile reale ale procesului instructiv-educational, în sectorul Centru al orașului Chișinău.

Studiul integral descriptiv a cuprins 11617 de copii, organizați din instituțiile de învățământ și a urmărit cercetarea dinamicii morbidității.

Pentru studiul selectiv transversal a fost proiectat un eșantion în număr de 4343 de elevi supuși examenului medical de bilanț, la care au fost evaluate: dezvoltarea fizică, neuropsihică, grupele de sănătate, grupele de risc, morbiditatea primară și secundară. De asemenea, a fost luat în considerație un șir de caractere: alimentația și starea de sănătate la vârsta de un an, evidența medicală până la examenul de bilanț.

Pentru evaluarea aspectelor medico-psihsociale ale sănătății elevilor din mediul urban, a factorilor care o influențează și a opiniei elevilor și părinților referitoare la respectarea modului sănătos de viață, a fost realizat un sondaj sociologic, efectuat după un chestionar elaborat în cadrul studiului prezent, care a cuprins 198 de elevi și 114 părinți.

Sinteza informației primare a fost efectuată în programele EPI-INFO, EXEL și WORD. A fost utilizată rețeaua informațională „Internet” și „MedLine”, cu situ-rile respective în domeniul sănătății și dezvoltării copiilor și adolescenților.

Rezultate și discuții

În această prezentare ne vom opri doar la analiza morbidității elevilor din cadrul instituțiilor de învățământ din mediul urban. Analizând numărul total al copiilor bolnavi din sectorul Centru pe o perioadă de 3 ani, constatăm că pentru anul 2004 acest număr a constituit 3436, pentru 2005 – 3629 și pentru 2006 – 3294, iar numărul cazurilor de îmbolnăviri a fost respectiv de 15910; 16804 și 15254. Numărul absolut al copiilor bolnavi în acești ani a fost diferit, raportul cazurilor de boală față de numărul persoanelor bolnave pentru toți acești ani este de 4,63. Deci, putem spune că în dinamică numărul de maladii la o persoană rămâne același.

Analiza și aprecierea indicilor morbidității copiilor pe republică pentru o perioadă de 4 ani, ne demonstrează că o tendință de sporire a lor este de la 7238,6‰ în 2002 până la 7401,3‰ în anul 2006. În municipiul Chișinău de asemenea s-a înregistrat creșterea prevalenței și incidenței în aceeași perioadă de timp (*tabelul 1*).

Dinamica acestor indicatori ne arată că sporul relativ al incidenței în anul 2006 față de 2003 în sectorul Centru al municipiului Chișinău reprezintă o valoare negativă și constituie 1089,7‰, față de 2004 – minus 52,3‰ și față de 2005 – minus 767,0‰. Deci, putem menționa o micșorare a incidenței în anul 2006 față de anii precedenți. Sporul relativ al prevalenței de asemenea are valori negative pentru anul 2006 față de anii 2003 și 2005 și numai față de 2004 este pozitiv și constituie + 220,5%.

Tabelul 1

Nivelul morbidității copiilor în Republica Moldova comparativ cu mun. Chișinău pentru anii 2003 – 2006, ‰

| Indicii morbidității | | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Republica Moldova | P | 7238,6 | 7203,2 | 7519,2 | 7401,3 |
| | I | 5393,7 | 5452,9 | 5692,5 | 5553,6 |
| Municipiul Chișinău | P | 11338,1 | 11398,9 | 11696,3 | 11535,6 |
| | I | 8803,1 | 8470,2 | 9062,7 | 8786,6 |
| Sectorul Centru | P | 9808,4 | 8733,0 | 9638,6 | 8953,5 |
| | I | 7802,7 | 6765,3 | 7480,0 | 6713,0 |

Comparând indicii morbidității elevilor pe parcursul a 10 ani, constatăm o majorare de mai mult de 4,6 ori de la 123,4% în 1985 până la 569,3% în anul 2005.

Morbiditatea copiilor din mediul urban înregistrată în anul 2006, este de 3 ori mai mare, prin maladiile aparatului digestiv și leziunile traumatiche, mai mult de două ori, prin malformații congeni-

tale și bolile endocrine, și mai mult de 1,6 ori, prin bolile sistemului nervos, bolile aparatului respirator, bolile urechii externe și apofizei mastoide, comparativ cu a copiilor din mediul rural.

Analizând nivelul incidenței copiilor din orașe, conform claselor de boală (tabelul 2), comparativ cu indicii pe republică, depistăm majorarea incidenței printre maladiile sistemului nervos, tumori, maladiile aparatului respirator etc.

Conform formelor nozologice, nivelul incidenței printre copii în sectorul Centru al municipiului Chișinău în anul 2006 a fost maxim la afecțiunile aparatului respirator – 4058,7‰, urmat de maladiile aparatului digestiv cu 457,3‰. Bolile urechii externe și apofizei mastoide (449,0‰) se plasează pe locul III, după nivelul incidenței. Locul IV revine maladiilor infecțioase și parazitare cu 373,8‰. Locul V este ocupat de bolile aparatului genito-urinar (356,8‰), urmate de malformațiile congenitale, deformațiile și anomaliile cromozomiale (353,5‰). Bolile sângelui și ale organelor hematopoietice, după nivelul incidenței, se plasează pe locul VII.

Această ierarhie a nivelului incidenței, acumulată de noi în baza datelor statistice, nu diferă semnificativ de rezultatele nivelului prevalenței înregistrate în baza adresărilor la medicul de familie și, de asemenea, nu diferă semnificativ de ierarhia maladiilor înregistrate la elevi.

Tabelul 2

Incidența morbidității copiilor la 10000, conform claselor de boală pentru anii 2005 și 2006

| Clasa | Denumirea maladiilor | 2005 | | | 2006 | | |
|---------|--|---------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|-----------------|
| | | RM | Chișinău | Sect. Centru | RM | Chișinău | Sect. Centru |
| A00-B99 | Bolile infecțioase și parazitare | 723,2 | 627,2 | 400,9 | 669,4 | 582,2 | 373,8 |
| C00-D48 | Tumori | 9,3 | 33,4 | 24,7 | 5,0 | 8,1 | 25,2 |
| D50-D89 | Bolile sângelui și ale organelor hematopoietice | 206,8 | 191,6 | 266,1 | 200,9 | 159,1 | 252,9 |
| E00-E90 | Boli endocrine, dereglări de nutriție și metabolism | 78,8 | 116,3 | 219,7 | 66,4 | 148,6 | 213,0 |
| F00-F99 | Tulburări mentale și de comportament | 73,9 | 84,2 | 30,9 | 74,1 | 83,7 | 42,2 |
| G00-G99 | Bolile sistemului nervos | 118,8 | 193,4 | 69,9 | 112,1 | 180,5 | 99,2 |
| H00-H59 | Bolile ochiului și anexelor sale | 149,2 | 210,8 | 170,3 | 134,7 | 154,5 | 163,7 |
| H60-H95 | Bolile urechii externe și apofizei mastoide | 167,7 | 265,3 | 465,7 | 142,0 | 244,9 | 449,0 |
| I00-I99 | Bolile aparatului circulator | 35,5 | 24,3 | 26,5 | 37,1 | 24,9 | 25,2 |
| J00-J99 | Bolile aparatului respirator | 2540,7 | 4095,9 | 4478,3 | 2599,4 | 4052,6 | 4058,7 |
| K15-K93 | Bolile aparatului digestiv | 273,5 | 367,4 | 409,9 | 259,2 | 771,2 | 457,3 |
| L00-L99 | Bolile pielii și ale țesutului celular subcutanat | 485,3 | 814,9 | 207,6 | 432,2 | 771,2 | 238,9 |
| M00-M99 | Bolile sistemului osteo-articular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv | 68,7 | 155,9 | 33,3 | 69,7 | 144,8 | 29,4 |
| N00-N99 | Bolile aparatului genito-urinar | 129,6 | 177,1 | 310,9 | 114,3 | 141,7 | 356,8 |
| P00-P96 | Unele afecțiuni a căror origine se situează în perioada perinatală | 75,0 | 98,7 | 39,0 | 72,2 | 104,9 | 35,2 |
| Q00-Q99 | Malformații congenitale, deformații și anomalii cromozomiale | 43,8 | 120,0 | 230,0 | 42,4 | 116,0 | 353,5 |
| S00-T98 | Leziuni traumatice, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe | 486,1 | 1510,9 | 296,0 | 501,1 | 1581,4 | 138,5 |
| A00-T98 | Total | 5692,5 | 9062,7 | 7480,0 | 5553,6 | 8786,6 | 6713,0 |

Nivelul și structura morbidității elevilor, a fost obținută în rezultatul extragerii datelor din actele medicale îndeplinite în timpul examenelor de bilanț, efectuate în cadrul școlilor de pe sector. Conform rezultatelor, nivelul morbidității generale a elevilor ce își fac studiile în școlile din sectorul Centru al municipiului Chișinău, pe parcursul anilor 2004-2006 diferă nesemnificativ ($p < 0,05$), înregistrându-se un nivel de 423,0‰ pentru anul 2004, cu cel mai mic nivel pentru anul 2005 - 419,4‰ și ajungând la 426,4‰ în 2006. Această micșorare nesemnificativă, o constatăm în anul 2005, și este în raport cu ceilalți ani. Am tras această concluzie, deoarece nivelul incidenței pe parcursul celor trei ani este în creștere continuă, de la 205,0‰ în 2004, la 211,6‰ în 2005 și ajungând la 230,4‰ în 2006 (tabelul 3).

Tabelul 3

Prevalența și incidența morbidității elevilor din instituțiile de învățământ din sectorul Centru pentru anii 2004 și 2006 (la 1000 elevi)

| Clasa | Denumirea bolii | 2004 | | 2005 | | 2006 | |
|-------|---|-------|--------------|-------|---------------|-------|--------------|
| | | Total | Incl.caz nou | Total | Incl. caz nou | Total | Incl.caz nou |
| 1. | Morbiditatea generală | 423 | 205 | 419,4 | 211,6 | 426,4 | 230,4 |
| 1.1 | Inclusiv cronică | 260 | 42,5 | 260 | 52,4 | 256,4 | 60,3 |
| 2 | Bolile infecțioase și parazitare (A00-B64) | 5,1 | 5,1 | 3,1 | 3,1 | 2,7 | 2,7 |
| 3 | Maladii parazitare (B65-B83) | 0,6 | 0,6 | 0,8 | 0,8 | | |
| 4 | Bolile aparatului respirator (J00-J99) | 183,6 | 157,5 | 199 | 168 | 217,5 | 187,9 |
| 4.1 | Cronice | 30,3 | 2,9 | 45 | 14,7 | 45,4 | 15,9 |
| 5 | Bolile aparatului digestiv (K15-K93) | 28,2 | 3,4 | 25 | 2,3 | 25,9 | 2,7 |
| 5.1 | Cronice | 27 | 2,6 | 24,6 | 2,1 | 25,7 | 2,5 |
| 6 | Bolile sistemului nervos (G00-G99) | 43,4 | 5,2 | 42,8 | 8,7 | 44,2 | 8,1 |
| 7 | Bolile ochiului și anexelor sale (H00-H59) | 70,9 | 23,3 | 59,7 | 13,9 | 52,8 | 15,3 |
| 7.1 | Acuitate vizuală scăzută | 35,7 | 4,5 | 34,5 | 2,2 | 35,4 | 12,5 |
| 8 | Tulburări mentale și de comportament (F00-F99) | - | - | - | - | - | - |
| 9 | Bolile sângelui și ale organelor hematopoietice (D50-D89) | 1,2 | 0,3 | 0,9 | 0,2 | 1,1 | 0,16 |
| 9.1 | Anemii ferodeficitare | 0,6 | 0,6 | 0,6 | 0,5 | 0,2 | 0,16 |
| 10 | Maladiile endocrine, de nutriție și metabolism (E00-E90) | 9,7 | 1,6 | 9,5 | 1,3 | 8,5 | 1,3 |
| 10.1 | Obezitate (E66) | 1,8 | 0,5 | 2,6 | 0,5 | 1,9 | 0,5 |
| 10.2 | Afecțiuni tiroidiene (E01-E02) | 4,6 | 0,5 | 5 | 0,7 | 5,5 | 0,6 |
| 11 | Bolile pielii și ale țesutului celular subcutanat (L00-L99) | 1,9 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 1,2 | 1,2 |
| 12 | Bolile aparatului genito-urinar (N00-N99) | 42,5 | 3,4 | 40 | 4,0 | 39,2 | 4,1 |
| 13 | Bolile sistemului osteo- articular, ale mușchilor și țesutului conjunctiv (M00-M99) | 19 | 7,9 | 20,4 | 4,6 | 28,7 | 11,8 |
| 13.1 | Dereglări de ținută | 6,5 | 0,7 | 5,9 | 1,5 | 12,7 | 6,7 |
| 14 | Bolile aparatului circulator (I00-I99) | 15,3 | 0,7 | 15,1 | 1,9 | 9,8 | 0,9 |
| 15 | Leziuni traumatiche, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe (S00-T98) | 1,8 | 1,5 | 2,2 | 2,2 | 2,1 | 2,1 |

| | | | | | | | |
|----|---|-------|-----|-------|-----|-------|-----|
| 16 | Bolile urechii și apofizei mastoide (H60-H95) | 1,0 | 0,7 | 0,7 | 0,3 | 0,6 | 0,2 |
| 17 | Numărul mediu de elevi | 13037 | | 12791 | | 12235 | |

Pe locul I, în structura prevalenței și incidenței la elevi, se află maladiile aparatului respirator, cărora le revine și cota majoră, cu un nivel al prevalenței înregistrat în anul 2006 de 217,5‰ și al incidenței de 187,9‰. Celelalte maladii s-au înregistrat într-o valoare semnificativ mai joasă. Astfel, pe locul II în această structură se plasează bolile ochiului și ale anexelor sale, cu un nivel al prevalenței de 52,8‰ și al incidenței de 15,3‰. Cea mai frecventă cauză înregistrată printre aceste maladii este scăderea acuității vizuale cu o prevalență de 35,4‰ și incidență de 12,5‰. Pe locul III sunt clasate maladiile aparatului genito-urinar, cu un nivel al prevalenței de 39,2‰ și al incidenței de 4,1‰.

Este semnificativ de menționat, că pe parcursul anilor incluși în studiu – 2004 – 2006, nivelul incidenței și al prevalenței prin maladii ale aparatului respirator este în creștere, iar prin boli ale ochiului și anexelor, precum și prin maladii ale aparatului genito-urinar este în descreștere. Aceste modificări pot fi explicate printr-o înregistrare majoră a cazurilor stringente de infecții respiratorii acute.

Raportul dintre prevalență și incidență arată tendințele de acumulare și cronicizare, pentru anul 2006, și este maxim la maladiile aparatului circulator, fiind de 10,89‰. Tot la nivel foarte înalt acest indice îl înregistrăm la bolile aparatului digestiv (9,60‰), bolile aparatului genito-urinar (9,56‰) și afecțiunile tiroidiene (9,17‰). Pentru comparație, nivelul minim, adică egal cu 1‰, s-a înregistrat la bolile infecțioase și parazitare, la bolile pielii și ale țesutului celular subcutanat și la leziunile traumatiche, otrăviri și alte consecințe ale cauzelor externe. La maladiile aparatului respirator acest raport este de 1,16‰. Deci, pentru elevi, maladiile aparatului respirator nu prezintă un pericol evident de cronicizare. Niveluri relativ înalte ale acestui raport s-au înregistrat la bolile sângelui și ale organelor hematopoietice cu 6,88‰ și la maladiile endocrine, de nutriție și metabolism – 6,54‰ (inclusiv obezitatea cu 3,8‰). Maladiile sistemului nervos au un raport prevalență/incidență de 5,46‰.

Concluzii

Analiza și aprecierea indicilor morbidității copiilor pe republică și în municipiul Chișinău, pentru o perioadă de 4 ani ne demonstrează o tendință de sporire a lor. Comparând indicii morbidității elevilor, pe parcursul a 10 ani, constatăm o majorare de mai mult de 4,6 ori. Nivelul incidenței copiilor din orașe, conform claselor de boală, comparativ cu indicii republicani, denotă majorarea incidenței printre maladiile sistemului nervos, tumori, maladiile aparatului respirator etc. Conform formelor nozologice, nivelul incidenței printre copii în sectorul Centru al municipiului Chișinău în anul 2006 a fost maxim la afecțiunile aparatului respirator – 4058,7‰₀₀, urmat de maladiile aparatului digestiv cu 457,3‰.

Această ierarhie a nivelului incidenței, acumulată de noi, în baza datelor statistice, nu diferă semnificativ de rezultatele nivelului prevalenței atestate în baza adresărilor la medicul de familie și, de asemenea, nu diferă semnificativ de ierarhia maladiilor înregistrate la elevi.

Rezultatele obținute referitor la raportul cazurilor de boală față de numărul persoanelor bolnave, pe parcursul ultimilor 3 ani, a constituit 4,63, deci în dinamică numărul de maladii la o persoană rămâne același.

Astfel, putem menționa că cercetările efectuate pe parcursul perioadei indicate, analiza rezultatelor obținute în particular, cercetarea morbidității elevilor din cadrul instituțiilor de învățământ din mediul urban, în dinamică și în comparație cu alte grupe de populație, ne-au permis să facem unele obiecții și propuneri concrete, care în viitor ar putea ameliora sănătatea lor.

Bibliografie selectivă

1. Conceptul Național „Servicii Prietenoase de sănătate Tinerilor”, aprobat de colegiul Ministerului Sănătății și Protecției Sociale la 29 noiembrie 2005.
2. Declaration and the Plan of Action „A World Fit for Children”. United Nations General Assembly Special Session on Children, Resolution S-27 from 10 May 2002.

3. Ețco, C., Fartaul, M., Hasan, N. Nivelul dezvoltării psihice și sociale la elevii școlii primare. Probleme actuale ale sănătății populației și reformei asistenței medicale. Chișinău, 2000, p.65- 67.

4. Habașescu, L., Moraru, M. și Guțul, A. Necesitatea instruirii medicilor pediatri în domeniul igienei copiilor și adolescenților. Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. Chișinău: Editura Medicală, 2002, vol. I, p.235-389.

5. Strategic Directions for improving Child and Adolescent Health and Development. Fifty-sixth World Health Assembly Resolution, 27 May 2003. (WHA55.19).

Rezumat

A fost studiată starea de sănătate a copiilor din sectorul Centru, Chișinău, în baza examenelor medicale de bilanț. Analiza indicilor morbidității copiilor, pe parcursul a 4 ani, în Republica Moldova, demonstrează o tendință de creștere.

Analiza nivelului și structurii morbidității elevilor ne arată că pe locul I, în structura prevalenței și incidenței la elevi, se află maladiile aparatului respirator, cărora le revine și cota majoră, cu un nivel al prevalenței înregistrat în anul 2006 de 217,5‰ și al incidenței de 187,9‰. Celelalte maladii s-au înregistrat într-o valoare semnificativ mai joasă. Astfel, pe locul II în această structură se plasează bolile ochiului și ale anexelor sale cu un nivel al prevalenței de 52,8‰ și al incidenței de 15,3‰. Cea mai frecventă cauză înregistrată printre aceste maladii este scăderea acuității vizuale, cu o prevalență de 35,4‰ și incidență de 12,5‰. Pe locul III sunt clasate maladiile aparatului genito-urinar, cu un nivel al prevalenței de 39,2‰ și al incidenței de 4,1‰.

Summary

It was studied the health of children in the urban sector in the review of medical exams. Analysis of morbidity indices children over 4 years in Moldova shows a rising trend.

Analysis of the level and structure of morbidity students shows that the place in the prevalence and incidence in children are respiratory diseases, which account for major share and with a level of prevalence recorded in 2006 to 217.5 ‰, and the incidence of 187.9 ‰. The other diseases were recorded in a significantly lower value. Thus, in place in this structure are placed eye diseases and its Annexes with a prevalence level of 52.8 ‰ and 15.3 ‰ of incidence. The most common question mark among these diseases is decreased visual acuity with a prevalence of 35.4 ‰ and 12.5 ‰ incidence. In place of the diseases are ranked GUM with a prevalence level of 39.2 ‰ and the incidence of 4.1 ‰.

DINAMICA INDICATORILOR DE SĂNĂTATE ÎN CONDIȚIILE IMPLEMENTĂRII ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Zina Cobâleanu, dr. în medicină, cercet. conf., **Victor Catană**, dr. în medicină, cercet. conf., **Victor Talmaci** dr. în economie, conf. univ., **Ștefan Mahovici**, dr. în medicină, cercet. conf., Centrul Național de Management în Sănătate

Până în anii 90 ai secolului trecut Moldova avea un sistem medical exclusiv public, puternic centralizat, susținut financiar de către bugetul de stat și coordonat de Ministerul Sănătății. Serviciile erau oferite populației, oficial în mod gratuit, însă subfinanțarea gravă a sistemului a condus la scăderea calității serviciilor și la transferul unei părți a costului acestora către populație. Astfel, o parte dintre costurile tratamentelor erau transferate, direct sau indirect, către beneficiar, inclusiv prin plățile informale către personalul medical, limitând astfel accesul unor segmente din populație la serviciile medicale.

Calitatea redusă a serviciilor și lipsurile din sistem, datorate bugetului redus, impuneau luarea unor decizii, în scopul îmbunătățirii asistenței medicale publice în Republica Moldova. Trecerea la un model bazat pe asigurări de sănătate a fost evaluată la momentul respectiv drept soluția optimă

pentru rezolvarea multor dintre problemele sistemului. Drept urmare, principiile de organizare, finanțare și furnizare către populație a serviciilor sistemului sanitar public au fost modificate, începând cu 1 ianuarie 2004. Atunci, pe întreg teritoriul Republicii Moldova, au fost implementate Asigurările Obligatorii de Asistență Medicală, care reprezintă un sistem garantat de stat de apărare a necesităților populației în domeniul ocrotirii sănătății. Serviciile medicale sunt, astfel, în prezent, acordate în baza contribuției la fondul de asigurări de sănătate din salariul brut al angajatului și din partea angajatorului. Asiguratul beneficiază, pe baza acestei contribuții, în mod gratuit, de un pachet de servicii definite drept vitale și reglementate legislativ. Copiii până la 18 ani, studenții, pensionarii, invalizii și gravidele sunt asigurate din bugetul de stat.

Noul model a dus la reducerea accesului populației la serviciile medicale, prin apariția unor persoane care nu pot beneficia de asistență medicală (în afara celei de urgență, minimale), neavând asigurare de sănătate.

Pentru a evidenția impactul asigurărilor obligatorii de asistență medicală asupra calității serviciilor de sănătate, au fost analizate datele statistice, de care dispune Centrul Național de Management în Sănătate. Astfel, s-a constatat că pe parcursul ultimilor 5 ani are loc o scădere în date absolute a numărului populației Republicii Moldova de la 3606,8 mii în anul 2003 la 3567,5 mii – în 2008 (fig. 1). A scăzut cu 16,8 mii numărul populației urbane și cu 22,5 - a celei rurale. Dacă în anul 2003 numărul copiilor constituia 895,6 mii, atunci în 2008 – doar 787,0 mii sau cu 108,6 mii mai puțini.

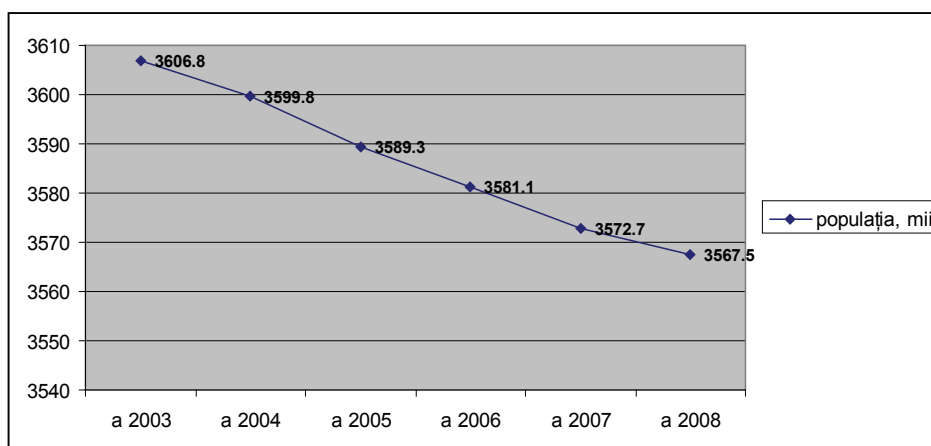


Fig. 1. Dinamica numărului absolut al populației Republicii Moldova, anii 2003-2008

Această scădere a populației este datorată diferenței dintre natalitate și mortalitate. Astfel, în perioada monitorizată, rata natalității, a manifestat variații cu tendințe de creștere (10,1‰; 10,6‰; 10,5‰; 10,5‰; 10,6‰; 10,9‰), comparativ cu anul 2003. În anul 2008 are loc o creștere cu 0,8‰ a natalității (fig. 2).

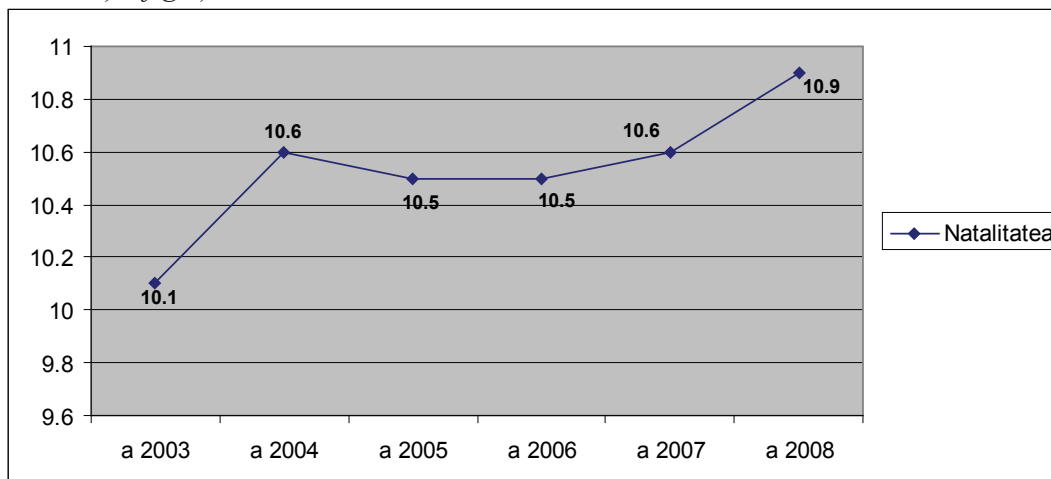


Fig. 2. Dinamica natalității în Republica Moldova, anii 2003-2008, (‰)

Deși în sine mortalitatea reprezintă un aspect negativ al stării de sănătate ea mai, constituie, alături de alte fenomene demografice, unul de bază. Analizând dinamica ratei mortalității generale în Republica Moldova, constatăm că acest indicator a înregistrat o dinamică oscilatorie dar menținându-se la cifre mai înalte față de 2003. Astfel, acest indicator este în descreștere de la 1192,6 la 100 mii locuitori în 2003 la 1156,4‰ în 2004 sau cu 36,2‰ mai puțini, urmată de o creștere față de anul 2003 cu 50,6‰ în anul 2005, constituind 1243,2 la 100 mii locuitori. În 2006 se înregistrează o diminuare (a.2006 - 1203,6‰ și 2007 – 1203,6‰) și o diminuare cu 28,6‰ sau 1175,0‰ - în anul 2008 (fig. 3).

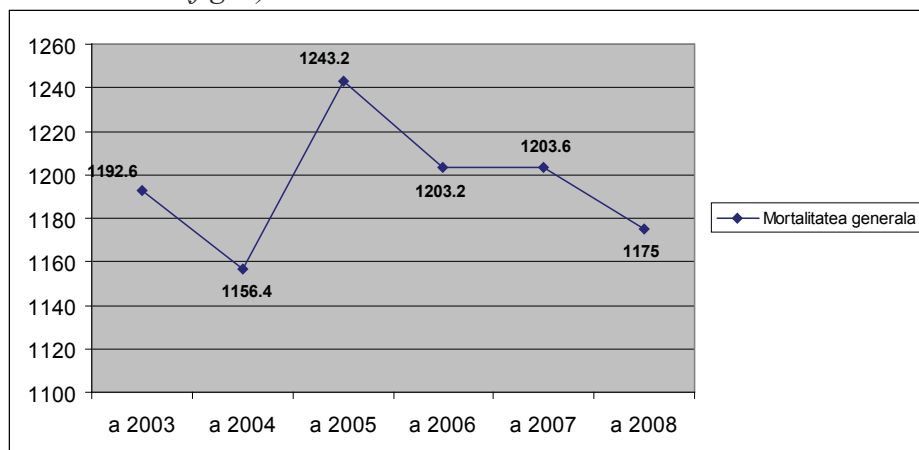


Fig. 3. Dinamica mortalității generale în Republica Moldova, anii 2003-2008, (‰)

Analiza ratei mortalității, după principalele cauze de deces, constată că, pe întreaga perioadă estimată, locul I revine bolilor aparatului circulator. Rata acestora manifestă o dinamică oscilatorie față de anul 2003. Astfel, în anul 2003 rata mortalității, prin maladii ale aparatului circulator, a constituit 679,6‰, urmată de o diminuare de până la 653,7 la 100 mii locuitori în anul 2004. În anul 2005 se înregistrează o creștere față de anul 2003 cu 20,5‰. Următorii ani înregistrează rate mai joase față de anul 2003: 1203,2‰ (anii 2005-2006), 1203,6‰ (2007) și de până la 657,4 la 100 mii locuitori (2008). Pe locul II s-au clasat tumorile cu rata în creștere (141,5‰) față de anul 2003 (138,5‰), 145,8‰ (2005), 153,4‰ (2006), 152,6‰ (2007) și 567,4‰ (2008).

Bolile aparatului digestiv sunt clasate pe locul III și înregistrează rate medii cuprinse între 112,3‰ (2008) și 128,6‰ (2005) față de anul 2003 (114,1‰). Traumele și otrăvirile cu rată medie de 103,2‰ în anul 2003 și dinamică oscilatorie în anii următori: 101,6‰ (2004), 108,4 (2005), 105,0‰ (2006), 101,9‰ (2007) și 99,4‰ (2008) sunt clasate pe locul IV. Bolile aparatului respirator dețin poziția V în clasament: 79,0‰ (2003), 69,3‰ (2004), 79,12‰ (2005), 72,9‰ (2006); 72,1‰ (2007) și 68,9‰ (2008) (fig. 4).

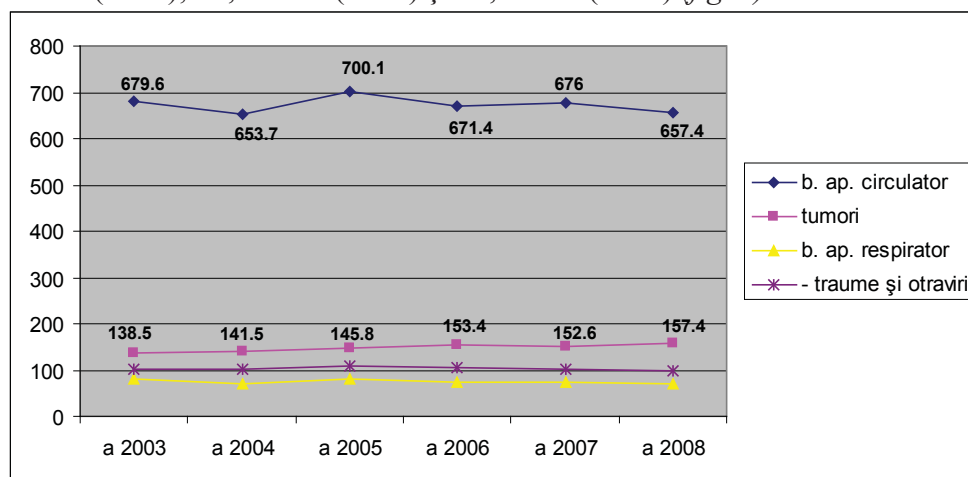


Fig. 4. Dinamica mortalității generale după cauzele de deces în Republica Moldova, anii 2003-2008, (‰)

Rata mortalității materne în anul 2004 a constituit 23,5 la 100 mii născuți vii față de 21,9 în anul 2003. Începând cu anul 2005, se înregistrează o scădere în dinamică a acestui indicator. Astfel, în anul 2005, rata medie scade brusc până la 18,6 la 100 mii născuți vii sau cu 3,3 la 100 mii născuți vii mai joasă față de anul 2003. Diminuarea indicatorului se menține și în anul 2006 (16,0‰), și în anul 2007 (15,8‰), fiind cea mai joasă rată în perioada estimată. În anul 2008 se înregistrează o creștere bruscă cu 16,5‰, atingând rata de 38,4 la 100 mii născuți vii. Astfel, situația la acest capitol rămâne în continuare o problemă stringentă a societății moldovenești, cu atât mai mult cu cât reflectă în egală măsură statutul femeilor, accesul lor la asistență medicală și, mai ales, competența sistemului medical de a răspunde cazurilor individuale (fig. 5).

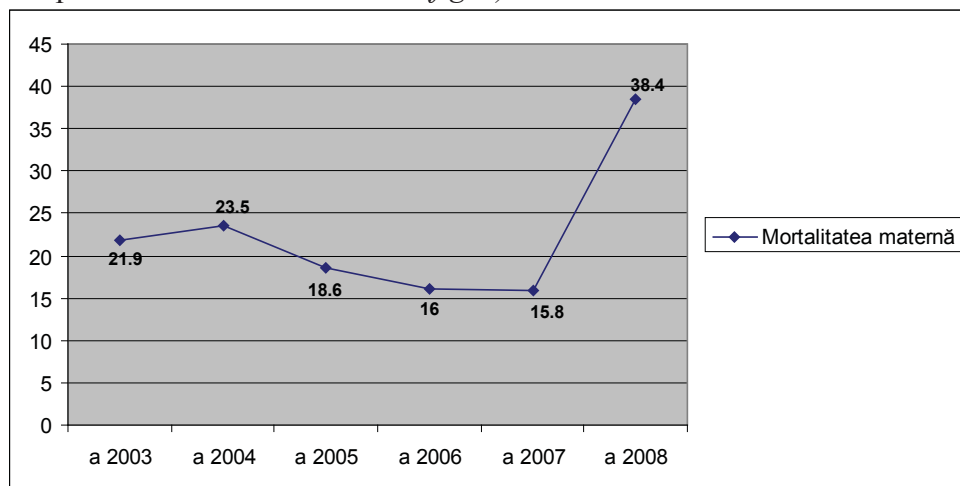


Fig. 5. Dinamica mortalității materne în Republica Moldova, anii 2003-2008, (%ooo)

Aceasta este totodată un semnal de alarmă pentru schimbarea situației, atenționând nu asupra datelor statistice, ci asupra complexului de factori implicați în decesul unei femei însărcinate: probleme sociale, întârzieri în solicitarea sau primirea ajutorului și, mai ales, aspecte legate de asistență medicală din Republica Moldova. De asemenea, fiecare caz de deces matern trebuie analizat profesional, așa încât să se poată realiza îmbunătățirea calității, nașterii, lăuziei și, implicit, scăderea în timp a mortalității materne. În final, acestea să ducă la asigurarea unei maternități fără riscuri.

Alt indicator calitativ este durata medie de speranță a vieții la naștere (fig. 6). Astfel, dacă în anul 2003 acest indicator alcătuia în mediu 68,1 ani, atunci în anul 2004 el constituia cu 0,3 ani mai mult (68,4 ani), iar în anul 2005 – cu 0,2 ani mai puțin (67,9 ani), urmat în continuare de o creștere lentă de până la 68,4 ani în anul 2006, 68,8 ani în anul 2007 și 69,4 ani în anul 2008. Pentru bărbați, speranța vieții la naștere este mai joasă față de femei și variază între 63,8 ani (2005) și 65,6 ani (2008). La femei durata medie a speranței vieții la naștere variază între 71,6 ani (2003) și 73,2 ani (2008). Astfel, constatăm că pe parcursul ultimilor ani speranța vieții la naștere atât pentru bărbați, cât și pentru femei are tendință de creștere continuu lentă.

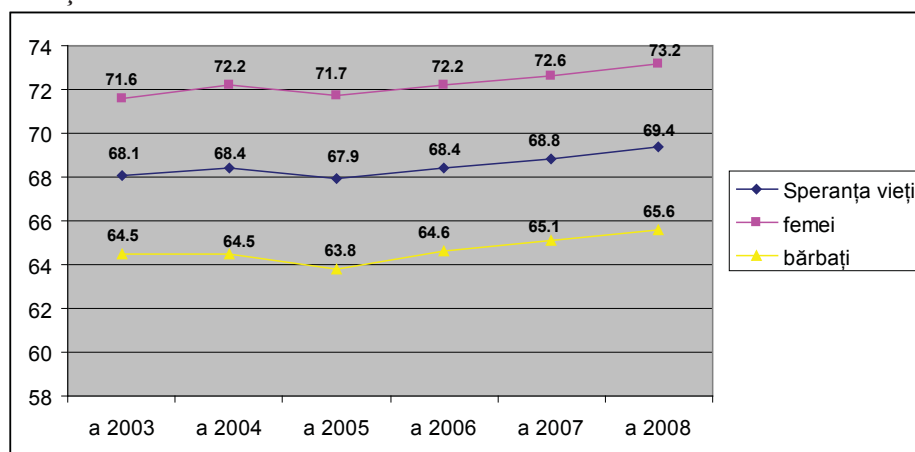


Fig. 6. Dinamica speranței vieții în Republica Moldova, (anii) 2003-2008

Fertilitatea este fenomenul demografic căruia i se acordă o mare importanță, datorită faptului că vizează elementul cel mai dinamic al mișcării populației (nașterile).

Analiza acestui indicator pentru Republica Moldova a demonstrat o stabilizare cu o tendință nesemnificativă de creștere: 1,22; 1,26, 1,22; 1,23; 1,26; 1,28 respectiv pe anii 2003-2008.

Calitatea serviciilor medicale este caracterizată și prin alt indicator important – mortalitatea infantilă. Astfel, mortalitatea infantilă este unul dintre indicatorii-cheie privind calitatea vieții, deoarece reflectă fidel starea actuală în Republica Moldova, în materie de dezvoltare economică, socială și, deopotrivă, starea, calitatea și accesul la asistența medicală, precum și măsura în care societatea este capabilă să apere viața în primele zile, săptămâni și luni (fig. 7).

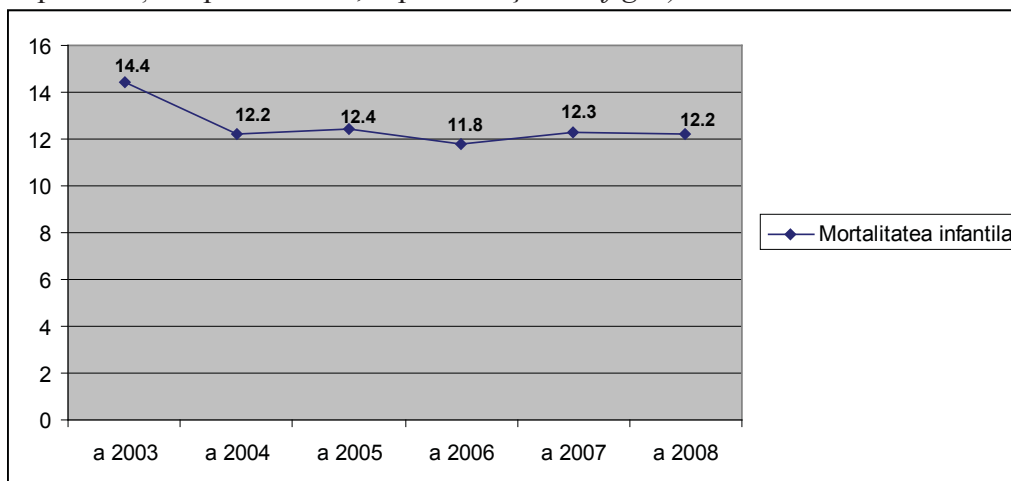


Fig. 7. Dinamica mortalității infantile în Republica Moldova, anii 2003-2008, (%)

Studiul a demonstrat că rata mortalității infantile generale este într-o nepronunțată tendință de scădere. Astfel, dacă în anul 2003 rata mortalității infantile a înregistrat nivelul de 14,4‰, atunci, începând cu anul 2004, se înregistrează rate cuprinse între 11,8‰ în anul 2006 și 12,4‰ – în 2005.

Natalitatea, situată sub nivelul mortalității, a avut drept consecință un spor natural cu valori negative, vorbind despre deficitul numărului nou-născuților vii față de numărul decedaților. Sporul natural a variat de la minus 1,8‰ în 2003, la minus 1,0‰; minus 1,9‰; minus 1,5‰; minus 1,4‰ și minus 0,9‰ respectiv în anii 2004-2008. Astfel, sporul natural, începând cu anul 2006, înregistrează o tendință de creștere de la minus 1,8‰ în 2003 la minus 0,9‰ în anul 2008 (fig.8).

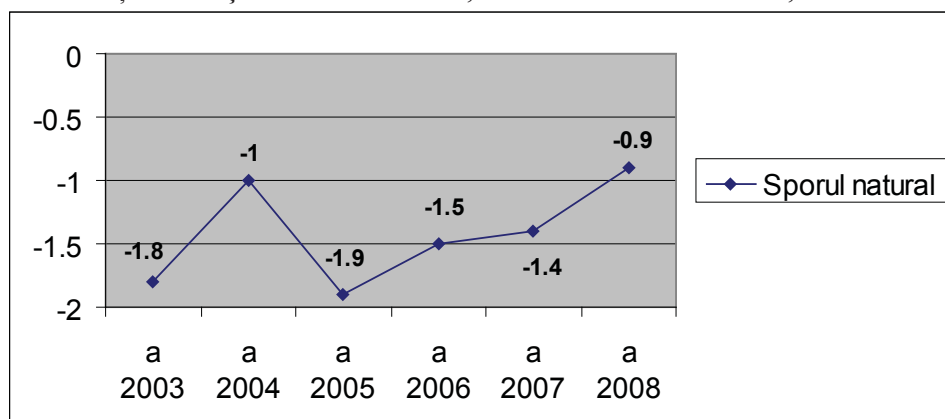


Fig.8. Dinamica sporului natural în Republica Moldova, anii 2003-2008, (%)

Datele statistice, de care dispunem, denotă că rata prevalenței în anul 2003 a constituit 6141,0 la 10 mii locuitori. În anii următori rata se menține la cifre mai înalte, având un caracter oscilatoriu. Astfel, în anul 2004 rata prevalenței a înregistrat nivelul de 6301,5‰, în 2005 – 6775,9‰, 2006 – 6545,5‰ și 2007 6641,2‰. Numai în anul 2008 rata prevalenței coboară mai jos față de anul 2003, constituind 5745,7 la 10 mii locuitori.

Analiza ratei prevalenței populației, privind unele nozologii denotă că, la fel ca și în mortali-

tate, bolile aparatului circulator dețin întâietatea (1426,0 la 100 mii locuitori în 2003). Urmărind în dinamică, constatăm că are tendință de descreștere. Cu toate acestea, în anul 2004 s-a înregistrat cea mai înaltă rată la acest compartiment (1843,0‰). În continuare are loc o diminuare spectaculoasă în 2005, de până la 921,4‰. În anul 2006, rata atinge cota de 986,7 la 100 mii locuitori. În anul 2007 – 1100,9‰ și în 2008 – 1161,1‰. Pe locul II s-au clasat tumorile, marcând o creștere față de anul 2003 (942,2‰): 987,3‰ (2004), 1040,7‰ (a.2005), 1072,0‰ (a.2006). O creștere esențială față de anul 2003 se înregistrează în 2007 (1119,4‰) și, mai ales, în anul 2008 (1220,2‰). Aceste nozologii, la distanță mare, sunt urmate de diabetul zaharat, tuberculoză etc. Astfel, în anul 2003 diabetul zaharat a înregistrat rata de 150,0 la 100 mii locuitori. Menționăm o dinamică oscilatorie cu rate, unde mai înalte, unde mai scăzute, față de anul de referință. Astfel, în anul 2004, rata prevalenței, prin diabet zaharat, a înregistrat nivelul de 167,0 la 100 mii locuitori, în anul 2005 – 157,1‰, în 2006 – 164,0‰, în 2007 – 137,2‰ și în anul 2008 – 142,3‰. Practic la același nivel este amplasată tuberculoza, căreia i se atribuie locul IV. Pe parcursul anilor 2004-2008 sunt înregistrate cifre mai înalte față de anul 2003 (117,8‰), dinamica având un caracter oscilatoriu. Astfel, în anul 2004, rata prevalenței, prin tuberculoză a constituit 133,4 la 100 mii locuitori. În anul 2005, această maladie a înregistrat rata de 146,1‰, iar în 2006 – 144,1‰. În anul 2007, tuberculoza înregistrează rata de 132,0‰, iar în anul 2008 – 114,1‰ (fig. 9).

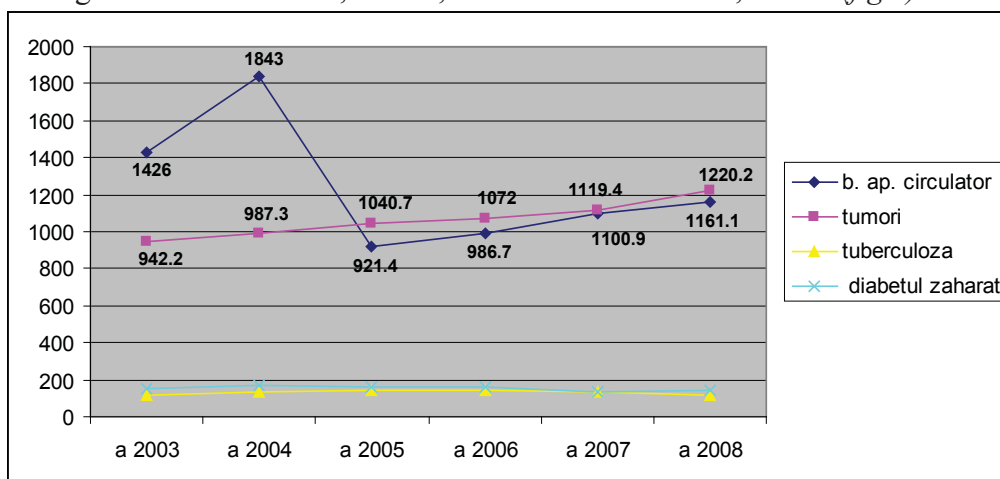


Fig. 9. Dinamica prevalenței după principalele cauze în Republica Moldova, anii 2003-2008, (‰)

Concluzii

Cele relatate denotă că nivelul, calitatea nu au înregistrat un salt spectaculos și uniform. Pe baza analizei se poate afirma că s-a înregistrat:

- o descreștere uniformă a numărului de persoane;
- o stabilizare cu tendință lentă de creștere a natalității;
- o dinamică oscilatorie la cifre mai înalte, față de 2003, a mortalității generale;
- o tendință de descreștere a mortalității materne și un salt spectaculos de până la 38,4 la 100 mii născuți vii în anul 2008;
- o stabilizare cu o tendință nesemnificativă de creștere a fertilității;
- rata mortalității infantile generale este într-o nepronunțată tendință de scădere;
- sporul natural, începând cu anul 2006, înregistrează o tendință de creștere de la minus 1,8‰ în 2003 la minus 0,9‰ în anul 2008.

Cu toate acestea, implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală și a celor alternative și măsurile întreprinse de stat au contribuit la creșterea calității serviciilor prestate populației și la o anumită stabilizare a indicatorilor de sănătate.

Bibliografie selectivă

1. Sănătatea publică în Moldova, anul 2003. Chișinău, 2004;
2. Sănătatea publică în Moldova, anul 2004. Chișinău, 2005;

3. Sănătatea publică în Moldova anul 2005. Chișinău, 2006;
4. Sănătatea publică în Moldova anul 2006. Chișinău, 2007;
5. Sănătatea publică în Moldova anul 2007. Chișinău, 2008;
6. Sănătatea publică în Moldova anul 2008.

Rezumat

Sunt supuși analizei principalii indicatori calitativi ce caracterizează starea de sănătate a populației Republicii Moldova pe parcursul ultimilor 5 ani, în contextul implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

Summary

Review is the main qualitative indicators that characterize the health of the population of the Republic of Moldova over the past 5 years in the context of implementing of mandatory healthcare insurance.

SĂNĂTATEA COPIILOR – INDICATOR AL SĂNĂTĂȚII COLECTIVITĂȚILOR

Galina Maistrenco, dr. în medicină, **Zinaida Cobâleanu**, dr. în medicină,
Lili Morari, dr. în medicină, **Lilia Damaschin**, cercetător șt., Centrul Național de
Management în Sănătate

Introducere. Copiii au dreptul să trăiască și să crească într-un mediu care să le permită să se dezvolte armonios fizic și psihic. Creșterea numărului factorilor nocivi în mediul de viață al copiilor, cu acțiune negativă asupra sănătății, trezește îngrijorare. În ultimii ani are loc o creștere a incidenței cu boli cronice la copii (inclusiv astmul bronșic și alergiile), și altor noi boli, din cauza abuzului de substanțe toxice, a traumelor și a dizabilităților mentale [3].

Copiii și tinerii încadrați în vârsta de până la 18 ani, reprezintă pe glob o pondere de 36% din întreaga populație. În ultimii zece ani se micșorează catastrofal cota copiilor sănătoși de vârstă școlară [5]. După datele unor autori, numărul copiilor sănătoși de vârstele menționate nu depășește 4-9% [4, 5]. În general, avansează maladiile cronice, devierile sănătății mintale, sporește numărul copiilor cu tulburări adaptive, scad indicii dezvoltării fizice, ca urmare a noilor condiții social economice. Reforma școlară, noile programe, fără a se lua în considerație sănătatea elevilor, s-au transformat, în anumite cazuri, într-un factor distrugător al sănătății. Elocvent este acel factor, că numărul copiilor sănătoși de la clasa I până la clasa a XII se micșorează aproximativ de trei ori [6].

Iu. Lisițan menționează că în mod real starea sănătății într-o colectivitate de copii se caracterizează prin interrelația adecvată a dezvoltării, morbidității, mortalității și adaptabilității [7]. Dereglarea oricărui dintre acești „indicatori” denotă scăderea stării de sănătate într-o colectivitate [5].

Copiii și adolescenții reprezintă un important segment din populația oricărui teritoriu, având o pondere demografică variabilă, în funcție de nivelul de dezvoltare socio-economică a societății. Această cercetare arată condițiile nefavorabile ale mediului școlar, regimul de instruire și odihnă nerațional, solicitările procesului instructiv educativ, alimentația precară și asistența medicală dificilă. Studiarea nivelului, tendinței, modificării indicatorilor sănătății acestor vârste – cu solicitările și riscurile lor, este actuală organelor ocrotirii sănătății [1].

Scopul lucrării. Determinarea stării de sănătate a elevilor din instituțiile de învățământ preuniversitar pentru păstrarea și promovarea în continuare a sănătății tinerei generații.

Materiale și metode. Cercetarea este dedicată supravegherii stării de sănătate a elevilor din instituțiile educaționale preuniversitare ale învățământului de cultură generală din orașul Chișinău, amplasate în cele cinci sectoare: Centru, Botanica, Ciocana, Buiucani, Râșcani. Elevii din instituțiile de învățământ au fost repartizați în trei grupe de vârstă: I – 7-10 ani – elevi ai claselor I-IV; II – 11-14 ani – elevi ai claselor V-VIII; III – 15-18 ani, elevii claselor IX –XII. Evaluarea dinamicii morbidității elevilor s-a realizat prin analiza datelor rapoartelor statistice f- 31/e „Darea de seamă privind

asistența medicală acordată copiilor” și f-12 A „Privind numărul de maladii înregistrate la bolnavii domiciliați”.

Analiza aprofundată a morbidității elevilor în sectoarele or. Chișinău, după același raport statistic, a fost efectuată în baza rezultatelor examenelor medicale de bilanț anuale pe perioada anilor 1997-2000. Repartizarea elevilor după grupele de sănătate s-a efectuat după criteriile tradiționale de evaluare [6] și cuprinde în mediu 98,9% elevi anual. Prelucrarea statistică a materialului în cifre a fost realizată, utilizându-se procedeele statisticii variabile cu obținerea indicatorilor particulari.

Rezultate și discuții. Nivelul mediu pe oraș al elevilor grupei I de sănătate (copii sănătoși, cu nivelul de dezvoltare fizică și a funcțiilor normale) este de circa 51,4%. Acest indice este mai înalt la elevii din sectoarele Botanica, Buiucani și Centru și mai jos la cei din sectoarele Ciocana și Râșcani. La grupa II de sănătate (copii sănătoși cu unele dereglări morfofuncționale, precum și cu diminuarea rezistenței față de maladiile acute și cronice) au fost atestate 37,5% elevi. Nivelul maxim al acestui indice s-a dovedit a fi caracteristic pentru sectorul Ciocana, iar cel minim – pentru sectoarele Centru și Buiucani. Grupa III de sănătate (copii cu afecțiuni cronice subacute cu păstrarea performanțelor funcționale) a cuprins 11,4% elevi din municipiu. Grupa IV de sănătate (copii cu afecțiuni cronice în faza de subcompensare cu diminuarea performanțelor funcționale) are 0,13% elevi din municipiu. În sectorul Râșcani acest indice este de 2,5 ori mai înalt față de nivelul mediu înregistrat în oraș, iar în sectorul Buiucani astfel de elevi n-au fost depistați.

Analiza comparativă a rezultatelor obținute ne-a relevat faptul, că nivelul elevilor sănătoși (grupa I) în municipiul Chișinău este mai mic decât în republică cu 7 % ($p < 0,05$), iar frecvența copiilor din grupa a III de sănătate în Chișinău este mai mare cu 4,3% decât media pe republică.

Datele reflectate în *Tabelul 1* ne demonstrează că morbiditatea în toate sectoarele orașului, cu excepția sectorului Botanica, este dominată de cea cronică, ponderea oscilând în limitele 48,7 – 73,2%, iar nivelul mediu pe oraș este de 56,1%. Incidența morbidității cronice, în general pe oraș, înregistrată în perioada aflată în investigație a constituit 284,4 cazuri la 1000 elevi examinați. Nivelul mediu municipal al morbidității infecțioase nu depășește 4,8%, ce corespunde cu 23,7 cazuri la 1000 elevi. Morbiditatea acută se caracterizează printr-o pondere și incidență considerabile – 43,8% și 217‰, se observă o neuniformitate a acestor indici în diferite sectoare ale orașului Chișinău. Diferența cea mai mult exprimată a indicilor analizați s-a constatat la elevii sectoarelor Ciocana și Râșcani. Cea mai mică pondere – 26,7% și incidență a morbidității acute – 119,2 cazuri este înregistrată la elevii sectorului Ciocana. Această situație se datorează, posibil, și vecinătății zonei industriale a municipiului.

Prezintă interes și analiza structurii morbidității elevilor din municipiu. E de menționat, că în structura morbidității elevilor primul loc îl ocupă maladiile sistemului respirator. Maladiile sistemului respirator sunt cauzate de nivelul factorilor fizici (temperatura joasă și umiditatea relativ înaltă a aerului din încăperi, în special din încăperile auxiliare: WC, lavoare, coridoare, săli sportive), care sunt influențați de funcționarea cu dereglări a sistemelor de încălzire. La un nivel foarte înalt se plasează maladiile aparatului ocular, al căror număr din an în an crește tot mai mult. Patologia văzului ocupă, după rang, locul II în toate grupele de vârstă.

Tabelul 1

Structura și incidența morbidității elevilor din municipiul Chișinău

| Sectorul teritorial | Categoriile nozologice | | | |
|---------------------|------------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| | Morbiditatea acută | Morbiditatea cronică | Morbiditatea acută | Morbiditatea cronică |
| | % | ‰ | % | ‰ |
| Chișinău | 43,8 | 217,9 | 56,1 | 284,4 |
| Botanica | 51,2 | 206,5 | 48,7 | 297,0 |
| Buiucani | 36,2 | 253,1 | 63,7 | 351,1 |
| Râșcani | 49,5 | 273,9 | 50,4 | 302,8 |
| Centru | 32,2 | 171,4 | 61,6 | 309,8 |
| Ciocana | 26,7 | 119,2 | 73,2 | 288,8 |

Nivelul morbidității oculare din clasele I până în clasele a X-a și a XII-a crește de 3 ori și aceasta, în primul rând, din cauza iluminării insuficiente în școli și a jocurilor de durată la computere. Structura morbidității diferă de la un sector la altul. S-a constatat faptul, că ponderea cea mai mare printre locuitorii sectoarelor Buiucani și Ciocana o au afecțiunile sistemului nervos și ale aparatului digestiv. Cauza principală constă în suprasolicitarea instituțiilor preuniversitare, nerespectarea cerințelor regimului zilei, îndeosebi micșorarea duratei plimbărilor la aer liber a copiilor, supraîncărcarea programelor de studii, includerea lecțiilor suplimentare. Nivelul maxim al afecțiunilor sistemului osteomuscular și scăderea vederii sunt caracteristice pentru elevii sectorului Râșcani.

Odată cu schimbarea vârstei elevilor, observăm și schimbarea structurii (*tabelul 2*); dacă în clasele I-IV pe locul III se plasează maladiile sistemului nervos, atunci în clasele V-VIII ele sunt pe locul patru, iar în clasele IX- XII se plasează pe locul V.

În grupa de vârstă de 7-10 ani, pe locul patru se plasează maladiile sistemului urogenital, iar pe locul cinci – maladiile sistemului osteoarticular. Cauza principală a bolilor aparatului urogenital, în proporție de 80 la sută, este determinată de nefritele tubulointerstițiale acute și cronice. Nivelul înalt al patologiei sistemului urogenital la copii a fost influențat de nivelul nesatisfăcător al dispensarizării copiilor, ce suferă de aceste maladii și cronicizarea lor. Clasa bolilor aparatului osteoarticular este dominată de deformări ale degetelor și picioarelor (37,4%) și condropatii (30,5%).

Tabelul 2

Structura morbidității conform datelor ultimului control medical al elevilor claselor I-XII

| Nr./ r | Clasa I-IV | % | Clasa V-VIII | % | Clasa IX-XII | % |
|--------|-------------------------------------|------|-------------------------------------|------|-------------------------------------|------|
| I | Maladiile sistemului respirator | 39,4 | Maladiile sistemului respirator | 36,3 | Maladiile sistemului respirator | 30,4 |
| II | Patologia văzului | 10,3 | Patologia văzului | 11,7 | Patologia văzului | 17,8 |
| III | Maladiile sistemului nervos | 9,2 | Maladiile sistemului digestiv | 10,7 | Maladiile sistemului osteoarticular | 13,9 |
| IV | Maladiile sistemului urogenital | 6,1 | Maladiile sistemului nervos | 9,0 | Maladiile sistemului digestiv | 9,2 |
| V | Maladiile sistemului osteoarticular | 6,0 | Maladiile sistemului osteoarticular | 8,8 | Maladiile sistemului nervos | 7,6 |
| | Alte maladii | 29,0 | Alte maladii | 23,5 | Alte maladii | 21,1 |

În grupa de vârstă de 9-14 ani locul patru îl ocupă, precum am menționat, maladiile sistemului nervos. Pe locul cinci se situează maladiile sistemului osteoarticular.

În grupa de vârstă de 15-18 ani pe locul trei se situează maladiile sistemului osteoarticular, iar pe locul IV se plasează maladiile sistemului digestiv. Indicii structurali ai morbidității aparatului digestiv sunt dominanți de gastrită și duodenită acută (40,8%) și cronică (30,3%). Chiar din primele clase se înregistrează cazuri de boală ulceroasă, iar către cl. X-XII nivelul crește de aproximativ trei ori. Nivelul înalt al maladiilor sistemului digestiv este influențat de alimentația organizată la un nivel nesatisfăcător. În școlile de cultură generală, din cauza lipsei surselor materiale, sunt alimentați doar 60% de elevi, nu se efectuează vitaminizarea bucatelor [3].

Concluzii

Etapa contemporană de dezvoltare socio-economică, pe care o traversează Republica Moldova, se caracterizează prin înrăutățirea evidentă a stării de sănătate a elevilor. În ultimii ani, în or. Chișinău a avut loc diminuarea efectivului elevilor sănătoși și sporirea concomitentă a numărului elevilor cu devieri în starea funcțională a organismului, a celor bolnavi cronic, în stare compensată și decompensată. În zona industrială a or. Chișinău (sectorul Ciocana), efectivul elevilor raportați la grupa III și a IV de sănătate este mai numeros față de celelalte sectoare. Analiza comparativă a rezultatelor obținute în raport cu nivelul mediu pe republică ne-a relevat că nivelul elevilor sănătoși (grupa I) în municipiul Chișinău este mai mic ca în republică cu 7% ($p < 0,05$), iar frecvența copiilor din grupa a III de sănătate este mai mare cu 4,3%, decât în mediu pe republică.

În structura morbidității, în afară de predominarea claselor tradiționale – bolile sistemului res-

pirator și a bolilor de ochi și anexelor sale, se conturează prevalarea bolilor sistemului digestiv și a bolilor aparatului osteoarticular. Pentru elevii claselor mari este tipică tendința accentuată de sporire a morbidității prin tulburări mentale și de comportament (clasa V), boli ale sistemului nervos (clasa VI) și boli ale aparatului digestiv (clasa XI).

Una dintre problemele prioritare cu impact negativ asupra calității vieții este sărăcia. Acest fenomen în Moldova reprezintă o problemă deosebit de acută, din cauza trăsăturilor sale specifice. Bunăstarea populației, necesitățile ei vitale sunt considerate ca temelie și valoare superioară a societății, elemente indispensabile ale dezvoltării durabile. Sănătatea, la rândul său, este o componentă organică a bunăstării. Din aceste considerente, dezvoltarea durabilă a unei țări nu poate fi concepută fără o populație sănătoasă.

Ocrotirea sănătății copiilor reprezintă una dintre problemele majore ale medicinei actuale, mai cu seamă în prezent, când starea sănătății copiilor din instituțiile instructiv-educative continuă să se înrăutățească [1]. În condițiile create, o importanță mare are posibilitatea de a presta servicii de sănătate calitative și în volum deplin.

Menținerea și întărirea sănătății generației tinere este o sarcină primordială a statului, ce poate fi soluționată numai prin eforturi comune ale instituțiilor guvernamentale, medicale și de învățământ, în colaborare cu societatea și comunitatea [3].

Bibliografie selectivă

1. Maistrenco, Galina. Starea de sănătate a elevilor orașului Chișinău și factorii ce o influențează. *Analele științifice ale USMF din Republica Moldova „Nicolae Testemițanu”*. Chișinău, 2001, vol. 2.
2. Tulchinsch, T. și Taravicova, Elena. Noua introducere în secolul XXI: Sănătate publică. Traducere din engleză. Chișinău: ULZSSE, 2007, 744 p.
3. Sănătatea copiilor și adolescenților în relație cu mediul. *Sănătatea copiilor în relație cu mediul (raport național)*. Chișinău, 2007.
4. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей России. *Врач*, 1995, с.29-30.
5. Война, Т. И., Василос, Л. В., Изюмова, Н. И. Состояние здоровья учащихся 12 классов обучающихся в лицеях города Кишинева. *Problemele actuale ale sănătății populației și reformei asistenței medicale*. Chișinău, 2000, с 157 – 160.
6. Громбах, С.М. Социально-гигиенический аспект оценки состояния здоровья детей и подростков. *Вестник Акад. Мед. Наук*, 1984, №4, с.75-80.
7. Лисицын, Ю.П. Слово о здоровье. Москва, 2006, с.456.
8. Пляскина, И.В. Здоровье детей обучающихся в школах нового типа. *Гигиена и санитария*, 2000, № 3, с. 60-63.
9. Шабалов, Н. Детские болезни. ПИТЕРБ, 2001.
10. U.S. Environmental Protection Agency (EPA). (2002) Child-specific exposure factors handbook. National Center for Environmental Assessment, Washington, DC; EPA/600/P-00/002B. Disponibilă la: Național Information Service, Springfield, VA; PB2003-101678 și <http://www.epa.gov/ncea> accesat la 20 ianuarie 2006.
11. Lynn Karoly, „Investing in the Future: Reducing Poverty Through Human Capital Investments,” in Sheldon H. Danziger and Robert H. Haveman eds., *Understanding Poverty* (New York, NY: Russell Sage Foundation, 2001) pp. 314-356.

Rezumat

Etapa contemporană de dezvoltare socio-economică, pe care o traversează Republica Moldova, se caracterizează prin înrăutățirea evidentă a stării sănătății elevilor. S-a efectuat analiza epidemiologică a nivelului morbidității elevilor din cele 5 sectoare ale or. Chișinău, în urma rezultatelor examenelor medicale și repartizarea elevilor după grupele de sănătate. Morbiditatea în toate sectoarele orașului, cu excepția sectorului Botanica, este dominată de cea cronică, ponderea oscilând în limitele 48,7-73,2%. Diferența cea mai exprimată a indicilor analizați a fost atestată la elevii sectoarelor Ciocana și Râșcani. În structura morbidității, în afară de predominarea claselor tradiționale – bolile sistemului respirator, bolile de ochi și anexele lor se conturează o prevalare a bolilor sistemului digestiv și a bolilor sistemului osteoarticular. Situația creată cu privire la sănătatea elevilor din or. Chișinău dictează imperativ necesitatea implementării măsurilor urgente și cardinale, îndreptate spre protejarea tinerei generații și profilaxia morbidității, în scopul păstrării genofondului țării.

Summary

The contemporary stage of social and economical development, that crosses the Republic of Moldova, is characterized through apparent deterioration in the state health of pupils. The epidemiologic study of the morbidity level of pupils in five main administrative sectors of Chisinau was carried. The morbidity in the administrative sectors of the city, with the exception of Botanica sectors, is dominated by the chronic diseases, weight oscillating in the 48,7 - 73, 2 % limits. The expressed difference review estimate to pupils in the Ciocana and Riscani sectors. In the morbidity structure with addition to dominance traditional classes- the respiratory system diseases, eye diseases sketching the digestive and osteoarticular diseases prevalence. The actual situation of the health pupil in the Chisinau city dictates imperative the necessity to implementation of measures to make the rising generation healthier and to save the national geophone.

FACTORII DE RISC ȘI FACTORII DE PROTECȚIE PENTRU NAȘTERILE PREMATURE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Dorina Darii, dr. în medicină, Centrul Național de Management în Sănătate

Actualitatea temei

Analizând datele literaturii de specialitate, constatăm că nașterea prematură și copilul prematur reprezintă o problemă obstetricală complicată. Factorii de risc ai nașterii spontane premature sunt în actualitate și acum. De exemplu, în Republica Moldova nu a fost efectuat nici un studiu de determinare a factorilor de risc în nașterea prematură, în baza materialului autohton. De aceea, ne-am propus să studiem particularitățile factorilor de risc ai nașterii premature spontane în Republica Moldova.

Incidența nașterilor premature variază între 4-12%, conform datelor prezentate de *C.A. Дворянский, С.Н. Арасланова (2002); F. Arias (1997); W.E. Roberts (1990); В.М. Сидельникова (1994)* sau între 8-10% (*P. Virtej (1996), Gh.A. Paladi (1993), A. Serbencu, V. Moșin (2001)*), dar repartizarea indicilor este în mod particular dependentă de statutul socio-economic al țării și poate ajunge până la 22-30% (în țările subdezvoltate). Ținând cont de situația actuală și de prognosticul nefavorabil în nașterile premature, cel mai important moment este de a ne pronunța pentru dezvoltarea strategiilor noi și eficiente, pentru combaterea complicațiilor prematurității cu mobilizarea resurselor, în asigurarea unui nivel optim al măsurilor de prevenire și tratament în nașterile premature.

Obiectivele lucrării

Determinarea și ierarhizarea factorilor de risc și de protecție în nașterea prematură în Republica Moldova, cu elaborarea recomandărilor de orientare a factorilor de decizie pentru perfectarea strategiilor în conduita nașterilor premature.

Material și metode de cercetare

Studiul reprezintă o cercetare complexă, cu aplicarea mai multor metode de prelucrare matematico-statistică a materialului: interviu standard, cercetare integrală și selectivă, analiză stratificată descriptivă, cu aplicarea programului statistic SPSS. În conformitate cu cerințele de cercetare epidemiologică, au fost respectate principiile de selectare a eșantionului: caz-control, stratificat, neexperimental, retrospectiv, în același interval de timp. Populația supusă cercetării este formată din gravidele care au fost luate la evidență medicală pe tot teritoriul republicii și care au viză de reședință în Republica Moldova. A fost elaborat un chestionar observațional de prevalență tip caz-control, pentru colectarea datelor autentice, conform scopului și obiectivelor studiului.

Pentru aprecierea factorilor de risc în nașterea prematură, au fost formate două loturi (grupuri) de cercetare:

- grupul test (examinat) – gravidele care au încheiat sarcina prin naștere prematură;
- grupul martor (de control, comparare) – gravidele care au încheiat sarcina prin naștere la termen.

Studiul a fost efectuat în baza a 1760 de anchete, raportul dintre loturi 1:1. Mărimea lotului test a fost egală cu 878 de cazuri, ceea ce constituie totalitatea nașterilor premature pe parcursul anului 2006, pe întreg teritoriul republicii, în conformitate cu criteriile de stratificare stabilite pentru studiul

dat. Mărimea lotului martor a fost egală cu 880 de cazuri, pentru a obține rezultate maximal veridice. În matricea de corelație au fost incluși 112 parametri, grupați în 16 factori de risc. În baza „Tabelului de contingență 2x2” au fost determinați factorii de risc și ierarhia lor. Reprezentativitatea eșantionului este pentru femeile gravide din republică. Eroarea maximală trebuie să fie de $\pm 3\%$. Veridicitatea studiului a fost apreciată prin calcularea erorilor standard ale valorilor relative (ESp) și a erorilor standard ale valorilor medii (ESm), a criteriului „t” student.

Rezultate

În studiul nostru, pentru sarcinile nedorite, la femeile necăsătorite, mame solitare, ponderea prematurității este cu peste 50% mai mare ca în cazul femeilor căsătorite. În acest caz, climatul afectiv familial are un rol major. Astfel, fiecare al șaselea nou-născut este din afara căsătoriei, iar mediului rural îi revin 65,9% din totalul lor [4]. Conform datelor din studiul nostru, traumatismul fizic sau psihic pentru nașterea prematură este un factor indiferent (RP = 1,1 – 95%, ÎÎ: 0,8 – 1,5), iar relațiile sexuale prezintă un factor de risc redus (RP = 1,7 – 95%, ÎÎ: 1,2 – 2,3 și RA = 41,2%).

După repartizarea variabilei de vârstă nu se observă diferențe principiale ale mediilor de ani. Am putea menționa, că gravidele, care pe parcursul sarcinii nu au fost supravegheate medical și cu evidență tardivă, fac parte din categoria grupei social vulnerabile, cu sarcină nedorită. De asemenea, deprinderile nocive, pe parcursul sarcinii, ar putea fi potențial prevenite prin schimbarea comportamentului gravidei, deoarece conform rezultatelor studiului nostru probabilitatea nașterilor premature la femeile care consumă alcool este de 1,8 ori mai mare, în comparație cu femeile ne-consumatoare (RP = 1,8 – 95%, ÎÎ: 1,1 – 2,6 și RA = 44,4%).

Ruperea prematură a membranelor amniotice reprezintă cea mai frecventă cauză determinantă a finalizării nașterii înainte de termen. Astfel, majoritatea cazurilor de travaliu prematur cu ruperea prematură a membranei amniotice, debutează spontan la termenele de 34 - 37 de săptămâni de gestație (218 cazuri – 59,89%), în primele 12 ore după ruptura de membrane (197 de cazuri), marea majoritate a pacientelor nu neglijează acest simptom, iar reducerea riscurilor s-a obținut printr-o conduită medicală corectă. În studiul nostru am demonstrat că ruperea prematură a membranelor amniotice prezintă un factor de risc major (RP = 55,0 96%, ÎÎ: 42,8 – 67,0 și RA = 99%) și se plasează pe primul loc în ierarhia factorilor de risc pentru nașterea prematură (tabelul 1).

Anamneza obstetricală complicată cu prematuritate este un indicator important de pronostic al finisării nașterii actuale prin prematuritate. În studiul nostru am demonstrat că prezența în anamneză a nașterilor premature prezintă un factor de risc major (RP = 54,0 95%, ÎÎ: 42,0 – 66,0 și RA = 98,1%) și se plasează pe al doilea loc în ierarhia factorilor de risc pentru nașterea prematură (tabelul 1).

De asemenea, a fost demonstrat că prezența în anamneză a avorturilor spontane prezintă un factor de risc major pentru nașterea prematură (RP = 2,6 95%, ÎÎ : 1,3 – 3,1 și RA = 58,8%). Acest factor se majorează de 4,7 ori, dacă anamneza obstetricală este complicată cu 2 avorturi spontane (RP = 4,7 – 95%, ÎÎ : 2,2 – 6,9 și RA = 78,7%). Prezența în anamneză a avorturilor medicale este un factor de risc redus pentru nașterea prematură (RP = 1,2 95%, ÎÎ : 0,8 – 1,6 și RA = 26,7%). Aceste date ne permit să stabilim, că mediul de trai rural prezintă un factor de risc redus în cazurile de anamneză complicată cu avorturi medicale (RP = 1,2 95%, ÎÎ: 0,8 – 1,6 și RA = 16,7%) și cu avorturi spontane (RP = 1,6 95%, ÎÎ: 1,1 – 2,1 și RA = 37,5%).

Tabelul 1

Ierarhia factorilor de risc pentru nașterea prematură

| Nr. d/o | Factorii de risc | RP | ÎÎ 95% | RA % | Nivelul riscului | Locul |
|---------|---|------|------------|------|----------------------|-------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Utilizarea alcoolului | 1,8 | 1,1 – 2,6 | 44,4 | Risc redus | XIV |
| 2 | Relațiile sexuale | 1,7 | 1,1 – 2,3 | 41,2 | Risc redus | XV |
| 3 | Bazinul anatomic strâmtat | 3,0 | 1,2 – 4,1 | 66,7 | Risc moderat | XI |
| 4 | AOC complicată cu un avort spontan | 2,6 | 1,3 – 3,1 | 58,8 | Risc moderat | XII |
| 5 | AOC complicată cu două și mai multe avorturi spontane | 4,7 | 2,2 – 6,9 | 78,7 | Risc major | VII |
| 6 | Sarcină multiplă | 10,2 | 7,3 – 12,5 | 90,2 | Risc extrem de major | IV |
| 7 | AOC complicată cu avort medical | 1,2 | 0,8 – 1,6 | 26,7 | Risc redus | XVI |

| | | | | | | |
|----|--|------|-------------|------|----------------------|------|
| 8 | AOC complicată cu naștere prematură | 54,0 | 42,0 – 66,0 | 98,1 | Risc extrem de major | II |
| 9 | Ruperea prematură a membranelor amniotice | 55,0 | 42,8 – 67,0 | 99,0 | Risc extrem de major | I |
| 10 | Anemia în sarcină | 2,3 | 1,6 – 2,9 | 26,3 | Risc moderat | XIII |
| 11 | Hipertensiunea arterială indusă de sarcină | 3,5 | 2,6 – 4,4 | 71,4 | Risc major | X |
| 12 | Preeclapsia în sarcină | 41,0 | 38 – 46 | 97,6 | Risc extrem de major | III |
| 13 | Anamneza complicată cu cardiopatie reumatismală | 4,0 | 1,8 – 5,2 | 75 | Risc major | IX |
| 14 | Anamneza complicată cu vicii cardiace | 6,5 | 4,1 – 8,9 | 83,3 | Risc major | VIII |
| 15 | Anamneza complicată cu pielonefrită | 9,6 | 7,8 – 11,4 | 89,6 | Risc major | V |
| 16 | Neefectuarea tratamentului local al infecției vaginale | 5,5 | 3,5 – 7,0 | 81,8 | Risc major | VI |

De asemenea, factori de risc moderat prezintă: anamneza obstetricală complicată cu cicatrice pe uter în rezultatul operației cezariene (RP = 3,9 95%, Î: 2,6 – 4,2 și RA = 74,4%), anemia (RP = 2,3 95%, Î: 1,6 – 2,9 și RA = 26,4%), gestozele precoce (RP = 1,2 95%, Î: 0,8 – 1,6 și RA = 16,7%).

Un compartiment mai special este tratamentul modern al sterilității în cuplu, în particular, fertilizarea *in vitro*, care înregistrează indici crescuți pentru sarcinile multiple. Sarcina multiplă ocupă un loc deosebit de important în factorii de risc pentru prematuritate. În studiul nostru a fost demonstrat, că sarcina multiplă prezintă un factor de risc extrem de mare, de 10,2 ori mai mare comparativ cu grupul de control (RP = 10,2 – 95%, Î: 7,3 – 12,5 și RA = 90,2%) și se plasează pe al treilea loc în ierarhia factorilor de risc pentru nașterea prematură (tabelul 1).

Hipertensiunea indusă de sarcină prezintă un factor de risc major pentru nașterea prematură (RP = 3,5 95%, Î: 2,6 – 4,4 și RA = 71,4%). Preeclampsia prezintă un factor de risc extrem de major pentru nașterea prematură (RP = 41,0 95%, Î: 38 – 46 și RA = 97,6%) și se plasează pe al treilea loc în ierarhia factorilor de risc pentru nașterea prematură (tabelul 1). Conform datelor din studiul nostru, am constatat că prezența în anamneză a cardiopatiilor reumatismale și a viciilor cardiace compensate, prezintă un factor de risc major pentru nașterea prematură (RP = 4,0 95%, Î: 1,8 – 5,2, RA = 75% și RP = 6,5 95%, Î: 4,1 – 8,9, RA = 83,3% respectiv).

Am constatat că din patologia sistemului urinar, prezența pielonefritei este un factor de risc major pentru nașterea prematură (RP = 9,6 95%, Î: 7,8 – 11,4 și RA = 89,6%) și se plasează pe al cincilea loc în ierarhia factorilor de risc pentru nașterea prematură (tabelul 1). De asemenea, datele studiului ne permit să constatăm, că neefectuarea tratamentului local al infecției vaginale prezintă un factor de risc major pentru nașterea prematură (RP = 5,5 95%, Î: 3,5 – 7,0 și RA = 81,8%).

Tabelul 2

Ierarhia factorilor de protecție pentru nașterea prematură

| Nr. d/o | Factorii de protecție | RP | Î, % | RA, % | Nivelul riscului | Locul |
|---------|--|------|-------------|-------|------------------------------|-------|
| 1 | Efectuarea a 2 vizite la medicul obstetrician-ginecolog | 0,04 | 0,01 – 0,07 | <0 | Factor de protecție puternic | I |
| 2 | Examenul USG la termenul de 18 - 21 de săptămâni de gestație | 0,4 | 0,1 - 0,7 | <0 | Factor de protecție moderat | IV |
| 3 | Evidența medicală precoce până la termenul de 12 săptămâni de gestație | 0,5 | 0,2 – 0,8 | <0 | Factor de protecție moderat | V |
| 4 | Efectuarea a 6 vizite obligatorii la medicul de familie | 0,5 | 0,2 – 0,8 | <0 | Factor de protecție moderat | V |
| 5 | Administrarea acidului folic din primele săptămâni de gestație | 0,05 | 0,01 – 0,08 | <0 | Factor de protecție puternic | II |
| 6 | Administrarea preparatelor de fier pe parcursul sarcinii | 0,3 | 0,2 – 0,6 | <0 | Factor de protecție puternic | III |

În *tabelul 2* am prezentat ierarhia factorilor de protecție pentru nașterea prematură conform datelor primite în studiul nostru. Un indicator complex este respectarea algoritmului examenului antenatal. Astfel, un mijloc de protecție pentru prevenirea nașterii premature, repartizat pe primul loc, revine planificării a 2 vizite la medicul obstetrician-ginecolog de sector pe parcursul gravidității (RP = 0,04 95%, ÎÎ: 0,01 – 0,07 și RA <0%).

De asemenea, a fost demonstrat că factorii de protecție determinanți pentru prevenirea nașterii premature, sunt administrarea acidului folic (RP = 0,05 95%, ÎÎ: 0,01 – 0,08 și RA <0%), repartizat pe al doilea loc și administrarea preparatelor de fier (RP = 0,5 95%, ÎÎ: 0,2 – 0,6 și RA <0%), repartizată pe al treilea loc.

Conform datelor studiului nostru, am obținut doi factori de protecție moderați cu valori identice (RP = 0,5 95%, ÎÎ: 0,2 – 0,8 și RA <0% respectiv): evidența medicală precoce până la termenul de 12 săptămâni de gestație și efectuarea a 6 vizite obligatorii la medicul de familie.

Discuții

Cauzele care duc la o naștere prematură sunt numeroase și foarte variate, într-o proporție importantă, de la 40% - 70% (Luca V., Vîrtej P. 1989, Arias F. 1989, Fletcher 1982, Papiernik E. 1982, Papiernik E. 1969, Munteanu I. 2000), de la 50% (Дворянский С., Арасланова С. 2002, Сидельникова В. 1986, Masson 2001, Arias F. 1997, Cox S. 1988, Olofsson P. 1988), de la 30% (Morrison J. 2003, Goffinet F. 2001, Ancel P. 2002, Tucker J., McGuire W. 2004, Savitz 1999, Абрамченко В., Клеенички Я. 1984) etiologia nașterii premature este determinată de factori inexplicabili și spontani. Iar după unii autori, până la 50%, nașterea prematură poate fi programată din motive medicale [7].

Conform datelor din literatura de specialitate, cauzele nașterii spontane premature, de obicei, asociate și nu unice, presupun următorii factori de risc: socio-economici, medicali, geografici, demografici, materni, feto-placentari [3, 6, 10, 13, 23, 33]. După unele date, în țările industrializate, prematuritatea este marcată prin persistența substratului socio-economic (Kramer 2003, Mattison 2001, Romero 1994). Rolul acestor factori a fost studiat continuu în Franța (Pinard 1895, Papiernik 1969, 1985, Rumeau-Rouquette 1978), în Europa (Debre 1934, Butler et Alberman 1969, Rantakalilion 1969), în SUA (Gam et coll. 1977), în Rusia (Сидельникова, В. М. Дворянский С. А. 1986, Абрамченко В. 1983, Кулаков В. 1984, Голота В., Маркин Л. 1986), și demonstrează că grupul de risc pentru prematuritate este clasa social defavorizată, care corelează tangențial cu nivelul studiilor mamei (Butler et Alberman 1969, Chamberlain et coll. 1975, Gram et coll. 1977). Cercetările efectuate de marele savant francez Papiernik, încă din 1969, demonstrează că factorii sociali de risc sunt accesibili pentru profilaxie [24, 15].

În grupul factorilor de risc redus pentru nașterile premature, conform datelor din studiul nostru, au fost incluse abuzul de alcool în sarcină (RP = 1,8 – 95%, ÎÎ: 1,1 – 2,6 și RA = 44,4%), relațiile sexuale în sarcină (RP = 1,7 – 95%, ÎÎ: 1,2 – 2,3 și RA = 41,2%), traumatismul fizic sau psihic în sarcină (RP = 1,1 – 95%, ÎÎ: 0,8 – 1,5). După unii autori, consumul de alcool în cantități mici puțin probabil influențează prematuritatea (Shiono 1986, Florey 1992, Papiernik 1993).

În lume peste 10% dintre gestante sunt tinerele între 15 – 19 ani [34, 35]. În ultimii ani, în țările de Nord și Est (Franța, Finlanda, Suedia, Germania și altele) apar tendințe de majorare a vârstei femeilor primipare [1, 7, 20, 29]. De menționat, că din în anul 1996 se păstrează tendința pozitivă de scădere a ponderii nașterilor (din numărul total al născuților vii) la femeile cu vârsta de până la 20 ani (18,6% în 1996, 17,9% în 1998, 17,2% în 2005) [4]. Vârsta medie a mamei la naștere pe republică a fost de 25,4 ani [4]. În studiul nostru, în grupul examinat, pentru primipare vârsta medie a mamei a fost de 27 ani, iar în grupul de control – a fost de 26 ani.

Conform datelor din studiul nostru, factori de risc extrem de majori pentru nașterile premature sunt anamneza obstetricală complicată cu nașteri premature anterioare (RP = 41,0 95%, ÎÎ: 38 – 46 și RA = 97,6%). Dacă anamneza gravidei este complicată, cu trei nașteri premature, atunci incidența repetării prematurității este de 59,7% (Kaltrieder A., Johnson J., KierseV.). Prin studiul analitic de regresie Hobel C. (1978) a demonstrat că AOC cu prematuritate este un indicator important de pronostic al finisării nașterii actuale prin prematuritate. De asemenea, conform datelor din studiul nostru, anamneza obstetricală complicată cu două și mai multe avorturi spontane majorează de 4,7 ori riscul pentru nașterea prematură. Iar studiile efectuate în SUA arată că există o incidență de 2,5 ori mai mare la femei, cu cel puțin un avort spontan în antecedente.

Bolile coexistente și preexistente sarcinii sunt deosebit de importante. Afecțiunile cardiovas-

culare au o incidență destul de mare. Hipertensiunea din sarcină, preeclampsia și greutatea mică la naștere sunt direct interdependente [5, 21, 23]. O gravidă cu preeclampsie, eclampsie, cu tensiunea arterială de 200/120 mmHg are șanse mici de naștere a unui copil viu (Lin și coll. 1982). Rata mortalității intrauterine, perinatale, materne este mai crescută, fiind direct proporțională cu valoarea tensiunii arteriale [5, 21, 28, 36, 37]. Conform datelor din studiul nostru, factori de risc major pentru nașterile premature sunt hipertensiunea indusă de sarcină (RP = 3,5 95%, ÎI: 2,6 – 4,4 și RA = 71,4%), preeclampsia (RP = 41,0 95%, ÎI: 38 – 46 și RA = 97,6%), cardiopatiile reumatismale în sarcină (RP = 4,0 95%, ÎI: 1,8 – 5,2, RA = 75%). După datele lui Lancet (2005), suplimentarea cu calciu a gravidei pe parcursul sarcinii poate fi o măsură de profilaxie a preeclampsiei.

Bacteriuria asimptomatică, pielonefrita acută dublează riscul pentru NP [14, 16, 18, 27, 36, 38]. Conform datelor literaturii, bacteriuria asimptomatică antrenează în 30 – 50% și o pielonefrită, care, la rândul ei, prezintă un risc de NP [14, 27]. Conform studiilor specializate, există dovezi certe că bacteriuria asimptomatică netratată intervine în declanșarea nașterii spontane premature [3, 14, 16, 18, 27, 31]. În studiul nostru, factor de risc major pentru nașterile premature este anamneza complicată cu pielonefrită în sarcină (RP = 9,6 95%, ÎI: 7,8 – 11,4 și RA = 89,6%).

În 25 – 58% cazuri, la declanșarea travaliului spontan prematur, contribuie ruperea prematură a pungii amniotice (Ghid clinic pentru obstetrică și ginecologie, nr. 20, Revizia 0, 2007) și precedă nașterea prematură în 1/3 din cazuri [2, 14, 19, 20]. Acest compartiment continuă a fi actual teoretic și practic (Alger L., Cox S., Olfosson P. 1988, Maumon E., Chaim W. 1998, Arias F. 1997, Ancel P. 2000, Serbencu A., Moșin V. 2001, Дворянский С., Арасланова С. 2002). Unul dintre criteriile de specificitate ale NP, în studiul nostru, a fost caracterizat prin RPMA cu apariția și progresarea activității contractile uterine.

Datele obținute în cadrul studiului ne-au permis să identificăm factorii de risc ai nașterilor premature în Republica Moldova și să prezentăm ierarhia factorilor de protecție. Aceste date pot fi aplicate în elaborarea recomandărilor de orientare a factorilor de decizie pentru perfectarea strategiilor în conduita nașterilor premature în baza factorilor de risc determinați pentru Republica Moldova.

Concluzii

Acest studiu ne-a permis evidențierea nu numai a factorilor de risc pentru nașterea prematură, ceea ce este important pentru managementul corect al sarcinii, dar și stabilirea factorilor de protecție pentru nașterea prematură.

Cauzele care pot contribui la dezvoltarea travaliului prematur sunt frecvent asociate cu o etiopatogenie multifactorială. În studiul efectuat, am determinat următorii factori de risc ai nașterii premature: socio-economici, materni, medicali extragenitali și ai sistemului reproductiv, de comportament și demografici, medicali obstetricali, psihosociali.

Metoda determinării factorilor „de risc”, în cazul nașterilor premature, este orientată în direcția elaborării măsurilor preventive prioritare și poate fi recunoscută drept o metodă originală de studiere a problemelor științifico-practice în medicină. În studiul nostru am demonstrat că:

1. Factori de risc extrem de majori pentru nașterile premature sunt ruperea prematură a membranelor amniotice (RP = 55,0 96%, ÎI: 42,8 – 67,0 și RA = 99%), anamneza obstetricală complicată cu nașteri premature anterioare (RP = 54,0 95%, ÎI: 42,0 – 66,0 și RA = 98,1%), sarcina multiplă (RP = 10,2 – 95%, ÎI: 7,3 – 12,5 și RA = 90,2%), preeclampsia în sarcină (RP = 41,0 95%, ÎI: 38 – 46 și RA = 97,6%).

2. Factori de risc major pentru nașterile premature sunt anamneza obstetricală complicată cu două și mai multe avorturi spontane (RP = 4,7 – 95%, ÎI: 2,2 – 6,9 și RA = 78,7%), anamneza complicată cu pielonefrită în sarcină (RP = 9,6 95%, ÎI: 7,8 – 11,4 și RA = 89,6%), neefectuarea tratamentului local al infecției vaginale (RP = 5,5 95%, ÎI: 3,5 – 7,0 și RA = 81,8%), hipertensiunea indusă de sarcină (RP = 3,5 95%, ÎI: 2,6 – 4,4 și RA = 71,4%).

3. Factori de risc moderați pentru nașterile premature sunt anamneza obstetricală complicată cu un avort spontan (RP = 2,6 – 95%, ÎI: 1,3 – 3,1 și RA = 58,8%), cu o cicatrice pe uter în rezultatul operației cezariene (RP = 3,9 95%, ÎI: 2,6 – 4,2 și RA = 74,4%), anemia pe parcursul sarcinii (RP = 2,3 95%, ÎI: 1,6 – 2,9 și RA = 26,4%), tipul constituțional (bazinul anatomic strâmtat – RP = 3,0 – 95%, ÎI = 1,4 – 4,1 și RA = 66,7%).

4. Factori de risc reduși pentru nașterile premature sunt abuzul de alcool în sarcină (RP = 1,8 – 95%, ÎI: 1,1 – 2,6 și RA = 44,4%), relații sexuale în sarcină (RP = 1,7 – 95%, ÎI: 1,2 – 2,3 și RA =

41,2%), traumatismul fizic sau psihic în sarcină (RP = 1,1 – 95%, ÎI: 0,8 – 1,5), anamneza obstetricală complicată cu un avort medical (RP = 1,2 – 95%, ÎI : 0,8 – 1,6 și RA = 16,7%).

În baza celor menționate, în urma cercetării efectuate, remarcăm următoarele date:

- ruperea prematură a pungii amniotice contribuie la declanșarea travaliului spontan prematur și precedă nașterea prematură în 1/3 din cazuri;

- sarcina multiplă prezintă un factor de risc de 10,2 ori mai mare, comparativ cu grupul de control;

- anamneza obstetricală complicată cu două și mai multe avorturi spontane majorează de 4,7 ori riscul pentru nașterea prematură;

- afecțiunile sistemului uro-genital în sarcină manifestă un impact considerabil asupra incidenței prematurității, iar infecțiile cu evoluție asimptomatică dublează riscul de travaliu prematur;

- probabilitatea nașterilor premature la femeile care consumă alcool în sarcină este de 1,8 ori mai mare, în comparație cu femeile ne-consumatoare.

Acest studiu ne-a permis evidențierea nu numai a factorilor de risc pentru nașterea prematură, ceea ce este important pentru managementul corect al sarcinii, dar și stabilirea factorilor de protecție pentru nașterea prematură.

Bibliografie selectivă

- 1 ACOG Practice Bulletin. Assessment of risk factors for preterm birth. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet. Gynecol.*, 2001, vol. 98, no. 31, p. 709-716.
- 2 Alger, L., Pupkin, M. Etiology of preterm premature rupture of the membranes. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 1986, vol. 29, no. 4, p. 759-770.
- 3 Ancel, P.Y. Menace d accouchement premature et travaile premature a memembrane intactes. *J. Gynecol. Obstet. Biol. de la Reprod.*, 2002, vol. 31, no. 7, p. 10-21.
- 4 Anuarul Statistic al Republicii Moldova, 2003 – 2007. Departamentul Statistică și Sociologie al RM, Chișinău, 2004 – 2008.
- 5 Benedetti, T. J., Quilligan, E. J. Cerebral edeman in severe pregnancy – induced hypertension. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1980, vol. 137, p. 861-864.
- 6 Berkowitz, G., Blackmore-Prince, C., Lapinski, R., Savitz, D. Risc factors for preterm birth. *Epidemiology*, 1998, vol. 9, p. 279-285.
- 7 Blondel, B., Kogan, M. et al. The impact of number of multiple births on the rates of preterm birth and low birthweight. *J. Obstet. Gynecol. Biol. Reprod.*, 2002, vol. 92, p. 1323-1330.
- 8 Brocklehurst, P., Hannah, M., McDonald, H. Interventions for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Database of systematic reviews. The Cochrane Library-Issue 1, 2001.
- 9 Carroli, G., Rooney, C., Villar, J. WHO Program to Map the Best Reproductive Health Practices: How Effective is Antenatal Care in Preventing Maternal Mortality and Serious Morbidity. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.*, 2001, vol. 15 (supplement), p. 1-42.
- 10 Carroli, G., Villar, J., Piaggio, G. et al. WHO Systematic Review of RCTS of Routine Antenatal Care. *Lancet.*, 2001, vol. 357, no. 9268, p. 1565-1570.
- 11 Cleary-Goldman, J., Malone, R., Vidaver, J., Ball, R., Nyberg, D., Comstock, C. et al. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet. Gynecol.*, 2005, vol. 105, no. 5, p. S1983-990.
- 12 Hauth, J., Goldenberg, R., Aderws, W., Dubard, M., Copper, R. Reduced incidence of preterm delivery with metronidazole and erythromycin in women with bacterial vaginosis. *N. Engl. J. Med.*, 1995, vol. 333, p. 1732-1736.
- 13 Hill, K. Reducing Perinatal and Neonatal Mortality. Child Health Research Project Special Report, Baltimore, 1999, may, vol. 3, no. 1.
- 14 Kass, E. Pyelonephritis and bacteriuria. *Am. Inter. Med.*, 1962, vol. 56, p. 46-53.
- 15 Luca, V. Diagnostic și conduită în sarcina cu risc crescut. București, 1989, p. 659-694.
- 16 Martius, J., Roos, T. The role of urogenital tract infections in the etiology of preterm birth. *Gynecol. Obstet.*, 1996, vol. 258, p. 1-19.
- 17 McElrath, T., Norwitz, E., Robinson, J. et al. Differences in TD-x fetal assay values between twin and singletons gestations. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2000, vol. 182, p. 1110-1112.

- 18 McFee, J. Prevention of premature birth by screening and treatment for common genital tract infections: results of controlled evaluation. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1995, vol. 173, p. 157-167.
- 19 Morse, S.B., Haywood, J.L., Goldenberg, R.L. et al. Estimation of Neonatal Outcome and Perinatal Therapy Use. *Pediatrics*, 2000, vol. 105, no. 5, p. 1046-1050.
- 20 Olofsson, P., Rydhstrom, H., Sjoberg, N. How Swedish Obstetricians manage premature rupture of membranes in preterm gestations. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1988, vol. 159, no. 5, p.1028-1034.
- 21 Osmond, C, Barker, D.I, Winter, P.D., Fall, C.H., Simmonds, C.J. Early fetal growth and death from cardiovascular disease in women. *Brit. Med. J.*, 1993, vol. 307, no. 6918, p. 1519-1524.
- 22 Paladi, Gh., Cucuș, N., Cernetchi, O. etc. Sarcina și bolile asociate ei. Chișinău, 2003, 120 p.
- 23 Paladi, Gh. *Obstetrica*. Chișinău, 1993, 462 p.
- 24 Papiernik, E. Coefficient de risque d accouchement premature. *Presse Med.*, 1969, vol. 77, p. 763.
- 25 Papiernik, E., Combier, E. Morbidité et mortalité des prématurés de moins de 33 semaines. *Bull. Acad. Natl. Med.*, 1996, vol. 180, p. 1017-1027.
- 26 Pons, J., Charlemaine, C., Dubuil, E., Papiernik, E., Frydman, R. Management and outcome of triplet pregnancy. *Eur. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1997, in press.
- 27 Smail, F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *The Cochrane database of System. Reviews.*, The Cochrane Library, Issue 1, 2001.
- 28 Tempelton, A., Kelman, G. Arterial blood gases in preeclampsia. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 1997, vol. 84, p. 290-297.
- 29 Tulloch, J. Integrated approach to Child Health in developing countries. *Lancet.*, 1999, vol. 354 (suppl. 2), p. 16-20.
- 30 Van Eyck, J., Arabin, B. Delayed-interval delivery in multiple pregnancy. New York, Parthenon Publ. Group, 2001, 280 p.
- 31 Virtej, P. *Obstetrica fiziologică și patologică*. București, 1997, p. 589-623.
- 32 World Bank. Safe motherhood and the World Bank: Lessons from 10 years of experience. Human Development Network, Washington, DC, 1999.
- 33 WHO. Essential Care Package. Guidelines for Pregnancy and Childbirth. WEO, 2005.
- 34 Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 году. Здравоохранение Рос. Фед., Москва, 2006, N. 4, с. 3-10.
- 35 Дворянский, С., Арасланова, С. Преждевременные роды. Москва, Мед. Книга, 2002, 93 с.
- 36 Пикаускайте, Д. Преэклампсия. *Мед. Генетика*, 2006, N. 7, с. 252-257.
- 37 Сидельникова, В. Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему. *Акуш. и гинекол.*, 2007, N. 5, с. 26-28.
- 38 Фролова, О., Дурасова, Н. Медико-социальные аспекты преждевременных родов. *Акуш. и гинекол.*, 2008, N. 3, с. 48-50.

Rezumat

Nașterile premature sunt și în Republica Moldova o problemă majoră, continuă de sănătate, având o prevalență înaltă cu consecințe sociale și economice importante. Profilaxia și tratamentul nașterilor premature constituie o declarație a strategiei prioritare pentru politica de sănătate și medicină contemporană din Republica Moldova. Orientarea spre nașterea fiziologică la termen reprezintă o tendință continuă, pentru asigurarea unor noi modalități de reformare permanentă în domeniul prematurității.

Summary

Premature birth is a major problem for the public health concern in the Republic of Moldova, having a high incidence as well as crucial social and economic consequences. Nowadays, prevention and treatment of premature birth has been declared as priorities for policy in Health System in Moldova. Orientation to a physiological birth is the goal of the new reforms that are conducted in the obstetrician branch of health system.

DIABETUL ZAHARAT – PROBLEMĂ MEDICO-SOCIALĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Iulia Luca, competitor; **Tudor Grăjdianu**, dr. hab. în medicină, prof.univ.,
Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu“

Actualitatea problemei

Cu toate că diabetul este o boală cunoscută încă în antichitate, date epidemiologice propriu-zise există începând cu prima jumătate a secolului al XX-lea. 30 de milioane de oameni aveau diabet în 1985, pentru ca peste 10 ani, numărul total de bolnavi de diabet să ajungă la 135 de milioane. Estimarea OMS din 2000 furnizează o cifră impresionantă: 177 de milioane de persoane suferă de diabet în întreaga lume, iar previziunile sunt de-a dreptul îngrijorătoare: 370 de milioane până în 2030. Creșterea numărului de bolnavi se va produce din cauza înmulțirii cazurilor, mai ales în țările slab dezvoltate. Celelalte cauze se referă la explozia demografică, îmbătrânirea populației, dietele vicioase, obezitatea, sedentarismul. Incidența diabetului zaharat de tip II, care reprezintă aproximativ 90% dintre cazuri, este în continuă creștere, la vârste din ce în ce mai mici. Până în 2030, în țările dezvoltate, majoritatea populației cu diabet va fi în vârstă de 65 de ani sau peste, în timp ce în țările în curs de dezvoltare, cei mai mulți pacienți vor aparține intervalului de vârstă încă activă, între 45 și 64 de ani. Prevalența diabetului, în majoritatea țărilor, se situează, în medie, între 5 și 10%. În Republica Moldova sunt înregistrați în jur de 40 000 de diabetici.

Diabetul zaharat insulinodependent (IDDM = Insulin Dependent Diabetes Mellitus) – reprezintă o colecție de sindroame caracterizate fenotipic prin distrugerea, frecvent autoimună, a celulelor B pancreatice, defectul secretar de insulină și hiperglicemie cronică.

- Din punct de vedere epidemiologic, IDDM este o afecțiune multifactorială, în care balanța dintre factorii genetici și de mediu determină sau nu apariția diabetului.
- Prin frecvența și complicațiile sale IDDM reprezintă una dintre problemele medicale majore ale mileniului trei.

Metode de investigare a componentei genetice în diabetul zaharat uman

În modelul general, balanța dintre factorii de rezistență și predispoziții (genetici și de mediu) influențează declanșarea autoimunității antipancreatice, care reprezintă mecanismul principal de distrugere a celulelor B pancreatice.

Implicarea factorilor genetici în diabetogeneză este aprecierea prin:

1. Asocierea unor afecțiuni genetice cu diabetul;
2. Agregarea familială a cazurilor;
3. Studiul gemenilor;
4. Markerii genetici.

Diabetul este o afecțiune complexă, în care corpul nu asimilează corespunzător alimentele. Alimentele consumate sunt transformate în glucoză la nivelul stomacului și al intestinului. Glucoza ajunge în sânge, care apoi o transportă către toate celulele corpului, iar pentru a ajunge în interiorul lor este nevoie de insulină. În interiorul celulei, zahărul este folosit pentru generarea de energie celulară. Dacă pancreasul nu generează suficientă insulină sau celulele nu reacționează corespunzător la aceasta, apare diabetul zaharat. Conform recomandării Asociației Americane a Diabeticilor, glucoza din sânge trebuie să fie între 80 și 120 de miligrame pe decilitru între mese sau când postim. Dacă glucoza din sânge este în afara acestor valori, atunci apare diabetul.

Diabetul este de 2 feluri:

- de tip 1 sau insulinodependent, în situația în care pancreasul nu produce insulină sau cantitatea produsă este sub necesarul corpului. În această situație, diabetul trebuie să folosească insulină injectabilă sau pompată. Acest tip de diabet are următoarele caracteristici:

- apare sub 35 de ani;
- persoana este slabă;
- manifestările sunt acute;
- apar urinări frecvente și sete crescută;

- este însoțit de apetit alimentar crescut și pierderi de greutate rapidă;
- manifestări de oboseală și slăbiciune;
- cuprinde 10% din totalul bolnavului de diabet.

De tip 2 sau rezistent la insulină, în care corpul nu reacționează la ea, este de obicei diagnosticat la persoane peste 40 de ani, dar la conferința Asociației Americane a Diabeticilor din iunie 1999 se atrage atenția asupra apariției și creșterii alarmante a diabetului de tip 2 la copiii obezi, uneori reprezentând un procent dublu față de cei cu diabet de tip 1.

- apare la persoanele supraponderale;
- debutul este lent și de cele mai multe ori ascuns (fără simptome);
- cu tulburări ale vederii;
- rănilor se vindecă cu dificultate;
- infecții repetate ale pielii, gurii și ale vezicii urinare;
- reprezintă %% din tabelul diabeticilor.

Prevenirea apariției diabetului

Deoarece stresul interpretat cronic are un rol hotărâtor în apariția diabetului, sunt necesare următoarele:

Adoptarea unui stil de viață optim:

- cu echilibru între muncă și odihnă;
- alternând activitățile impuse cu cele plăcute;
- plin de dragoste, apreciere, mulțumire și fericire;
- acumulând zilnic cunoaștere universală;
- dedicat binelui universal (pentru noi și pentru ceilalți), cu cât mai puține supărări sau îngrijorări;
- fără lăcomie, egoism, ură sau gelozie.

Metode de combatere a stresului:

- Gândirea pozitivă ameliorează rezistența corpului la efort și îmbunătățește starea de sănătate.
- Atitudinea față de evenimente;
- Relaxarea;
- Relaxarea progresivă;
- Vizualizare;
- Biofeedback;
- Respirația;
- Meditația;
- Exerciții fizice;
- Alimentația.

Efectele pe termen lung ale diabetului de tip 2

- Afecțiuni ale inimii și circulației sângelui în general:
 - Atacul de cord constituie 60% dintre decesele diabeticilor;
 - Accidentul cerebral vascular constituie 25%.
- Afecțiuni ale fibrelor nervoase (Neuropatii);
- Afecțiuni ale vaselor de sânge.
 - 50% dintre amputările picioarelor în SUA sunt provocate de diabet;
 - Îngrijirea atentă a picioarelor poate reduce această complicație majoră a diabetului cu 44% - 85%.
- Afecțiuni ale ochilor: Retenopatii.
 - În SUA diabetul este responsabil de apariția anuală de la 12.000 la 24.000 de noi cazuri de orbire;
 - Diabetul este principala cauză de orbire pentru persoanele între 20-74 de ani.
 - Diabeticii au risc crescut pentru cataractă și anume glaucomă.
- Afecțiuni ale rinichilor: Nefropatii.
 - Hipertensiune arterială și colesterol.

- Insuficiență renală cronică și dializă.
- Afecțiuni ale sistemului nervos central și afecțiuni mentale
- Demenția.
- Microleziuni ale arterelor cerebrale.
- Probleme ce țin de atenție, concentrare și memorie după 55 de ani.
- Afecțiuni ale sistemului imunologic
- Infecții (spitalizarea este de 6 ori mai mare, în comparație cu cei care nu au diabet);
- Cancer.

Impactul diabetului zaharat

La nivel mondial, numărul de decese atribuite anual diabetului se estimează la aproximativ 800.000. În ciuda progreselor terapeutice înregistrate, atât pentru tipul I, cât și pentru tipul II de diabet, durata de supraviețuire a pacienților diabetici continuă să fie de 10 ori mai mică decât a persoanelor nediabetice. Scăderea speranței de viață este cu atât mai mare, cu cât vârsta de debut a bolii este mai mică, grupa de vârstă cea mai afectată fiind 0-14 ani. Totuși, să remarcăm faptul că durata de supraviețuire a crescut de la 3 ani în 1942, la peste 35 de ani în prezent. Complicațiile cardiovasculare, insuficiența renală cronică și bolile infecțioase sunt principalele cauze de mortalitate. Complicațiile acute sunt grevate și ele de o mortalitate importantă, care în centrele nespecializate ajunge până la 10-15%. Complicațiile diabetului zaharat fac anual 4 milioane de victime. În țările industrializate, bolile cardiovasculare se întâlnesc la aproximativ 50% dintre bolnavii cu diabet care decedează. Factorii de risc pentru bolile cardiovasculare la persoanele cu diabet includ hipertensiunea arterială, nivelurile ridicate de colesterol plasmatic, obezitatea și fumatul. Recunoașterea și tratarea acestora pot împiedica sau preveni apariția bolilor cardiovasculare la persoanele cu diabet. Neuropatia diabetică este probabil cea mai întâlnită complicație, iar studiile sugerează faptul că mai mult de 50% dintre diabetici sunt afectați într-un anumit grad. Factorii majori de risc pentru apariția acesteia sunt nivelul și durata concentrației crescute de glucoză din sânge. Neuropatia poate determina afectarea senzorială și a funcționalității membrilor și, de asemenea, este cauza majoră de impotență la bărbați. Retinopatia diabetică este cauza principală de orbire și generează tulburări de vedere. Concluziile unor studii sugerează faptul că, după 15 ani de diabet, aproximativ 2% dintre pacienți orbesc, în timp ce 10% dezvoltă handicapuri vizuale severe. Tot diabetul este și una dintre principalele cauze de insuficiență renală, dar frecvența sa variază de la un grup populațional la altul, fiind legată și de severitatea și durata afecțiunii. Boala piciorului diabetic, datorată modificărilor morfopatologice din vasele de sânge și nervi, se manifestă adesea prin ulceratii și conduce la amputarea membrului, diabetul fiind cea mai întâlnită cauză netraumatică de amputație a piciorului. La nivel mondial, sumele alocate îngrijirii bolnavilor de diabet reprezintă între 2,5 și 15% din bugetele anuale de sănătate, în funcție de prevalența diabetului din țara respectivă și de complexitatea tratamentului. Prevenția primară este reprezentată de o dietă sănătoasă și de activitatea fizică practică regulat (care protejează indivizii predispuși), în timp ce prevenția secundară include depistarea precoce și tratarea corectă. Tratarea hipertensiunii, hiper-lipidemiilor și controlul nivelurilor de glucoză sangvină pot reduce substanțial riscul dezvoltării complicațiilor și încetinește progresiunea celor existente. Studii pe eșantioane mari de populație în China, Canada, SUA și o serie de țări europene sugerează faptul că, inclusiv reducerea moderată a greutatei corporale, precum și mersul pe jos timp de o jumătate de oră, practicat zilnic, reduc incidența diabetului la mai mult de jumătate dintre subiecții supraponderali. Din cauza caracterului său cronic și a severității complicațiilor, diabetul este o boală costisitoare nu doar pentru individ, ci și pentru familia acestuia, dar, mai ales, pentru societate.

Concluzii

1. *Estimarea OMS din 2000 furnizează o cifră impresionantă: 177 de milioane de persoane suferă de diabet în întreaga lume, iar previziunile sunt îngrijorătoare: 370 de milioane până în 2030.*

2. La nivel mondial, numărul de decese atribuite anual diabetului se estimează la aproximativ 800.000.

3. La nivel mondial, sumele alocate îngrijirii bolnavilor de diabet reprezintă între 2,5 și 15% din bugetele anuale de sănătate, în funcție de prevalența diabetului din țara respectivă și de complexitatea tratamentului.

4. Prevenția primară este reprezentată de o dieta sănătoasă și de activitatea fizică practică regulat (care protejează indivizii predispuși), în timp ce prevenția secundară include depistarea precoce și tratarea corectă.

Bibliografie selectivă

1. ANNASWAMY R., GORDON H et al. – Rosiglitazone Improves Insulin Sensitivity and Lowers Blood Pressure in Hypertensive Patients. *Diabetes Care*, vol 26 Nr.1, January 2003, pag. 172-178.

2. DAVID G., GARY J. – Effect of Rosiglitazone on Insulin Sensitivity and Body Composition in type 2 Diabete Patients. *Obesity Research* vol 10, Nr.10, oct. 2002, pag. 1009-1015.

3. HÂNCU N et al. – Insulinoterapia ambulatorie în DZ tip I, 2. *Jama Ro*, sept. 2003, vol. 1, Nr.1, pag. 91-95.

4. HÂNCU M. Obezitatea și dislepemiile. Buc., Ed. Infomedica, 1998.

5 HOWARD A, WOLPERT H, BARBARA J ANDERSON. Managementul diabetului zaharat. B M J Ed în limba română, vol. 9 2002; 2:34-37.

Rezumat

În lucrare se descrie situația în lume de creștere a incidenței prin diabet zaharat estimat de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și se face o caracteristică din punct de vedere epidemiologic și prin frecvența și complicațiile sale. Urmează analiza impactului social și medical al diabetului zaharat – ca problemă medico-socială.

Summary

In this state is described the incidence through diabetes mellitus which hour bent estimated by World Health Organization: epidemiological point of view; the frequency and it's complications. Then it is made an analysis of the social and medical impact of diabetes as a public health problem.

CARACTERISTICI TEORETICE ALE CERCETĂRILOR ÎN MEDICINA GENERALĂ

Tatiana Gheorghian, competitor, **Grigore Bivol**, dr. hab., prof.univ., **Elena Grejdeanu**, competitor, Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu“, Catedra Medicină de Familie USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere

Scopul oricărei cercetări științifice este de a aduce noi date, care să lărgescă orizontul cunoașterii și totodată să crească eficiența activității. Medicina generală se aliniază la aceste considerații, putând aborda cele trei domenii principale ale cercetării:

☞ cercetarea de explorare (se descoperă noi adevăruri);

☞ cercetarea de dezvoltare (pe calea deschisă se aduc noi contribuții);

☞ cercetarea de confirmare (se validează o serie de observații cu noi argumente, care devin astfel bunuri comune).

„Pentru a face o descoperire științifică, trebuie să dispui de fapte – spune Mendeleev – dar să nu fii sclavul lor, să nu urmezi orbește datele empirice, să fii capabil să distingi ceea ce este realmente un fapt, de ceea ce este o greșeală sau o concluzie falsă”. O descoperire empirică devine valoroasă când își găsește substratul teoretic, și mai ales când se desprind concluzii teoretice majore.

Dacă 1-2% dintre medici au „scânteia” cercetării științifice, înseamnă că medicii generaliști, care au o mare pondere la noi, constituie o forță importantă ce trebuie valorificată.

O cercetare de înaltă performanță presupune imaginație și îndrăzneală, cere muncă și renunțări, are nevoie de stimulent, motivație și condiții.

Dificultățile cercetării în medicina generală

Un autor ca M. Marinker (Marea Britanie) se întreabă, în sens constructiv, dacă există o cercetare independentă în medicina generală.

Punctul slab, în opinia sa, rezidă în următoarele aspecte:

1. cercetătorii sunt tributari părerilor și obiceiurilor care nu provin din propriul lor tezaur de experiență;

2. lipsesc conceptele teoretice clare;

3. metodologiile sunt împrumutate;

4. pretenția medicilor generaliști de a integra concomitent aspecte biologice, psihologice și sociale. Știința se depărtează de astfel de idei universale, ocupându-se doar de adevăruri speciale.

Profesorul iugoslav de medicină generală V. Grabovac, cu un titlu retoric „Cum să respectăm cercetarea?”, trece în revistă dificultățile de ordin practic întâmpinate de medicii generaliști în abordarea cercetării științifice.

Printre acestea el numără:

☞ numărul mare de pacienți;

☞ împovărarea cu diverse sarcini;

☞ atitudinea subiectivă asupra propriei activități;

☞ cercetarea este lăsată pe plan secundar.

Principiile cercetării științifice în medicina generală

În literatura de specialitate, și din experiența noastră, par să se contureze următoarele principii ale cercetării în medicina generală:

☒ Activitatea științifică este direcționată, în special, spre cercetarea aplicativă, în folosul pacienților, instituțiilor sanitare și al societății.

☒ Medicina generală fiind o disciplină–matcă, nonconformistă, adeptă a pluricauzalității și a patogenezelor deschise, care nu-și propun aprioric limitarea variabilelor, reprezintă un teren care facilitează cercetarea fundamentală.

☒ Medicina generală are ca obiect de studiu omul „total” și colectivitatea „globală”, receptate în unitatea lor tridimensională (biologică, psihologică și socio-culturală).

☒ Cercetarea științifică proprie trebuie să respecte normele generale metodologice și etice, unanim acceptate, precum și modalitățile uzitate de difuzare a rezultatelor.

Domeniul de cercetare a medicinei generale

Problemele cercetării medicinei generale provin în mod firesc din conținutul muncii cotidiene a medicilor generaliști.

Colectivul de cercetare din Leeuwenhorst recunoaște cinci sectoare de cercetare în medicina generală, și anume:

- clinic;
- epidemiologic;
- tehnico-metodologic;
- de atitudine și interacțiune;
- pedagogic.

Cercetarea în medicina generală trebuie să urmeze două direcții mari:

- teoretică;
- practică.

Metodologia de cercetare

Medicina generală reprezintă un câmp de interacțiuni dintre pacient, ca om (cu problemele sale existente), și medic, ca persoană (observator, investigator, consilier și terapeut).

În funcție de obiectivul cercetării, se formează sau nu colective de cercetare din medici generaliști, specialiști în profil, sociologi, psihologi, biologi, organizatori de sănătate.

În procesul de cercetare, medicina generală vine în contact cu diverse alte științe și ajunge în situația să-și asimileze metodele de lucru ale acestora.

✓ În primul rând, sunt folosite metodele de lucru ale disciplinelor biologice, sub raport descriptiv și interpretativ.

✓ În al doilea rând, găsim metodele de lucru ale specialităților clinice – observarea și experimentul;

✓ În al treilea rând, sunt efectuate cercetările populaționale (studiile epidemiologice), care au o largă audiență.

✓ În al patrulea rând, se află metodele științelor sociale.

Metodologia oricărei cercetări se desfășoară, de obicei, în patru trepte:

- punctul de plecare (descoperirea unor fapte, situații);
- stabilirea de ipoteze (plecând de la identificarea problemelor, apare necesitatea adâncirii lor);

- verificarea ipotezelor (stabilirea relației cauză, efect);

- aplicarea rezultatelor în teoria și practica medicală.

Beneficiile medicale ale cercetării științifice în medicina generală

Cercetarea în medicina generală oferă o serie de avantaje pentru științele medicale.

Redăm câteva dintre acestea:

- medicina generală are un domeniu de activitate larg și parțial neexplorat;

- la nivelul medicinei generale se face prima apreciere asupra problemelor incipiente și nediferențiate;

- tot aici sunt examinate și tratate integral multe afecțiuni;

- îngrijirea de durată aduce un contact continuu cu fiecare pacient, familie sau colectivitate;

- în elaborarea unor decizii clinice se au în vedere o mulțime de factori corelativi, incluzând cel de probabilitate. Acest proces poate fi transferat și în alte specialități;

- nu necesită o aparatură costisitoare.

Gânduri de viitor

Dezvoltarea medicinei generale, câștigarea de noi competențe și dobândirea unei depline autorități în asistența medicală se leagă nemijlocit de cercetarea medicală.

Abordarea integrală a pacientului și practicarea unei medicine personale sunt punctele *nodale*, pe care medicina generală le așază doctrinar în centrul filozofiei sale.

Trebuie, de asemenea, să găsim criteriile pentru a demonstra că ne îndeplinim sarcinile asumate, că suntem angajați pentru a practica o medicină a sănătății, adevărată medicină a viitorului. Ca elemente practice, pentru deprinderea cercetării în medicina generală, într-o primă etapă, se impun:

- ↻ o mai bună cunoaștere a tehnicilor de cercetare;

- ↻ antrenarea și participarea la studii medicale și sociale;

- ↻ dezvoltarea muncii în echipă și în seminare, când grupuri mici de cercetători se ocupă de o anumită problemă;

- ↻ reorganizarea și impulsivitatea activității științifice în cadrul societății de Medicină Generală.

Concluzii

1. O cercetare performantă presupune imaginație și îndrăzneală, cere muncă și renunțări, are nevoie de stimulenți și condiții.

2. Medicina generală reprezintă un câmp de interacțiuni dintre pacient, ca om (cu problemele sale existente), și medic, ca persoană (observator, investigator, consilier și terapeut).

3. Dezvoltarea medicinei generale, câștigarea de noi competențe și dobândirea unei depline autorități în asistența medicală se leagă nemijlocit de cercetarea medicală.

Bibliografie selectivă

1. Dușescu B. Funcția integratorie și umanistă a medicinei generale. Muncitorul sanitar nr. 23/1761, 10 iunie 1986.

2. Popescu G.R., Rădulescu S. Medicina și colectivitățile umane. Ed. medicală, București, 1981.

3. Voiculescu M. De veghe pe frontul vieții. Ed. Medicală, București, 1984.

4. Bușoi G.R. Medicina familiei, o disciplină cu adânci implicații medico-sociale. Viața medicală. 1983, 8, 369-374.

Rezumat

În lucrare se face o analiză a celor trei domenii principale ale cercetării: Cercetarea de explorare (se

descoperă noi adevăruri); Cercetarea de dezvoltare (pe calea deschisă se aduc noi contribuții); Cercetarea de confirmare (se validează o serie de observații cu noi argumente, care devin astfel bunuri comune).

Summary

This study includes some theoretical visions of scientific researches in general medicine (family medicine) which contribute to its identification and affirmation as a unsubstantiated specialty having a purpose of knowledge efficiency activity

EFICACITATEA ECONOMICĂ ȘI INFLUENȚA EI ASUPRA CALITĂȚII SERVICIILOR MEDICALE

Iurie Malanciuc, dr. în medicină, Centrul Național de Management în Sănătate

Introducere

Sănătatea, pentru fiecare în parte, reprezintă un bun dăruit la naștere, care nu mai poate fi înlocuită, ci doar păstrată. Fiind o parte integrantă și indivizibilă a existenței individului, determină calitatea vieții umane prin **QALY** (quality adjusted life years – anii de viață corecți prin calitate) [1].

Starea de sănătate a populației oricărei țări este o noțiune socială și determină principala valoare a fiecărui stat, fiind resursele ei de muncă.

Cheltuielile statului necesare pentru menținerea sănătății populației la un nivel decent, în ultimii ani, în majoritatea țărilor dezvoltate, sunt predictive, cu ponderea cea mai mare. Dar este bine cunoscut și faptul că numai majorarea surselor financiare, alocate pentru sistemul de ocrotire a sănătății, nu conduce la atingerea scopului de fortificare a stării de sănătate a populației. Reorganizarea sistemului de sănătate din unul bugetar în cel bazat pe relațiile de piață, cum am menționat și în lucrările publicate anterior, necesită obligatoriu respectarea legităților economiei [2]. Conform acestui postulat, sistemul de sănătate va poseda pârghiile de dirijare și monitorizare specifice ale altor domenii ale economiei, cel mai însemnat fiind eficiența utilizării surselor alocate.

Terminologie

Calitatea serviciilor medicale (*quality of medical care eng.*) este o caracteristică formată din concordanța serviciilor medicale acordate cu necesitățile populației, așteptările ei, la un nivel tehnologic și științific înalt.

Caracteristicile calității serviciilor medicale:

- Adecvate (appropriateness);
- Accesibile (availability);
- Continue (continuity);
- Eficiente clinic (efficiency);
- Efective (effectiveness);
- Securitate (safety);
- Oportune (opportuneness);
- Satisfăcătoare (satisfaction);
- Cu stabilitatea procesului (stability);
- Cu perfecționare continuă;
- Prin participarea activă a pacientului;
- Fără discriminarea după sex, vârstă, etnie, loc de trai;
- Orientate profilactic.

Dintre caracteristicile principale ale calității serviciilor medicale face parte și efectivitatea economică. Toate aceste caracteristici menționate pot fi dezvoltate, detaliate și specificate, dar cert este că ele sunt într-o relație de interconexiune foarte strânsă. Asistența medicală va fi acordată la un nivel înalt de calitate, numai în cazul când se va selecta cea mai eficientă tehnologie care și-a demonstrat

eficiența prin practica științifică, dar și din punct de vedere al eficacității (cheltuieli/efect-rezultat). Selectarea celei mai eficiente tehnologii alternative necesită să fie efectuată numai în corespundere cu standardele medicale în vigoare, fără a diminua alte caracteristici ale calității (securitate, accesibilitate, eficacitate etc.) [3].

Managementul calității serviciilor medicale prevede evaluarea, garantarea și monitorizarea sistemului. Reieșind din aceasta, efectivitatea, ca una dintre părțile componente ale managementului calității serviciilor medicale, la fel necesită evaluare, asigurare și monitorizare.

Asigurarea efectivității prevede luarea deciziilor cu privire la utilizarea alternativă a resurselor alocate și realizarea acestor decizii. Care este necesitatea de selectare a metodelor alternative de tratament? Această necesitate este explicabilă, deoarece în toate țările, chiar și în cele cu o bunăstare avansată, sursele alocate sistemului de sănătate nu corespund cerințelor populației în ceea ce privește personalul medical și calificarea lui, instituțiile, dotarea corespunzătoare etc. Această situație de insuficiență a „produsului” sistemului de sănătate, care constă în „modificarea stării sănătății populației”, duce la asigurarea limitată a volumului de servicii medicale, de aceea sistemul de sănătate și este impus să distribuie și să ierarhizeze serviciile reieșind din sursele disponibile.

Comunitatea științifică mondială a elaborat abordări metodice de evaluare a efectivității și eficienței sistemului de sănătate. În mod intensiv se lucrează pentru integrarea și utilizarea comună a diverselor abordări. Acest scop este real și poate fi atins, deoarece în majoritatea țărilor el este comun și metodele de implementare sunt similare [4].

Integrarea în sistemul informațional mondial necesită o unificare a noțiunilor utilizate, inclusiv în managementul calității serviciilor medicale și îndeosebi în domeniul efectivității serviciilor medicale.

În literatura de specialitate, în română și rusă, adesea se confundă un șir de noțiuni care în alte domenii pot fi considerate sinonime, dar în economie ele au o sarcină informațională diferită [5]. În limba engleză sunt acceptate următoarele noțiuni:

| Englez | Român | Rus |
|-----------------|--|---|
| Cost | <p><i>Dicționar Economic</i> cheltuieli consumuri speze consum [subst.]</p> <p><i>Dicționar Tehnic</i> pierderi cheltuieli costuri cheltuieli</p> | <p>Затраты Иждержки Расходы Стоимость</p> |
| Benefit | <p><i>Dicționar General</i> dobândă [subst.]</p> <p><i>Dicționar Economic</i> beneficiu [subst.] interes [subst.] avantaj [subst.] folos [subst.] profit [subst.] câștig [subst.] venit [subst.]</p> <p><i>Dicționar Juridic</i> beneficiu [subst.] folos [subst.] profit [subst.] câștig [subst.]</p> | <p>Выгоды Результаты Польза</p> |
| Efficacy | Eficacitate – calitatea de a produce efectul (pozitiv) așteptat; eficiență - Sursa [DEX] | Эффективность |

| | | |
|----------------------|---|---------------|
| Effectiveness | Efectivitate – capacitatea unui sistem de a produce efect specific – Sursa [DEX] | Эффективность |
| Efficiency | Eficiență – eficace, pozitiv, sigur; care produce un anumit efect (folositor) – Sursa [DEX] | Эффективность |

După cum vedem, primele două noțiuni au o mulțime de sinonime în ambele limbi, dar care redau sensul corect, cu excepția unor nuanțe. Noțiunile **Efficacy**, **Effectiveness** și **Efficiency** în limba rusă toate trei se prezintă ca sinonime, iar în limba română se consideră sinonime numai Eficacitate și Eficiență. În realitate însă ele nu sunt sinonime.

În „Glosarul de termeni de Sănătate Publică și Management”, autori coordonatori: șef lucrări dr. Adriana Vasile, șef lucrări dr. Dana Galieta Mincă găsim explicația termenilor analizați în următoarea versiune:

Eficacitate - obținerea beneficiilor dorite pentru populație/pacient în urma utilizării unei tehnologii.

Eficacitate - gradul în care un procedeu, o intervenție sau un regim specific produce rezultatul cel mai bun în condiții ideale.

Eficacitate practică - gradul în care o intervenție, o procedură sau un serviciu specific, aplicat în practică, reușește să-și realizeze în totalitate scopul propus.

Eficacitatea soluției - posibilitatea tehnologiilor actuale de a realiza ceva concret în soluționarea problemei.

Eficiență - obținerea celui mai mare beneficiu cu cel mai mic cost.

Eficiență - obținerea unor efecte sau a unor rezultate finale direct proporționale cu eforturile depuse, evaluate în bani, resurse și timp.

Eficiența utilizării resurselor - oferirea de îngrijiri optime necesare, pacientului și comunității; utilizarea timpului, materialelor, fondurilor și informațiilor, cu scopul de a produce maximum de servicii posibile; reducerea numărului de tratamente de calitate scăzută, rezultat al unor diagnostice incorecte sau al aplicării unor norme defectuoase.

Efecte – sunt schimbările fizice, sociale și emoționale ale indivizilor (efecte/rezultate terapeutice). Pot fi măsurate în unități naturale sau fizice.

În opinia autorului cea mai potrivită variantă este următoarea:

Efficacy – действенность, сила воздействия (rus.) – **eficacitate** – gradul în care intervenția medicală modifică (pozitiv) starea sănătății în condiții ideale (condiții de cercetare experimentală, de laborator). Ca exemplu: preparatul de ultimă generație **X** este *in vitro* cu 50% mai eficace decât preparatul **Y** și distruge cultura microbială în timp de 2 zile față de 4 ale preparatului **Y**.

Efficiency – результативность (rus.) – **eficiență** - gradul în care intervenția medicală are rezultate și modifică (pozitiv) starea sănătății în condiții practice și financiare reale. Apare imperativul de a menționa că eficacitatea prezintă un indicator relativ, deoarece el necesită a fi permanent comparat cu alți indicatori de cost/eficiență și în esența sa el nu poate fi un indicator absolut.

Ca exemplu: preparatul de ultimă generație **X** *in vivo* reduce termenul de tratament de 10 zile (4 zile distrugerea microbilor și 6 zile reconvalescență) efectuat cu preparatul **Y** cu 2 zile (2 zile distrugerea microbilor și 6 zile reconvalescență). Eficiența preparatului **X** față de preparatul **Y** este de 20%.

Effectiveness – эффективность (rus.) – **efectivitate** – raportul dintre rezultatele obținute și cheltuielile efectuate [6]. Ca exemplu: costul total a 10 zile de tratament într-un staționar terapeutic (cu costul inclus al medicamentelor) este de 1800 de lei (1550 + costul preparatului **Y** de 250 de lei). Costul preparatului **Y** pentru o cură de 5 zile este de 250 de lei, iar al preparatului **X** este de 700 de lei. Conform regulilor de administrare a preparatelor antimicrobiene, ambele preparate se vor indica pentru cel puțin 5 zile de tratament. Costul cazului tratat cu preparatul **X** va constitui 8 zile de tratament înmulțit la 155 de lei costul unei zile de tratament fără preparatul **Y** + 700 de lei costul preparatului **X**, total $155 \cdot 8 + 700 = 1940$ de lei. În concluzie: tratamentul efectuat cu preparatul modern și eficient este mai puțin efektiv pentru instituția medicală, deoarece sporește cu 140 de lei costul cazului tratat.

Aceasta este esența noțiunii de efectivitate economică și monitorizarea ei permite ca instituțiile medicale să aibă un spor economic și să-și poată dezvolta tehnologiile de tratament.

Efectivitatea investițiilor

Evaluarea stării de sănătate a unui popor se poate efectua și prin măsurile menite să sporească longevitatea și numărul de ani trăiți calitativ (QALY) sau beneficiul societății în general, ca rezultat al sporirii ponderii anilor trăiți fără maladii și invaliditate (evident și diminuarea cheltuielilor destinate ocrotirii sănătății), diminuării mortalității în vârstă aptă de muncă.

Resursele sistemului de sănătate sunt constituite în general din cele existente la moment și sursele alocate anual din fondurile publice, inclusiv cele ale sistemului de asigurări obligatorii.

Resursele financiare nu sunt suficiente nici într-o țară, indiferent de ponderea lor față de PIB sau valoarea absolută *per capita*. Pentru a ajunge la un echilibru logic, între modul de majorare a alocațiilor și sporirea rezultatelor scontate, vom aplica anumite măsuri și condiționări menite să majoreze semnificativ eficacitatea acestor alocări [7].

Pentru o evaluare a efectivității activității unei instituții medicale se vor utiliza trei mari categorii de eficacitate evaluată:

1. Efectivitatea tehnologiilor aplicate în instituție;
2. Efectivitatea cheltuielilor efectuate de către această instituție;
3. Efectivitatea investițiilor efectuate în perioada evaluată.

Dacă evaluarea efectivității cheltuielilor curente de gestiune și a investițiilor instituțiilor medicale nu prezintă dificultăți, deoarece metodologia de calcul este bine cunoscută și se aplică de către toți agenții economici, indiferent de forma de proprietate și domeniul de activitate, atunci efectivitatea tehnologiilor aplicate în instituțiile medicale prezintă deficiențe din multiple considerente. Una dintre cele mai mari dificultăți este necesitatea aplicării în parametrii de evaluare, împreună cu indicii obiectivi, și ai celor subiectivi, precum: aprecierea individuală a rezultatelor tratamentului de către pacient, satisfacerea de modul în care au fost prestate serviciile medicale etc. [8].

Nivelul calității serviciilor medicale este determinat de toate aspectele activității instituțiilor medicale, începând de la prima adresare și până la finalizarea tratamentului, de la internare și până la externare. Fiecare activitate din acest proces are ponderea sa de influență asupra calității serviciului prestat și este foarte interdependentă de celelalte activități [9]. Chirurgul a efectuat cu o mare iscusință intervenția chirurgicală, salvând viața pacientului și dându-i o șansă de însănătoșire, iar infirmiera, efectuând o procedură de nursing (ca exemplu, schimbarea așternutului), supune pacientul unor mișcări care reduc rezultatul eforturilor celorlalți lucrători medicali la zero, iar șansele pacientului la însănătoșire sunt spulberate.

Influența majorării alocațiilor financiare, în scopul sporirii calității serviciilor medicale, are variante de modificare cum ar fi:

1. Majorarea alocațiilor – calitatea se diminuează;
2. Majorarea alocațiilor – calitatea nu se modifică;
3. Majorarea alocațiilor – calitatea crește.

Modificarea tehnologiilor medicale aplicate în scopul sporirii calității serviciilor medicale poate avea alte variante de rezultate:

1. Modificarea tehnologiilor – diminuarea investițiilor – diminuarea calității;
2. Modificarea tehnologiilor – diminuarea investițiilor – calitatea nu se modifică;
3. ***Modificarea tehnologiilor – diminuarea investițiilor – calitatea sporește;***
4. Modificarea tehnologiilor – cheltuielile nu se modifică – diminuarea calității;
5. Modificarea tehnologiilor – cheltuielile nu se modifică – calitatea nu se modifică;
6. ***Modificarea tehnologiilor – cheltuielile nu se modifică – calitatea sporește;***
7. Modificarea tehnologiilor – majorarea investițiilor – diminuarea calității;
8. Modificarea tehnologiilor – majorarea investițiilor – calitatea nu se modifică;
9. ***Modificarea tehnologiilor – majorarea investițiilor – calitatea sporește;***

După cum vedem, se formează trei categorii de variante:

- a) cu efect negativ – 1; 4 și 7;

b) cu efect neutru – 2; 5 și 8;

c) cu efect pozitiv – 3; 6 și 9.

Dintre cele trei variante de efecte pozitive, varianta de *modificare a tehnologiilor – diminuarea investițiilor – calitatea sporește* este cea ideală, în practică însă cel mai des e întâlnită varianta *modificarea tehnologiilor – majorarea investițiilor – calitatea sporește* [10].

Și investițiile alocate în procesele tehnologice pot fi analizate din mai multe puncte de vedere.

Dacă analizăm investițiile din punctul de vedere al asigurării eficacității, este important ca scopul final să fie trasat astfel încât să fie asigurată satisfacerea necesităților pacienților în servicii medicale și nu numărul de servicii prestate. Serviciul medical este un rezultat al activității instituției medicale (*output* – eng. – produsul final, la ieșire).

Servicii medicale prestate raportate la **Valoarea investițiilor** prezintă un indicator care nu reflectă rezultatele activității instituției medicale, ci activitatea ei și derutează concluziile despre asigurarea eficienței investițiilor efectuate. Dacă activitatea instituțiilor medicale va fi analizată în baza acestui raport, atunci instituțiile medicale se vor orienta spre prestarea a cât mai multor servicii medicale și din acest raport va rezulta că activitatea investițională a instituției medicale este foarte eficientă, pe când starea sănătății pacienților poate chiar și să se înrăutățească.

Modificarea nivelului stării de sănătate a pacientului (*outcomes* – eng. – produsul rezultat pentru pacient) este un indicator care reflectă rezultatele activității instituției medicale asupra pacienților.

În cazul când pentru analiza investițională se va aplica raportul:

Rezultatele modificării sănătății pacienților după tratament, inclusiv măsurile profilactice raportate la **Valoarea investițiilor** reprezintă analiza activității investiționale a instituției, va elucida situația reală și deciziile de modificare a fluxurilor financiare, rezultatele și efectivitatea lor vor tinde spre maximum.

Analiza eficienței investițiilor se va efectua prin metoda de raportare a **Rezultatelor modificării sănătății pacienților în unități de „sănătate” – ani păstrați de viață, reducerea zilelor cu incapacitate de muncă, prevenirea maladiilor, ameliorarea stării etc.** la **Valoarea investițiilor**.

Analiza coeficientului, rezultat din acest raport, nu are valoare financiară deoarece un an de viață salvat al unui vârstnic și al unui copil au aceeași valoare, cu toate că pentru societate valoarea financiară a unui an de viață salvat la un copil este mult mai mare din punct de vedere al viitoareii activități în câmpul muncii. Acest indicator este mai atractiv pentru personalul medical, deoarece el nu solicită ierarhizarea priorităților de tratament pentru pacienți ci doar îndeplinirea atribuțiilor la un înalt nivel profesional, pentru a obține doar rezultate pozitive.

Dirijarea fluxurilor financiare din instituțiile medicale, pentru a obține cele mai bune rezultate de efectivitate a utilizării surselor disponibile, în baza indicatorilor analizați, poate fi efectuată numai de către o persoană competentă de la instituție, care cunoaște cel mai bine situația și o poate analiza. Acești indicatori sunt destinați nivelului decizional al instituțiilor medicale. Atribuirea acestor posibilități de modificare a fluxurilor financiare, la nivelul instituției, prevede și asumarea unei responsabilități respective.

Pentru nivelul decizional, la calcularea și aprobarea bugetului instituțiilor medicale sau a teritoriilor administrative, se aplică indicatorii care reflectă valoarea financiară a produsului social (banii rezultați din activitatea lucrativă a membrului societății), rezultat pentru fiecare an de muncă salvat, caz de invaliditate, diferite maladii social condiționate etc. Mult mai reprezentativi sunt indicatorii ce reflectă sumele de bani economisiți, ca urmare a efectuării tratamentelor eficiente, aplicării tehnologiilor moderne, utilajului performant, medicamentelor moderne. Acești indicatori evidențiază sumele rezultate din aplicarea tratamentelor eficiente față de cele existente la moment.

Valoarea financiară a rezultatelor modificării sănătății pacienților – ani păstrați de viață, reducerea zilelor cu incapacitate de muncă, prevenirea maladiilor etc. raportate la **Valoarea investițiilor**, ca indicator care reflectă elocvent **eficacitatea** investițiilor efectuate și poate fi comparat cu aceiași indicatori din alte domenii ale economiei. El nu trebuie confundat cu indicatorii prezentați mai sus care reflectă **eficiența** investițiilor. Atuul acestui indicator este că el nu necesită explicații de specialitate și este înțeles de către organele administrative publice.

Influența efectivității economice asupra calității serviciilor medicale

Este bine știut că majorarea investițiilor pur și simplu nu conduce la sporirea calității. Aceasta se va întâmpla când investițiile vor fi direcționate spre modificarea tehnologiilor aplicate. Analiza tehnologiilor medicale, utilizate în instituțiile medicale, selectarea și implementarea tehnologiilor noi, moderne depinde de competența cadrului științifico-practic al sistemului de ocrotire al sănătății. Numai catedrele de profil ale universităților de medicină, specialiștii principali și comisiile de problemă decid care modificări se vor face în tehnologiile medicale existente. Trecerea sistemului de sănătate de la modelul bugetar de finanțare la cel bazat pe relațiile de piață, implementarea asigurărilor obligatorii în țară necesită standardizarea serviciilor medicale. Una dintre cele mai importante metode de standardizare o reprezintă ghidurile și îndeosebi protocoalele clinice. În Republica Moldova, prin Ordinul nr.124 din 21 martie 2008 „Privitor la elaborarea și aprobarea Protocoalelor clinice naționale” a demarat elaborarea și implementarea în practica cotidiană a instituțiilor medicale a celor mai importante și frecvent utilizate ghiduri și protocoale clinice [11]. Regulamentul privind modalitatea de elaborare și aprobare a Protocoalelor clinice naționale, în Anexa nr. 2, Structura model a Protocoalelor clinice naționale punctul „D” al cerințelor față de protocol este specificată necesitatea includerii în structura fiecărui Protocol a capitolului „**Resursele umane și materiale pentru implementarea prevederilor Protocolului**”. Din anumite motive, în toate protocoalele aprobate și editate până în prezent, acest compartiment reflectă numai lista personalului medical și a utilajelor necesare efectuării tratamentului maladiei descrise în protocol. Nu se efectuează nici analiza comparativă a eficacității procedurilor, medicamentelor utilizate. Nu se prezintă analiza în descreștere a eficacității medicamentelor utilizate pentru tratament. Prin aceasta protocoalele denotă excluderea aplicării prevederilor medicinei bazate pe dovezi, care este unul dintre cele mai valoroase elemente ale procesului de standardizare. Lipsa ierarhizării investigațiilor paraclinice, în baza acestor protocoale, permite medicului să indice investigații cu o valoare informativă practic identică, ceea ce sporește semnificativ costul tratării cazului. Neinclusiunea în cerințele față de structura Protocoalelor clinice naționale a analizei eficienței și efectivității costurilor acestor protocoale poate conduce direct numai spre calea de creștere extensivă a principiilor de finanțare a sistemului de sănătate și nu permite structurilor manageriale ale instituțiilor medicale să eficientizeze utilizarea alocărilor financiare. Elaborarea ghidurilor și protocoalelor clinice naționale, în conformitate cu toate cerințele, prevede implementarea în practică a celor mai moderne și eficiente tehnologii medicale care, la rândul lor, vor permite de a obține, prin eficientizarea utilizării surselor alocate, o economie financiară semnificativă. În conformitate cu legislația Republicii Moldova, aceste surse pot fi utilizate numai pentru dezvoltarea continuă a instituției medicale prin procurare de utilaj, tehnologii noi, remunerări suplimentare etc. Toate acestea pot conduce numai la sporirea calității serviciilor prestate de către instituția dată și plasarea ei pe o treaptă concurențială mai înaltă. Această activitate de aplicare a analizei efectivității utilizării surselor alocate așteaptă să fie aplicată în practică. Ea este calea directă de a eficientiza activitatea sistemului de sănătate, economisind surse considerabile și obținând rezultate mult mai valoroase.

Concluzii

1. Se înregistrează acuta necesitate de a evita diferitele confuzii, de a unifica terminologia internațională și noțiunile utilizate în managementul calității serviciilor medicale din Republica Moldova;
2. Este relevantă aplicarea obligatorie a principiilor medicinei bazate pe dovezi, în elaborarea ghidurilor și protocoalelor clinice naționale, după cum se și cere în recomandările țărilor cu o bogată practică;
3. Includerea în setul de indicatori de evaluare a activității instituțiilor medicale sau a sistemului în general al indicatorilor de efectivitate a utilizării surselor financiare va permite ca activitatea economică a instituțiilor medicale să fie evaluată real;
4. Monitorizarea continuă a procesului de reformare a sistemului de sănătate, pentru a menține tendința de dezvoltare intensivă și diminuarea vectorului extensiv, va avea ca rezultat un efect economic vădit în eficientizarea utilizării surselor financiare publice.

Bibliografie selectivă

1. Качество медицинской помощи. Глоссарий. Россия - США. 2000 г., 107 с.
2. Asigurările medicale (principii, metode, tehnologii) / Constantin Ețco, Iurie Malanciuc. – Ch. : S. n., 2007 (F.E.-P. “Tipogr. Centrală”). – 456 p. ISBN 978-9975- 78-548-8.
3. Инструкция по применению методики расчёта эффективности медицинских технологий в здравоохранении: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 31.12.2003. - Минск, 2003. – 23 с.
4. Решетников, А.В. Процессное управление в социальной сфере /А.В. Решетников, М.: Медицина, 2001, 503 с.
5. Бернар, И., Колли, Ж.-Л. Толковый экономический и финансовый словарь. В 2-х т. – Т. II: Пер. с фр. – М.: Междунар. отношения, 1994. – с. 405.
6. Forsberg, E., Axelsson, R., Arnetz, B., *Financial incentives in health care. The Impact of performance-based reimbursement.* // Health Policy 2001 (58), p. 243–262.
7. Трушкина, Л.Ю., Тлепцеришчев, Р.А., *Экономика и управление здравоохранением* //Издательство Феникс, 2003. 384 с.;
8. Линденбратен, А.Л. Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений: Методические материалы. / М.: НИИСГЭУЗ, 1999.-66 с.
9. Кагаловская, Э.Е., *Качество медицинской помощи. Проблемы обеспечения.* // «Мир медицины» N1-2, 2001.
10. http://zdravinform.mednet.ru/dev/html/rus/d_top20.php
11. Ordinul MS nr. 124 din 21 martie 2008 „Privitor la elaborarea și aprobarea Protocoalelor clinice naționale”.

Rezumat

Acest material prezintă o analiză terminologică a noțiunilor de eficacitate, efectivitate, eficiență și alți termeni utilizați în unele lucrări dedicate managementului calității serviciilor medicale și argumentării necesității unificării lor.

Sunt prezentate principalele noțiuni și indicatori pentru analiza eficacității finanțării sistemului de sănătate.

Este argumentată necesitatea calculului eficacității serviciului medical, aplicarea obligatorie a principiilor medicinei bazate pe dovezi în elaborarea ghidurilor și protocoalelor clinice naționale și interacțiunea dintre efectivitatea economică și calitatea serviciilor medicale.

Summary

The given material represents the terminological analysis of concepts as efficiency, productivity, effectiveness, and other terms used in some works regard the quality management of medical services and the necessity of their unification.

The basic concepts and parameters for the analysis of economic efficiency of financing of public health services are presented.

Necessity of calculation of effectiveness of medical services, development of clinical reports (protocols) on the basis of principles of evidence based medicine and interrelation between economic efficiency and quality of medical services is shown.

ABORDĂRI CONTEMPORANE CU PRIVIRE LA AUTOINSTRUIRE ȘI INSTRUIRE POSTUNIVERSITARĂ LA DISTANȚĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE ȘI MANAGEMENTULUI

Dumitru Tintiu, dr.h. în medicină, prof.univ., Alexandru Lavric, lector superior, Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”

„Ai toată viața un școlar de educat,
pe care niciodată nu trebuie să-l
pierzi din vedere: „**tu însuți**”

/Nicolae Iorga/

Programele de educație permanentă au ca obiectiv principal **creșterea flexibilității învățământului superior printr-o mai bună orientare către cerințele pieței, în ceea ce privește pregătirea profesională.**

Concomitent cu formele tradiționale de instruire postuniversitară, se utilizează forme complementare (prin corespondență) de învățământ deschis cum ar fi: **autoinstruirea, instruirea la distanță.** Cert este că învățământul deschis și la distanță răspunde în acest moment unei comenzi sociale.

Conform raportului UNESCO al Comisiei Faure (1997) – „Scopul educației continue de a permite omului să fie el însuși, de a deveni, a se remodela continuu...”

Potrivit unei definiții utile cercetării și practicii (R. Foucher, 2000), autoformarea este „un demers care implică anumite dispoziții și este influențat de capacitatea de reflecție asupra sieși; el presupune a lua inițiativa, în raport cu propria formare și a imprima o orientare actelor de învățare, a le gestiona (controlându-le desfășurarea); se poate realiza în maniere diferite și presupune capacitatea de a profita de mijloace/resurse, păstrând o marjă de autonomie în învățare; conținutul și inițiativa actelor de învățare (care pot viza: stăpânirea cunoștințelor, a ști să faci sau să fii) pot fi mai mult sau mai puțin planificate”.

Această definiție ține cont (A.N.Tremblay, 2003) de un mare număr de tendințe în domeniul autoformării și poate fi un referențial în formularea unui punct de vedere consensual.

Argumente pentru relevanța problemei

Începând cu anii 50 ai secolului al XX-lea, învățământul superior european și nord-american a fost marcat de modificări datorate: prezenței ample a noilor tehnologii de informare, creșterii numărului de studenți (mai ales studenți adulți), accentuării dificultăților financiare, solicitărilor de servicii din partea comunității, creșterii necesităților impuse de evoluția pieței muncii și explozia informațională (R. Foucher, 2000).

Implementarea pe scară tot mai largă a noilor tehnologii ale informației și comunicării abordează – spre exemplu – probleme privind integrarea cunoștințelor vehiculate prin media electronică, dar și utilizarea acestor tehnici în scopuri de învățare; aspectul corelează și cu creșterea „clientelei de specialiști”, care trebuie pregătită astfel, încât să aibă competențe pentru studii superioare; în plus, este necesară o metodologie de predare-învățare-evaluare capabilă să satisfacă interesele multiple ale cursanților.

Reorientarea pieței muncii – este o cauză a creșterii numărului de responsabilități legate de gestionarea competențelor și angajării – indivizii trebuie să fie capabili să învețe singuri și din propria experiență. Acest aspect decurge mai ales din explozia informațională și creșterea numărului solicitărilor de servicii venite din partea comunității (J.Delors, 1966), ce impun intervenții educaționale diferite de cele tradiționale.

Orientarea instituțiilor spre gestionarea competențelor determină o „regândire” a învățământului superior pe principiul formării „competențelor generice” (R. Foucher, 2000).

Restructurările produse în diferite spații educaționale (nu numai universitare) generează noi abordări teoretice și practice în formarea specialiștilor: deschiderea spre și extinderea „ariei educaționale europene/mondiale”; amplificarea rețelelor de mobilitate a cadrelor de conducere din sistemul de

sănătate, a cadrelor didactice și a cercetătorilor; dezvoltarea unui învățământ continuu și cooperarea interuniversitară.

Astea sunt doar câteva argumente în favoarea ideii de necesitate a educației pentru **autoeducație**, pentru **autoinstruire**. Din acest punct de vedere, învățământul superior este „spațiul rezervat (prin excelență – n.n.) practicilor de **autoformare**” (R.Foucher,2000). Formarea competenței de autoinstruire a cursanților reprezintă deci o coordonată esențială a politicii și practicii educaționale.

Autodidaxia (ca autoinstruire personalizată și neasistată) implicit, educația pentru (auto) educație este cauzată de puternica mobilitate culturală, socio-politică, socio-profesională. G. Le Meur (1998) confirmă necesitatea reînțoarcerii la practici autodidactice (ca acte de învățare/instruire/formare prin efort personal, asistate sau nu de specialiști).

Căile alese pentru atingerea acestui obiectiv sunt îndreptate spre diversificarea atât a planurilor de învățământ oferite, cât și a formelor și mijloacelor de transmitere a cunoștințelor.

Rezultate

Conceptul de „**Noua Sănătate Publică**” este o contribuție importantă la sistemul de instruire în domeniul sănătății publice și managementului sanitar – descrisă ca o disciplină bazată pe informație, bazată pe cunoștințe – este caracterizată prin schimbări structurale cu implicații profunde pentru învățare de-a lungul înregii vieți.

Aceste schimbări includ:

- modificări ale conceptelor și ocupațiilor,
- fenomenul de globalizare,
- modificarea naturii competiției – bazată pe cunoștințe – și nu în ultimul rând,
- revoluția datorată dezvoltării tehnologiilor informației și comunicațiilor.

Pentru a proiecta noile sisteme de educație și instruire, care vor sta la baza deprinderilor necesare secolului XXI, trebuie să înțelegem implicațiile schimbărilor radicale, în contextul tradițional de învățare introduse de utilizarea tehnologiilor informației și comunicațiilor. Acestea poartă numele de **eLearning**.

Realizarea acestor direcții ale învățământului informatizat cu frecvență redusă a devenit un imperativ ce necesită și schimbarea mediului, care prevede să găsească modalități oportune de a veni în întâmpinarea acestei cereri deosebite de formare și să țină pasul cu noile provocări:

- ✓ Asigurarea normativă a proceselor (ordine, dispoziții etc.);
- ✓ Asigurarea tehnico-materială și financiară a proceselor;
- ✓ Pregătirea cadrelor didactice;
- ✓ Pregătirea materialelor instructiv-metodice;
- ✓ Identificarea beneficiarilor.

Capacitatea omului de a fi receptiv la influențele educației și de a realiza acumulări progresive concretizate în structuri de personalitate, este **educabilitatea**.

Principiile procesului de autoinstruire reprezintă norme generale, ce guvernează activitatea didactică în vederea atingerii obiectivelor propuse, pornind de la legitățile specifice **predării – învățării – evaluării**:

1. Elaborarea tematicilor;
2. Elaborarea curriculei de studiu;
3. Elaborarea metodologiei și etapelor de îndeplinire a cursului;
4. Elaborarea testelor de evaluare a cunoștințelor și a situațiilor de caz;
5. Asigurarea procesului de instruire cu tehnică contemporană;
6. Asigurarea cursului cu literatură;
7. Publicarea unor materiale pe pagina WEB a catedrei;
8. Coordonarea procesului de autoinstruire a conducătorilor instituțiilor medicale de către colaboratorii catedrei;
9. Comunicarea prin poșta electronică, utilizând metoda on-line.

Pregătirea unei astfel de scheme trebuie să înceapă cu identificarea beneficiarilor și evaluarea capacității de susținere financiară a activităților, de introducere și utilizare pe un termen care trebuie estimat cât mai aproape de realitate.

Procesul de instruire continuă postuniversitară în Sănătate Publică și Management include 4 etape:

| Etape | Denumirea cursului de instruire | Durata instruirii | Locul instruirii |
|-------|---|-------------------------|--|
| I | Problemele actuale ale Sănătății Publice | 3 săptămâni (117 ore) | În cadrul catedrei |
| II | Analiza informației, planificarea și coordonarea activităților instituției medicale | 2 săptămâni (78 de ore) | Autoinstruire la locul de muncă cu folosirea informației |
| III | Managementul în sistemul de sănătate | 3 săptămâni (117 ore) | În cadrul catedrei |
| IV | Instruirea la distanță, participarea la forumuri științifice | 38 de ore | Conform planului și ordinului MS |

TOTAL – 350 de ore

Prima și a treia etapă de instruire se realizează în cadrul catedrei, în conformitate cu programele și metodologia elaborată, având la bază **coerență, flexibilitate și adaptabilitate**.

Procesul de autoinstruire este o formă nouă complementară de pregătire a cadrelor medicale de conducere, centrat pe nevoile individuale ale cursantului care are ca scop de a crea posibilități reale, pentru a se autorealiza în domeniu, îndeplinind lucrul de sinestătător, precum și utilizarea rațională a timpului atât la catedră cât și la locul de muncă al cursantului. În procesul de îndeplinire a lucrării, cursantul folosește la maximum posibilitățile bibliotecii locale și a USMF „Nicolae Testemițanu”, internetul, biroul de statistică, informația catedrei, în scopul utilizării metodelor contemporane de analiză și evaluare a activității instituției medicale.

Durata de realizare a programului în procesul de autoinstruire este de 2 săptămâni (78 de ore). Raportul și lucrarea finisată sunt prezentate la conferința științifico-practică a cursanților, iar unele rapoarte de interes științifico-practic pot fi prezentate la ședința Asociației republicane „Sănătate Publică și Management” și publicate în revistele de specialitate.

Rezultatele procesului de autoinstruire sunt folosite pentru evaluarea aptitudinilor profesionale ale cursantului în domeniu. În timpul realizării programului de autoinstruire (2 săptămâni), cursantul, conform ordinului conducerii instituției medicale, este angajat în câmpul muncii pentru executarea obligațiilor funcționale.

Instruirea continuă constituie 350 de ore, dintre ele, 312 ore obligatorii, celelalte 38 de ore necesare cursantul le acumulează în timpul participării la instruirea la distanță, precum și la diferite forumuri științifice, publicații.

Numărul de ore acumulate la cursurile nominalizate oferă dreptul specialistului în Sănătate Publică și Management de a prezenta documentele pentru obținerea categoriei de calificare respectivă, precum și dreptul de a ocupa postul pentru termenii stabiliți (licența de activitate).

Instruirea postuniversitară la distanță

Instruirea la distanță este o experiență planificată de predare-învățare, organizată de o instituție ce furnizează imediat materiale într-o ordine secvențială și logică, pentru a fi asimilate de cursanți în manieră proprie.

Odată cu popularitatea cablului TV și a videoconferinței, în anii 1980, învățământul la distanță, prin intermediul materialelor video a devenit mult mai fiabil.

În țările dezvoltate, învățământul la distanță capătă o pondere din ce în ce mai ridicată în domeniile cele mai diverse: tehnic, economic, socio-uman, al științelor aplicate.

Instruirea la distanță poate fi realizată numai în cazul asigurării acestui proces cu tehnică necesară. În Sănătate Publică și Management este rațional de selectat pentru instruire la distanță numai acele informații (cursuri), care nu necesită activitate practică. Metodologia instruirii la distanță în Sănătate Publică și Management, în cea mai mare măsură, corespunde celei de autoinstruire.

Evoluția învățământului la distanță este clasificată în „**generații**”:

- prima generație, *Modelul prin Corespondență* (materiale tipărite);
- a doua generație, *Modelul Multimedia* (materiale tipărite, audio și video);
- a treia generație, *Modelul Tele-Învățare* (bazat pe tehnologiile telecomunicației, pentru a furniza oportunități pentru comunicarea sincronă);
- a patra generație, *Modelul de Instruire Flexibil* (predarea on-line prin Internet);
- a cincea generație, *Modelul de Învățare Inteligent Flexibil*.

Învățământul postuniversitar deschis, la distanță, implică utilizarea unor metode și tehnici de învățare. Scopul lor este de a îmbunătăți substanțial flexibilitatea învățării, în raport cu timpul disponibil, cu alegerea conținutului și a resurselor destinate învățământului, pentru a spori gradul de acces la sistemele educaționale persoanelor aflate în afara instituției care le oferă.

Instruirea la distanță necesită adaptare continuă, punând accentul atât pe „**a învăța**” și „**a asimila**”, cât și pe „**a practica**” și „**a aplica**”.

Implementarea în practică a procesului de autoinstruire obligatorie sporește gradul de acces la sistemele educaționale, creează condiții favorabile în asigurarea calității pregătirii cadrelor de conducere în Sănătatea Publică și Management, susține nivelul competențelor profesionale și stimulării activităților manageriale.

Elaborarea unei politici unitare, integrată multisectorial, de asigurare și promovare a cadrelor de conducere ar permite, ca numirea lor în funcție să fie înfăptuită de Ministerul Sănătății, Societățile obștești, Consiliile de diferit nivel cu trecerea prin concurs profesional.

Implementarea acestei forme de instruire în sănătatea publică necesită elaborarea unei baze legislative, în conformitate cu Proiectul European „Eurohot” (European Highway Open Technologies).

Elaborarea unei asemenea scheme de instruire la distanță trebuie să înceapă cu identificarea beneficiarilor și evaluarea capacității de **susținere financiară** a activităților de introducere și utilizare pe un termen care trebuie estimat cât mai aproape de realitate. Din acest punct de vedere, deosebirea față de învățământul universitar tradițional apare și în faptul că, la momentul inițial, nu cursanții caută universitatea, ci invers, universitatea nu dezvoltă schema de instruire, dacă nu are asigurată adresabilitatea și dotarea tehnico-materială.

Învățământul la distanță și învățământul cu frecvență redusă sunt forme flexibile de învățământ superior, prin care se asigură posibilitatea de formare inițială, de perfecționare sau de conversie profesională a unei largi categorii de specialiști.

Învățământul la distanță este caracterizat prin programe de pregătire, ale căror componente dominante sunt:

- ✓ utilizarea unor resurse specifice învățământului informatizat;
- ✓ sisteme de comunicare la distanță:
 - a) de autoinstruire;
 - b) de autoevaluare;
- ✓ sistemul tutorial.

Ministerul Sănătății, USMF „Nicolae Testemițanu” trebuie să dispună de structuri specializate care să asigure funcția de inovare și dezvoltare a sistemului educativ. Nevoia de expertiză este accentuată de noile evoluții europene consecutive Strategiei de la Lisabona (2000) când, pentru prima dată, educația și formarea profesională au fost desemnate ca priorități ale politicilor europene.

De atunci, îndeosebi în învățământul superior și postuniversitar (Procesul Bologna), țările membre și țările candidate s-au angajat într-un proces de armonizare și de reflecție comună asupra politicilor educaționale și care are drept scop constituirea unei Arii Europene de Învățământ Superior până în 2010.

Procesul de la Bologna a declanșat, la nivel european, convergența sistemelor naționale de învățământ superior, în condițiile respectării divergenței ofertei educaționale tradiționale. Procesul presupune, în esență, dezvoltarea unui Spațiu European de învățământ superior, care să stimuleze mobilitatea și cooperarea tot mai strânsă, în domeniul formării și cercetării continue universitare și postuniversitare.

Concluzii

■ Învățământul la distanță este adaptat continuu, punând accentul atât pe „a învăța” și „a asimila”, cât și pe „a practica” și a „a aplica”.

■ Compartimentabilitatea reprezintă calea de realizare a dezideratelor, pe care noul tip de învățământ și le propune. Modulul are coerență, flexibilitate și adaptabilitate.

■ Se vorbește tot mai mult despre o revoluție în educație, care implică transformarea radicală a rolului actual al profesorului și sfârșitul apropiat al funcției sale de intermediar nemijlocit al cunoașterii.

■ Cert este că învățământul deschis și la distanță răspunde în acest moment unei comenzi sociale.

■ Cu treizeci de ani în urmă, educația pe tot parcursul vieții putea fi privită ca o opțiune pentru o vârstă cu mai mult timp liber. Acum a devenit un imperativ, iar ofertanților de formare nu le rămâne decât să găsească modalități optime de a veni în întâmpinarea acestei cereri deosebite de formare și să țină pasul cu noile provocări.

■ Consolidarea capacităților în Sănătate Publică și Management orientate la utilizarea rațională a resurselor, excluderea dublărilor în instruirea la diferite etape.

■ Perfecționarea managementului calității în procesul de educație a cadrelor medicale.

Bibliografie selectivă

1. Carré, Ph., (1998), L'autoformation: un renversement de perspective, în: Autonomie et formation au cours de l'année, Bordeaux, Chronique Sociale, Lyon.

2. Delors, J., și colab., (1996), Learning: the Treasure Within. Report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century, UNESCO.

3. Dorron, R., Parot F., (1999), Dicționar de psihologie, București, Editura Humanitas.

4. Mariana Dordea, (2001), Autoinstruire universitară și postuniversitară – teză de doctor în pedagogie, Univesitatea București.

5. Foucher, R., Hrimech (2000), L'autoformation dans l'enseignement supérieur. Apports européens et nord-américains pour l'an 2000, Edition Nouvelles, Montréal.

6. Hotărârea Guvernului României Nr.1011 din 08 octombrie 2001 privind organizarea și funcționarea învățământului la distanță și a învățământului cu frecvență redusă în instituțiile de învățământ superior.

7. Le Meur, G., (1998), Les nouveaux autodidactes. Néo autodidaxie et formation, PUL, Quebec.

8. Straka, A.G., (2000), European Views of Self-Directed Learning-Historical. Conceptional. Empirical. Practical. Vocational. Introduction. Waxmann, <http://www.user.uni-bremen>.

9. Tremblay, A.N., (2003), L'autoformation. Pour apprendre autrement, col. Paramètres, Presses d'Université de Montreal.

Rezumat

Conceptul de „Noua Sănătate Publică” este o contribuție importantă la sistemul de instruire în domeniul sănătății publice și a managementului sanitar – descrisă ca o disciplină bazată pe informație, pe cunoștințe. Este caracterizată prin schimbări structurale cu implicații profunde pentru învățare de-a lungul înregii vieți.

Summary

The concept of “New Public Health” is an important contribution to the education system in public health and health management – described as an information-based and knowledge-based discipline – characterized by structural changes with profound implications for learning throughout the whole life.

Contemporary approach about self and remote postgraduate training in public health and management.

EXPRESII METODOLOGICE ÎN PLANIFICAREA ȘI DEZVOLTAREA SECTORULUI SPITALICESC

Boris Golovin, competitor, **Oleg Hâncu**, doctorand, **Ludmila Topchin**, **Mihai Ciocanu**, dr. hab. în medicină, Catedra Sănătate Publică și Management, Școala de Management în Sănătate Publică USMF „Nicolae Testemițanu”, Ministerul Sănătății, Centrul Național de Management în Sănătate

Introducere

Sectorul spitalicesc din țările dezvoltate și din Comunitatea Europeană are ca scop prestarea în mod continuu a serviciilor specializate întregii populații, asigurând menținerea standardelor de calitate, echitate și responsabilitate. Responsabilitatea pentru elaborarea cadrului normativ-juridic privind finanțarea și organizarea sectorului spitalicesc ține de guvernarea centrală, în timp ce dirijarea acestuia de obicei este împărțită între autoritățile centrale și regionale.

Planificarea capacităților asistenței medicale spitalicești s-a dovedit a fi o componentă crucială a dirijării, iar finanțarea și organizarea asistenței medicale are un impact decisiv asupra acestei planificări.

În majoritatea țărilor Comunității Europene sunt aprobate planuri strategice și operaționale de dezvoltare a sectoarelor spitalicești. Planificarea strategică constă în stabilirea cerințelor-cadru/tip și definitivarea principiilor de bază necesare unui sistem spitalicesc, și acest lucru este cel mai des efectuat de autoritățile publice centrale din domeniu, cum ar fi Ministerul Sănătății în Marea Britanie, Franța, Italia. În Germania, Danemarca și Finlanda planificarea strategică este efectuată de autoritățile publice regionale sau locale, acestea din urmă având un grad sporit de autonomie în luarea deciziilor. Planificarea operațională se referă la implementarea în practică a planurilor strategice, inclusiv în domeniul alocării bugetelor și resurselor, a organizării serviciilor și personalului, infrastructurii și echipamentului medical. Această funcție este realizată adesea de autoritățile publice regionale, dar uneori și de autoritățile publice locale, cum ar fi municipalitățile în Danemarca și Finlanda. În unele țări, planificarea regională/locală se realizează în conformitate cu planurile naționale în sănătate, iar autoritățile regionale au obligația de a integra directivele naționale în planurile sanitare regionale (integrare verticală), cum ar fi cazul Marii Britanii, Franței și Italiei.

Scopul studiului constă în analiza experienței țărilor europene în procesul de reformare a asistenței medicale spitalicești și determinarea cerințelor de bază pentru planificarea sectorului spitalicesc.

Materiale și metode

În cadrul acestui studiu s-a efectuat analiza literaturii de specialitate cu referire la planificarea capacităților și regionalizarea asistenței medicale spitalicești în șapte țări ale Comunității Europene: Franța, Marea Britanie, Olanda, Germania, Italia, Danemarca și Finlanda. Selectarea surselor științifice a fost realizată cu ajutorul bibliotecii electronice a Observatorului European în Sisteme și Politici Sanitare (European Observatory on Health Systems and Policies), a Federației Internaționale Spitalicești (International Hospital Federation), a Agențiilor Regionale Spitalicești din Franța (Agence Regionale d'Hospitalisation), a documentelor recomandate de Banca Mondială, cu respectarea următoarelor etape: formularea problemei; căutarea sursei; selecția și generalizarea; aprecierea critică a surselor.

Rezultate și discuții

În continuare prezentăm normele utilizate în țările studiate și recomandările Băncii Mondiale pentru planificarea sectorului spitalicesc într-un sector cu o populație estimativă de 500.000 de locuitori. S-a constatat că un sector cu o populație de 500.000 de locuitori are o suprafață aproximativ de 2.000-3.000 km² (50x50 km) și este parte componentă a unei regiuni deservite de un spital regional/de performanță, care prestează servicii medicale înalt specializate. Dacă se admite această situație, în conformitate cu „buna practică” acceptată și în Europa, pentru un astfel de sector se recomandă următoarea capacitate a sectorului spitalicesc:

a) 1.643 de paturi acute dislocate în spitale de nivel secundar de bază și specializat, ce ar corespunde indicatorului de 328 de paturi acute la 100.000 de locuitori. Acest nivel de asigurare este

practic egal cu indicatorul înregistrat la moment în Republica Moldova pentru spitalele raionale și municipale: 315 paturi la 100.000 de paturi în cadrul spitalelor raionale și 372 de paturi la 100.000 de locuitori pentru spitalele municipale. Nivelul de spitalizare în spitalele acute constituie în medie aproximativ 17.000 de internări la 100.000 de locuitori. În plus, rata de spitalizare mai mare de 18.000 de internări la 100.000 de locuitori este un indicator ce demonstrează o slabă dezvoltare a spitalizărilor de zi și a chirurgiei ambulatorii. Astfel, dacă se admite ca nivelul de spitalizare să fie de 17.000 de internări la 100.000 de locuitori, atunci în acest sector anual se vor produce 85.000 de internări. Durata medie de spitalizare în spitalele acute, care trebuie de atins, este de circa 6 zile. În multe din țările europene acest indicator constituie 4-5 zile, iar cel de 6-7 zile demonstrează un nivel mic de aderare la noile tehnologii medicale. Urmând logica evaluării putem constata că anual în sectorul model s-ar obține 510.000 de zile de spitalizare (6x85.000). Dacă rata de utilizare a paturilor ar constitui 100% anual, atunci numărul mediu de paturi ocupate pe zi în spitalele acute ar fi de 1.397 (510.000/365). Odată ce această rată de ocupare a paturilor este greu de atins, s-a luat în calcul rata recomandată de utilizare a paturilor de 85%. Folosind aceste nivele de referință, putem calcula că numărul necesar de paturi acute pentru un sector de 500.000 de locuitori trebuie să fie de 1.643 unități (1.397:0,85).

b) 150 de paturi pentru serviciul de asistență medicală specializată la domiciliu asigurată de echipele mobile din spitalele acute. Practica europeană demonstrează că ar fi nevoie în mediu de 30 de paturi de acest profil la 100.000 de locuitori (30x5).

c) 350 de paturi psihiatrice în cadrul spitalelor de nivel secundar. Practica europeană demonstrează că pentru asigurarea cu asistență medicală de profil psihiatric ar fi nevoie în mediu 70 de paturi la 100.000 de locuitori (70x5). Din totalul de paturi, 150 trebuie amplasate în cadrul spitalului de nivel secundar specializat/de referință, iar restul (200 de paturi) - în cadrul celor 3-5 spitale de nivel secundar de bază.

d) 500 de paturi pentru spitalele de nivel secundar, care nu au platou chirurgical și nici obstetrical. Practica europeană demonstrează că ar fi nevoie de 100 de asemenea paturi la 100.000 de locuitori (100x5). Aceste paturi sunt amplasate în cadrul a 3 spitale fără platou chirurgical și obstetrical, distanța față de care nu va depăși 20-25 km.

e) 4.500 de paturi în aziluri pentru bătrâni. Cu toate că rata persoanelor vârstnice (>65 ani) în Republica Moldova este de circa 10,3%, se prognozează că ea va crește, și în următorii zece ani va constitui 15%. Practica europeană demonstrează că circa 6-7% dintre persoanele vârstnice necesită îngrijire de lungă durată, cu plasarea lor în aziluri pentru bătrâni (500.000x0,15x0,06). Experiența europeană atestă că aceste servicii se organizează în aziluri cu o capacitate de 40-80 de paturi repartizate în saloane pentru 1-2 persoane.

f) 6.000 de paturi pentru îngrijiri de lungă durată a persoanelor vârstnice la domiciliu. Practica europeană arată că circa 8% dintre ei necesită îngrijire de lungă durată la domiciliu (500.000x0,15x0,08).

g) 2.000 de paturi în instituții specializate pentru persoane cu dizabilități funcționale. În practica europeană 0,4% din populație necesită a fi îngrijită în instituții specializate (pacienți cu dereglări grave a funcțiilor motorii, (500.000x0,004). Conform practicii europene pentru un sector de 500.000 de locuitori, sunt necesare 60 de astfel de instituții specializate, fiecare pentru 16-40 de pacienți.

Pentru dotarea spitalelor cu tehnologii medicale de înaltă performanță, într-un sector cu 500.000 de locuitori, sunt necesare:

- 5 dispozitive de rezonanță magnetică nucleară, cu excepția celor amplasate în spitalul de nivel terțiar (regional/de performanță) care deservește acest sector, dintre care 2 să fie amplasate în spitalele de nivel secundar specializat (de referință) și câte unul în fiecare spital de nivel secundar de bază cu platou chirurgical și obstetrical;

- 9 tomografe computerizate, în afara celor amplasate în spitalul de nivel terțiar (regional/de performanță), din care 3 să fie amplasate în spitalele de nivel secundar specializat (de referință) și câte 2 în fiecare spital de nivel secundar de bază cu platou chirurgical și obstetrical;

- 2 dispozitive pentru angiografie, în afara celor amplasate în spitalul de nivel terțiar (regional/de performanță), care să fie amplasate în spital de nivel secundar specializat (de referință);

- 4 aparate de radioterapie, în afara celor amplasate în spitalul de nivel terțiar (regional/de performanță), care să fie amplasate în spital de nivel secundar specializat (de referință);
- 5 gama-camere, din care 2 să fie amplasate în spital de nivel secundar specializat (de referință) și câte o unitate în fiecare spital de nivel secundar de bază (cu platou chirurgical și obstetrical);
- un dispozitiv cu gama-cuțite pentru radiochirurgie, un tomograf cu emiteri de pozitroni și un litotritor în spitalul de nivel terțiar (regionale/de performanță), care deservește o populație de 1-3 milioane de locuitori.

În rezultatul studiului, s-a constatat că în țările Comunității Europene există următoarele principii, cerințe și standarde pentru organizarea asistenței medicale spitalicești:

a) principiul „orei de aur” (în Franța – principiul primelor 30 de minute), care prevede că pacientul trebuie să ajungă la un spital acut (cu platou chirurgical și secție de reanimare) în decurs de o oră din momentul solicitării asistenței medicale urgente. În Estonia distanța este de 70 km. Pentru condițiile Republicii Moldova, această distanță poate fi și mai mică, ținând cont de starea drumurilor.

b) asigurarea populației cu paturi spitalicești de toate profilurile este în limitele a 554-667 de paturi la 100.000 de locuitori;

c) asigurarea populației cu paturi de profil acut (cu durata medie de spitalizare mai mică de 18 de zile) este în limitele a 375-542 de paturi la 100.000 de locuitori;

d) asigurarea populației cu paturi de profil cronic (cu durata de spitalizare mai mare de 18 de zile) – este în limitele a 180-420 de paturi la 100.000 de locuitori;

e) nivelul de asigurare a populației cu paturi de nivel terțiar este în limitele a 80-150 de paturi la 100.000 de locuitori;

f) asigurarea populației cu paturi de nivel secundar (de bază și specializate) constituie 170-300 de paturi la 100.000 de locuitori;

g) cota pacienților internați și externați în aceeași zi este de 10-25% din numărul total de pacienți spitalizați;

h) numărul minim de intervenții chirurgicale pentru un spital care menține un platou chirurgical este de cel puțin 1500 de operații pe an;

i) numărul minim de nașteri pentru un spital ce menține un platou obstetrical este de minim 750 de nașteri pe an, cu condiția că acest spital are și platou chirurgical;

j) un spital acut de nivel secundar de bază cu sau fără platou chirurgical/obstetrical are în medie 200-300 de paturi;

k) un spital acut de nivel secundar specializat are 400-500 de paturi.

Deși nu există o metodologie perfectă de estimare a numărului necesar de paturi, recunoscută ca fiind cea mai exactă, în experiența europeană, în special la nivel regional, se folosesc anumite instrumente de calcul. În multe cazuri, planurile de dezvoltare a sectoarelor spitalicești se elaborează în baza formulei Hill-Burton, care utilizează indicatori cantitativi, cum ar fi distribuția regională a populației, rata de internări, rata de ocupare a patului, durata medie de spitalizare, care în final și determină capacitatea unui spital. Formula Hill-Burton are următoarea expresie:

$$Nr = \frac{P \times R \times M \times 100}{U \times 100 \times 365},$$

unde:

Nr – numărul necesar de paturi;

P – numărul populației;

R – rata de internare la 100 de locuitori;

M – durata medie de spitalizare;

U – rata de utilizare a paturilor.

Această formulă nu se aplică în cazul asistenței medicale înalt-specializate (perinatologie, transplantologie, chirurgie cardiacă, combustiologie, toxicologie, neurochirurgie).

S-a constatat că reforma sectorului spitalicesc a avut succes în țările, unde spitalele au fost aduse sub o conducere unică, iar micșorarea paturilor acute, extrem de costisitoare, s-a realizat prin reprofili-

larea lor în paturi pentru spitalizarea de zi, de reabilitare, de îngrijiri paliative și de îngrijiri de lungă durată. Micșorarea cererii de spitalizare poate fi realizată prin evitarea spitalizărilor neargumentate, dezvoltarea serviciilor alternative spitalizării, standardizarea proceselor de diagnosticare și tratament. Optimizarea activităților în spitale poate fi realizată și prin lansarea proiectelor de audit medical și control al calității serviciilor prestate.

Concluzii

1. La elaborarea planurilor de dezvoltare a sectorului spitalicesc se recomandă micșorarea numărului de paturi acute, în paralel cu micșorarea duratei medii de spitalizare, prin reinvestirea resurselor financiare economisite în tehnologii medicale performante, creând astfel condiții pentru majorarea numărului de spitalizări.

2. Este indicat de a reprofila o parte dintre paturi pentru spitalizări de zi (de exemplu chirurgie de o zi), cu crearea condițiilor alternative de îngrijire și supraveghere a pacienților.

3. În cadrul spitalelor relativ mici, de circa 200 de paturi, cea mai înaltă eficiență economică se obține la o rată de utilizare a patului de peste 85%, iar în spitalele cu 650 de paturi și mai mult, cu toate că eficiența economică descrește, se creează condiții pentru un tratament complex al bolnavilor, pregătirea cadrelor medicale, sporirea performanței și utilizarea rațională a dispozitivelor medicale costisitoare.

4. Ținând cont de faptul că cheltuielile cele mai mari revin primelor zile de spitalizare, este indicat, ca unele servicii specializate să fie concentrate în spitale mari, iar altele să fie dezvoltate în toate spitalele secundare de profil general.

5. Micșorarea numărului de paturi acute, prin reprofilarea acestora în paturi alternative spitalizării clasice (paturi pentru spitalizarea de zi, de reabilitare, de îngrijiri paliative și de lungă durată etc.) și dotarea paturilor rămase cu tehnologii avansate, este mai ușor de realizat, în comparație cu închiderea definitivă a spitalelor.

Bibliografie selectivă

1. Ettelt Stefanie, Capacity planning in health care: a review of the international experience. European Observatory on Health Systems and Policies series, WHO European Centre for Health Policy, 2008;

2. Linberg Dik, Planificarea Spitalelor – ghid pentru planificarea spitalelor acute. Document de lucru al Băncii Mondiale. Noiembrie 2006, 345 p.

3. Managementul Spitalului, Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar, Editura Public H Press, București, 2006;

4. www.arh-bretagne.fr

5. www.observatory.dk

6. www.euro.who.int/observatory

Rezumat

Studiul este dedicat analizei experienței țărilor europene în crearea cadrului metodologic și normativ necesar elaborării planurilor de dezvoltare a sectorului spitalicesc. Au fost determinate normele de asigurare a populației cu paturi în spitale și tendințele în dezvoltarea asistenței medicale spitalicești

Summary

The survey viewed an analysis of the European countries' experience in the development of methodology and normative framework necessary for the elaboration of hospital sector development plans. There were defined the norms for covering the population with hospital beds and the development tendencies in hospital health care (secondary health care).

STAREA SĂNĂTĂȚII ȘI PROTECȚIA MEDICO-SOCIALĂ A PERSOANELOR PARTICIPANTE LA LUCRĂRILE DE LICHIDARE A CONSECINȚELOR CATASTROFEI NUCLEARE DE LA CERNOBĂL

Leonid Margine, dr. în medicină, Corina Vicol, dr. în medicină, Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Persoanele participante la lucrările de lichidare a consecințelor catastrofei de la Cernobâl, așa-zii „lichidatori”, au fost supuse acțiunii radiației ionizante și altor factori nocivi. Ca rezultat, indicii morbidității, invalidității și mortalității acestei categorii de persoane sunt mult mai mari decât indicii de sănătate a populației Republicii Moldova.

Obiectivele lucrării

1. Studiul mortalității participanților la lichidarea consecințelor catastrofei de la Cernobâl.
2. Analiza severității invalidității la „lichidatori”.
3. Estimarea cauzelor de mortalitate a „lichidatorilor”.
4. Argumentarea măsurilor de profilaxie, tratament și reabilitare a participanților la lichidarea catastrofei nucleare.
5. Argumentarea măsurilor de protecție medico-socială a „lichidatorilor”.

Material și metode

1. Analiza actelor medicale ale participanților la lichidarea consecințelor avariei de la Cernobâl (fișa de ambulator, fișa de staționar).
2. Analiza actelor de expertiză medicală a vitalității (buletin de trimitere la Consiliul de Expertiză Medicală a Vitalității, procesele verbale de expertizare-reexpertizare).
3. Analiza indicatorilor statisticii medicale oficiale a populației Republicii Moldova.
4. Procesarea statistică a rezultatelor studiului cu utilizarea programului SPSS.

La 26 aprilie 1986 a avut loc cea mai mare catastrofă din istoria energiei atomice. În urma accidentului de la Centrala Nucleară Electrică Cernobâl au avut de suferit nemijlocit peste 7 milioane de cetățeni din Ucraina, Belarus și Federația Rusă, și cetățeni din alte state, inclusiv din Republica Moldova.

Radiația ionizantă–gamma a fost și este factorul nociv principal al catastrofei de la Cernobâl, care a acționat asupra sănătății celor contaminați.

Accidentul de la Cernobâl a contribuit la contaminarea radioactivă a unor teritorii masive. Spectrograma radiației externe de la Cernobâl a fost alcătuită de peste 20 de radionuclizi.

La lucrările de lichidare a consecințelor catastrofei de la Cernobâl au luat parte sute de mii de oameni din mai multe țări (așa-zii „lichidatori”), care au fost supuși dozelor mici de radiație „gamma” – până la 1 Gy. Această iradiere nu a provocat boala actinică acută, dar s-a manifestat, pe parcursul anilor, cu dereglări multiple și complexe de sănătate, care au dus la pierderea vitalității, apariția invalidității și mortalității.

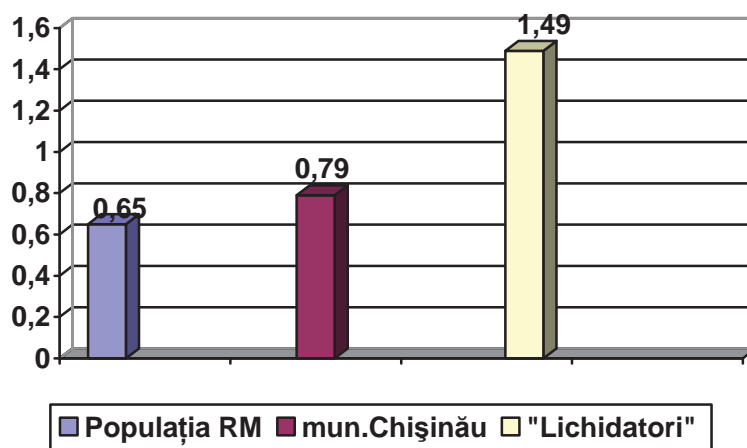
În anii 1986 – 1988 în zona Cernobâl au lucrat circa 3000 de cetățeni din Republica Moldova. S-a efectuat un studiu al sănătății acestor persoane care ne-a permis să tragem unele concluzii.

În 1986, în mediu „lichidatorii” moldoveni au lucrat în zona de 30 km o perioadă de 3 săptămâni (20 zile); în 1987 – 3 luni (90 zile); în 1988 – 6 luni (180 zile). Doza medie de radiație absorbită de ei a alcătuit circa – 10 Bar.

Dereglările de sănătate printre „lichidatori” sunt reflectate prin nivelul morbidității, invalidității și mortalității.

Morbiditatea generală printre „lichidatori” este de 1,49 cazuri pentru o persoană și este de 2,3 ori mai mare decât morbiditatea generală a populației Republicii Moldova.

În tabel este reprezentată morbiditatea generală (la o persoană) în rândul populației RM și „lichidatorilor”.



De asemenea, și în structura morbidității sunt schimbări esențiale. Dacă în rândul populației Republicii Moldova predomină: bolile aparatului respirator – 22%, bolile aparatului digestiv – 12%, bolile sistemului nervos – 9%, atunci printre „lichidatori” predomină: dereglările nervoase și psihice – 46%, bolile aparatului digestiv – 27%, bolile aparatului circulator – 15%.

Invaliditatea printre „lichidatori” alcătuiește 73% și este de multe ori mai mare decât invaliditatea generală a populației Republicii Moldova, care are indicele de 4,4%.

Un studiu al dinamicii invalidității printre „lichidatori”, în funcție de timpul trecut de la supunerea la radiație, ne arată că ponderea majoră a apariției invalidității (circa 60%) revine perioadei 10 – 15 ani după iradiere.

Structura invalidității, printre „lichidatori”, de asemenea diferă de invaliditatea generală a populației RM. În structura invalidității printre lichidatori predomină: bolile sistemului nervos – 90%, tulburările mintale și de comportament – 8%.

Invaliditatea generală a populației este dominată de: bolile aparatului circulator – 46%, tumorile maligne – 20,5%.

Pierderea vitalității și invaliditatea sunt cauzate în special de patologiiile sistemului nervos, care progresează mult mai repede decât patologiiile celorlalte sisteme și organe.

De asemenea, a fost efectuat un studiu al dependenței invalidității „lichidatorilor” de doza și durata supunerii la radiația ionizantă.

E de menționat că „lichidatorii”, atât în anul 1986 cât și în anii 1987-1988, au fost iradiați în valoare de circa 10 Bar, cu un număr de zile lucrătoare în zona de 30 km, corespunzător – 20: 90: 180 de zile, ceea ce corespunde unui raport de timp de 1: 4,5: 9.

Invaliditatea printre „lichidatorii” anului: 1986 constituie 85%, 1987 – 79%, 1988 – 77%.

În tabel acești indici sunt reprezentați astfel:

| Nr. | Anul participării | Doza absorbită | Zilele lucrate | % invalidității |
|-----|-------------------|----------------|----------------|-----------------|
| 1 | 1986 | 10 Bar | 20 zile | 85% |
| 2 | 1987 | 10 Bar | 90 zile | 79% |
| 3 | 1988 | 10 Bar | 180 zile | 77% |

Mortalitatea printre „lichidatori” este de asemenea mai mare decât mortalitatea populației Republicii Moldova. Ea constituie 7,2%, contra 1,2% și este de 6 ori mai mare decât mortalitatea generală a populației RM.

În Republica Moldova persoanele participante la lucrările de lichidare a catastrofei de la Cernobîl sunt privilegiate. Aceste persoane sunt echivalate în drepturi cu așa categorii de cetățeni ca: participanții și invalizii de război, invalizii de muncă, victimele represiunilor politice ș.a.

Protecția acestei categorii de cetățeni este relatată atât în legislația RM, cât și în legislația internațională.

Protecția medico-socială a lichidatorilor este asigurată de legislația în vigoare din Republica Moldova. Conform acestor acte, „lichidatorii” se bucură de o protecție medico-socială și anume:

Protecția medicală cuprinde următoarele înlesniri:

- 1) gratis anual – examen medical detaliat în condiții de ambulatoriu și staționar;
- 2) gratis – procurarea medicamentelor prescrise de medic;
- 3) gratis – confecționarea protezelor dentare;
- 4) gratis anual – tratament sanatorial;
- 5) compensația anuală pentru însănătoșire – în valoare de 2 salarii medii lunare;
- 6) compensație anuală pentru tratament sanatorial.

Protecția socială este asigurată prin următoarele privilegii:

1. Compensație unică în mărime de un salariu mediu lunar pentru fiecare procent de pierdere a vitalității;

2. Compensație lunară pentru serviciile comunale;
3. Compensație anuală pentru lemne și cărbune;
4. Alocație lunară pentru îngrijirea invalidului de gradul I;
5. Asigurări în decurs de 3 ani cu spațiu locativ;
6. Asigurați cu suplimente alimentare.

Pentru analiza respectării legislației acestei categorii de cetățeni s-au studiat detaliat datele a 68 de „lichidatori” – invalizi din raionul Orhei. În rezultat, s-a stabilit următoarele:

Protecția medicală

S-a constatat o evidență medicală târzie a „lichidatorilor”. În primii 10 ani după iradiere, la evidența medicală s-au aflat numai 7,5% „lichidatori”. Ponderea majoră a evidenței medicale – 47%, revine perioadei de 11-13 ani după iradiere. Respectiv sunt și datele despre examenul medical și inițierea târzie a tratamentului (în mediu – 12 ani după iradiere). Tratamentul, atât ambulatoriu, cât și staționar se efectuează neritmic, cu întreruperi de 6-8 și mai mulți ani. Astfel, în mediu, pentru toată perioada de după catastrofă, fiecărui „lichidator” îi revin în total 4 tratamente (2 ambulatoriu și 2 staționar), adică un tratament în 4,5 ani. Din aceste 4 tratamente: un tratament se efectuează în condițiile spitalelor republicane și 3 tratamente în condițiile instituțiilor medicale de rang raional.

Tratamentului sanatorial îi revin 0,69 cazuri la o persoană pe tot parcursul anilor 1986-2005. Aceasta înseamnă că fiecare al 2-lea „lichidator” s-a tratat sanatorial numai o singură dată, ceea ce contravine legislației, care prevede tratamentul sanatorial gratuit anual pentru fiecare „lichidator”.

Protecția socială

Valoarea medie a pensiei unui „lichidator” – invalid este de 573 lei, ceea ce a alcătuit 110% din salariul mediu lunar (519.20 de lei) în anul 2001 și numai 41% din salariul mediu lunar (1385 de lei) al anului 2005.

Compensația pentru pierderea vitalității a fost alocată pentru fiecare participant. Valoarea medie a sumei plătite este de 5747 de lei.

Compensația anuală pentru însănătoșire a fost achitată majorității „lichidatorilor”. Valoarea medie a acestei compensații constituia 1043 de lei.

Compensația anuală pentru tratament sanatorial de asemenea a fost alocată „lichidatorilor” în majoritate, în valoare medie de 1972 de lei.

Compensațiile lunare pentru serviciile comunale au fost alocate pentru invalizi, conform legii, în valoare medie de 417 lei.

Ajutorul material de la fondul social constituie în mediu 144 de lei pentru o persoană.

Sumar, toate compensațiile bănești alocate „lichidatorilor” în mediu alcătuiesc 1241 de lei lunar. Această sumă constituie la moment 90% din salariul mediu lunar al anului 2005.

Concluzii

1. Gama iradierea este un factor nociv, care duce la dereglări grave de sănătate.
2. Gama iradierea acționează preponderent asupra structurilor sistemului nervos central.
3. Dereglările de sănătate la persoanele supuse gama-iradierii sunt mai grave și mai des întâlnite decât la populație și anume:

Morbiditatea – de 2,3 ori mai mare.

Invaliditatea – de 17 ori mai mare.

Mortalitatea – de 6 ori mai mare.

4. Ponderea majoră a invalidității (60% revine perioadei de 10-15 ani după supunerea la radiație).
5. Evidența medicală tardivă și tratamentul medicamentos neritmnic influențează negativ asupra sănătății „lichidatorilor”.
6. Persoanele participante la lucrările de lichidare a urmărilor catastrofei de la Cernobâl în Republica Moldova sunt protejate de stat.
7. Protecția medico-socială a „lichidatorilor” include diferite compensații și alocații bănești, care alcătuiesc la moment 90% din salariul mediu lunar pe țară.
8. Primăriile, asociațiile invalizilor și alte organizații obștești nu sunt responsabile de soarta, modul și nivelul de viață al „lichidatorilor”.
9. Nu este rezolvată problema alimentației calorice, vitaminizate și ritmice a „lichidatorilor”.

Bibliografie selectivă

1. Souchkevitch, G.N., Profesor, MD Tsyb, A.F., Academician, MD. Health consequences of the Chernobyl accident (World Health Organization, Geneva, 1996).
2. Materialele conferinței Internaționale Științifico-Practice, Chișinău 2000. Cercetări radiaționale în Republica Moldova.
3. Chirca, L. Materialele Conferinței Internaționale Științifico-Practice, Chișinău 2000. Structura morbidității și dispensarizarea persoanelor supuse acțiunii radiației ionizante în urma accidentului de la SAE Cernobâl.
4. Nacu, A., Boșneaga, E., Calenici, E. Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. Probleme clinico-terapeutice, Chișinău, 2000.
5. Anuarul statistic al Ministerului Sănătății (indicii de activitate a instituțiilor curative), anii 1986-2004.
6. Legea Republicii Moldova nr.909-XII din 30.01.1992 „Privind protecția socială a cetățenilor care au avut de suferit de pe urma catastrofei de la Cernobâl”.
7. Legea nr.933-XIV din 14.04.2000 „Cu privire la protecția socială specială a unor categorii de populație.
8. Legea nr.140-XV din 06.05.2004 „Pentru modificarea și completarea Legii nr.121 din 03.05.2001 „Cu privire la protecția socială suplimentară a invalizilor de război, a participanților la cel de-al 2-lea război mondial și a familiilor lor” și a Legii nr.909-XII din 30.01.1992 „Privind protecția socială a cetățenilor care au avut de suferit de pe urma catastrofei de la Cernobâl”.
9. Hotărârea Guvernului nr.761 din 31.07.2000 „Cu privire la compensațiile nominative pentru unele categorii de populație.
10. Blandur, O.V., Dedin, G. „Strategia monitoringului radioecologic în RM” (Cercetări radiaționale în RM. Materialele Conferinței Internaționale Științifico-Practice”, 10-12 octombrie 2000. Chișinău 2000, p.3-13.

Rezumat

Persoanele participante la lucrările de lichidare a consecințelor catastrofei de la Cernobâl, așa-zisii „lichidatori”, au fost supuse acțiunii radiației ionizante. Ca rezultat, indicii morbidității, invalidității și mortalității acestei categorii de persoane sunt mult mai mari decât indicii de sănătate a populației Republicii Moldova. Această categorie de cetățeni este protejată de stat.

Summary

The participated persons at the aboriton works of Cernobil catastrophe consequences, socalled „liquidator” were liable to ionizing radiation action. In conclusion, the morbidity, invalidity and mortality indexes of these persons are higher than the health one of the Republic of Moldova population. This group of patients are protected by the Government.

UN OBIECTIV IMPORTANT ÎN DEZVOLTAREA MEDICINII ÎN REPUBLICA MOLDOVA – REFORMA ASISTENȚEI MEDICALE SPITALICEȘTI

Dumitru Tintiuc, dr. hab. în medicină, prof. univ.; **Mihai Ciobanu**, dr. în medicină, conf. univ., **Corina Vicol**, dr. în medicină, asist. univ., Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”, IMSP Spitalul „Sf. Arhanghel Mihail”

Introducere

În prezent, în toate sistemele sanitare, indiferent de metodele de administrare și finanțare, asigurarea cu paturi spitalicești și utilizarea acestora sunt de o importanță majoră pentru economia și planificarea sanitară. Scopul reformelor în sănătate constă în creșterea speranței de viață, satisfacerea necesităților populației ce țin de serviciile medicale, sporirea accesului populației la servicii medicale de calitate, asigurarea echității populației, acoperirea populației cu servicii medicale de bază, ameliorarea calității lor.

Tendențele de reducere a paturilor spitalicești în țările Europei s-au răspândit și în Republica Moldova, unde au fost întreprinse măsuri, acțiuni de lichidare a spitalelor inutile și, la fel, a fost micșorat numărul de paturi, în baza Hotărârii Guvernului R. Moldova nr. 668 din 17.07.1997 „Cu privire la aprobarea concepției reformării sistemului asistenței medicale din R. Moldova în condițiile economiei noi pentru anii 1997-2003”.

În Republica Moldova, pe parcursul anilor 1998-2008, s-a micșorat numărul instituțiilor spitalicești de 3,7 ori, de la 245 la 65 de instituții spitalicești. Respectiv, s-a micșorat și numărul de paturi spitalicești, dar cu toate acestea rata de utilizare a patului rămâne sub nivelul dorit. Conform strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate, în perioada anilor 2008-2017, rata de utilizare a patului în an a constituit 66,02%, de aceea, conform estimărilor experților internaționali, necesitățile populației ar fi satisfăcute de o rețea de spitale, bine structurată și planificată, în dependență de accesul geografic și de aspectul demografic al populației. Eficientizarea continuă a infrastructurii spitalicești, dotarea cu echipament modern și eficient din punct de vedere al costului, implementarea tehnologiilor noi de tratament, externalizarea serviciilor spitalicești nemedicale, reprofilarea paturilor de îngrijire de lungă durată pentru pacienții cu maladii cronice, precum și alte măsuri ar putea reduce costurile fixe, pentru ca resursele rămase să fie direcționate spre ameliorarea calității serviciilor medicale. Îmbunătățirea continuă a infrastructurii spitalicești și a tehnologiilor medicale va duce la scăderea costurilor și ameliorarea calității asistenței medicale din spital.

Trebuie să menționăm că reforma în domeniul ocrotirii sănătății în Republica Moldova a fost condiționată de faptul că situația în sectorul ocrotirii sănătății în anul 2004 nu includea: metode progresive și efective de optimizare a cheltuielilor pentru servicii medicale, micșorarea lor, utilizarea metodelor efective de administrare a resurselor financiare.

În Republica Moldova etapa de tranziție de la sistemul Semașco la cel al asigurărilor obligatorii de asistență medicală a fost efectuat pe parcursul anilor 1998 – 2004. Reieșind din acest fapt, pe parcursul anilor s-au efectuat multe reforme, care ulterior au servit ca bază în crearea sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală: elaborarea principiilor noi în sistemul sănătății pentru activitatea în condițiile economiei de piață, aplicarea în practică a principiilor medicinei de familie, reducerea numărului de instituții medicale, a paturilor și a cadrelor medicale, pentru utilizarea rațională a resurselor, în primul rând a celor financiare. În conformitate cu Legea RM nr. 1585- XIII din 27.02.98 „Cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală”, aceasta reprezintă un sistem garantat de stat de apărare a intereselor populației în domeniul ocrotirii sănătății. Cadrul legislativ prevede, de asemenea, elementele de bază necesare sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală: Programul Unic ce determină volumul asistenței medicale, principii de organizare, drepturile și obligațiunile subiecților asigurați, mijloacele financiare.

Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 a Republicii Moldova

este o parte componentă a politicii social-economice a statului, direcționată spre dezvoltarea sistemului de sănătate.

Strategia se înscrie în obiectivul de restructurare a sistemului de sănătate, inițiat în ultimii zece ani, pornește de la identificarea problemelor prioritare existente și trasează modalitățile de abordare și intervenție, care, în condițiile unei implementări consecvente și adecvate, vor asigura rezultate mai bune pentru performanța sistemului de sănătate și pentru starea de sănătate a populației, inclusiv în situația unor resurse limitate.

Majorarea accesului populației rurale la servicii medicale spitalicești în Republica Moldova a fost condiționată de diversificarea formelor de asistență medicală, dezvoltarea parteneriatului social la nivel național și internațional.

Paturile spitalicești în Republica Moldova sunt repartizate în 3 niveluri. În anul 2008 RM a dispus de 1997 de paturi. Instituțiilor republicane le revin 41,1% (8224 de paturi), celor municipale 17,4% (3470 de paturi) și instituțiilor raionale 41,5% (8303 de paturi).

Tabelul 1

Tipurile spitalelor în Republica Moldova (anii 2003-2008)

| Anii | Tipurile spitalelor (date absolute) | | | |
|------|-------------------------------------|------------|-------------|-------------------------------------|
| | Raionale | Municipale | Republicane | Spitale subordonate altor ministere |
| 2003 | 35 | 10 | 17 | 35 |
| 2006 | 35 | 9 | 18 | 10 |
| 2007 | 34 | 9 | 18 | 11 |
| 2008 | 34 | 10 | 18 | 10 |

Este important de menționat că efectivitatea sectorului spitalicesc depinde de rezultatele metodelor profilactice, de asistența medicală specializată de ambulatoriu.

Gradul de asigurare a populației cu paturi și numărul paturilor în Republica Moldova sunt prezentate în *tabelul 2*.

Analiza comparativă a numărului de paturi în spitalele raionale în perioada studiată ne indică faptul că există o tendință de micșorare a paturilor spitalicești.

Tabelul 2

Dinamica asigurării populației Republicii Moldova cu paturi spitalicești pe perioada anilor 2003-2008

| Anii | Numărul paturilor (abs) | Asigurarea cu paturi la 10000 populație |
|------|-------------------------|---|
| 2003 | 21813 | 60,3 |
| 2004 | 20752 | 57,5 |
| 2005 | 20457 | 57,0 |
| 2006 | 20265 | 56,6 |
| 2007 | 19856 | 55,4 |
| 2008 | 19997 | 56,0 |

Analiza indicatorilor, ce caracterizează activitatea de staționar în Republica Moldova, ne-a demonstrat unele rezerve în utilizarea rațională a fondului de paturi. S-a stabilit că zilele-pat exploatate în an și rotația patului s-au majorat pentru toate tipurile de spitale în Republica Moldova. Durata medie de spitalizare a bolnavului s-a micșorat, din motivul constrângerii financiare a spitalelor, ce sunt condiționate de costuri mici ale unui caz tratat. Nivelul de spitalizare diminuează treptat (*tabelul 3*).

Datele prezentate ne demonstrează că unele instituții medicale nu utilizează fondul de paturi în volum complet și au rezerve la îmbunătățirea activității, pe când fondul de paturi al altor instituții medicale este în exces. Noi considerăm că în condiții noi ar fi rațional de a elabora standarde naționale a duratei medii de exploatare a patului în an după profiluri și amplasarea lor. În acest aspect este necesar ca și Compania Națională de Asigurări în Medicină să rezolve problema numărului de cazuri, care pot fi finanțate în dependență de indicatorii de utilizare a patului în an, a fiecărei instituții medicale.

**Unii indicatori de utilizare a patului în Republica Moldova
pe perioada anilor 2003-2008**

| Indicii de utilizare a patului | Anii | Tipurile spitalelor | | |
|------------------------------------|------|---------------------|----------|-------------|
| | | Municipale | Raionale | Republicane |
| Zile-pat exploatare în an (zile) | 2003 | 303 | 260 | 294 |
| | 2004 | 196 | 216 | 250 |
| | 2005 | 286 | 235 | 289 |
| | 2006 | 300 | 241 | 293 |
| | 2007 | 303 | 250 | 302 |
| | 2008 | 313 | 267 | 306 |
| Rotația patului (abs) | 2003 | 34,6 | 28,0 | 19,7 |
| | 2004 | 34,6 | 29,3 | 18,4 |
| | 2005 | 32,2 | 30,6 | 21,0 |
| | 2006 | 33,0 | 32,0 | 21,0 |
| | 2007 | 34,5 | 32,9 | 22,4 |
| | 2008 | 36,0 | 35,0 | 23,0 |
| Durata medie de spitalizare (zile) | 2003 | 8,7 | 9,2 | 14,9 |
| | 2004 | 7,9 | 7,4 | 13,6 |
| | 2005 | 8,9 | 7,7 | 13,8 |
| | 2006 | 9,0 | 8,0 | 14,0 |
| | 2007 | 8,8 | 7,6 | 13,4 |
| | 2008 | 8,7 | 7,7 | 13,6 |
| Nivelul de spitalizare (%) | 2003 | 15,2 | 10,4 | - |
| | 2004 | 15,0 | 10,0 | - |
| | 2005 | 12,1 | 10,1 | - |
| | 2006 | 12,5 | 10,2 | - |
| | 2007 | 12,9 | 10,4 | - |
| | 2008 | 13,3 | 11,0 | - |

O altă latură importantă ce necesită o analiză detaliată este particularitatea finanțării spitalelor la diferite nivele.

În condițiile asigurărilor medicale obligatorii, spitalul rămâne a fi veriga cea mai costisitoare a sistemului de sănătate, de aceea managementul administrării spitalelor trebuie să devină un factor important pentru tot sistemul de sănătate.

Funcția principală a spitalelor constă în acordarea asistenței medicale calitative populației, în limita resurselor existente. Spitalul mai joacă un rol de bază prin activitatea sa științifică și a bazei de studiu.

Având în vedere acest fapt, noul spital al secolului XXI nu poate activa utilizând metode tradiționale și autoritare. În condițiile noi, trebuie să evităm utilizarea neefectivă a resurselor, dublarea serviciilor prestate, funcționarea neefectivă a aparatului medical.

Spitalul este un element-cheie în sistemul sanitar și odată cu avansarea realizărilor tehnologice și a managementului sanitar, spitalul suferă modificări în structura sa organizatorică. Răspândirea practicii de asistență medico-sanitară controlată, însoțită de reducerea numărului zilelor de spitalizare, impune necesitatea reorganizării serviciilor spitalicești, cu dezvoltarea serviciilor ambulatorii de diagnostic și tratament, asistență la domiciliu. Interesul mare al personalului medical, în dezvoltarea calității asistenței medicale acordate, a devenit o parte componentă a culturii manageriale sanitare.

Drept exemplu pentru Republica Moldova poate servi elaborarea unei opțiuni pentru reorganizarea rețelei spitalicești, cu dezvoltarea centrelor de excelență ce ar deservi populația. Există o stringentă necesitate de reorganizare, prin tendințe recente de asistență medicală modernă și consolidarea rețelei prestatorilor cu axarea pe calitate, acces și eficacitate.

Propuneri

1. Elaborarea standardelor naționale pentru toate tipurile de spitale pentru utilizarea efectivă a fondului de paturi.
2. Ameliorarea continuă a conlucrării între asistența medicală primară și instituțiile spitalicești și evitarea dublării investigațiilor deja efectuate de către medicul de familie.
3. Micșorarea timpului acordat pentru investigare și diagnosticare, cu folosirea rațională a serviciului consultativ – diagnostic existent la nivel raional.
4. Dezvoltarea serviciilor de îngrijiri comunitare și la domiciliu în fiecare raion al republicii.
5. Utilizarea rațională a staționarelor de zi în Centrele de Sănătate pentru acordarea serviciilor medicale bolnavilor care nu necesită îngrijire specifică în staționar.
6. Crearea unui sistem echilibrat la nivel de raion a proceselor de centralizare-decentralizare a serviciilor medicale spitalicești, orientat spre satisfacția populației.
7. Întru utilizarea rațională a resurselor prevăzute pentru asistența medicală spitalicească de organizat secții (paturi sociale) pentru populația rurală care necesită îngrijiri medico-sociale.

Concluzii

1. Asistența medicală spitalicească a trecut câteva etape de dezvoltare și a ocupat locul său în sistemul de sănătate.
2. Este necesară argumentarea științifică a etapelor de acordare a asistenței medicale spitalicești.
3. Pentru asigurarea populației cu asistență medicală spitalicească de calitate este primordială modernizarea bazei tehnico-materiale a structurilor de asistență spitalicească și implementarea tehnologiilor noi.

Bibliografie selectivă

1. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 668 din 17.07.03 „Cu privire la aprobarea concepției reformării sistemului asistenței medicale din R. Moldova în condițiile economiei noi pentru anii 1997-2003”.
2. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1471 din 24.12.2007. „Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017”, p. 3-8.
3. Vilcot, C., Leclot, H. Les indicateurs qualité en santé. AFNOR pratique-collection. Edition Afnor, 2001, p. 25-30.
4. Tintiuc, D., Grossu, I. Sănătate Publică și Management. Chișinău, 2007. p. 488-489.
5. Tintiuc, D. Probleme actuale ale standartizării serviciilor medicale în condițiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Valorificarea rezultatelor științifice – baza dezvoltării durabile a economiei naționale. Conferința științifică republicană. Chișinău, 2004, p. 248-259.

Rezumat

Acest articol elucidează aspectele generale asupra reformelor în domeniul asistenței spitalicești. Optimizarea indicilor de activitate spitalicească în Republica Moldova este o problemă actuală, cu care se confruntă serviciile spitalicești și care afectează accesul populației la ele.

Summary

This article elucidates the general aspects of reforms in domain of hospital assistance. The optimization of the indexes of hospital assistance in Republic of Moldova is an actual problem with which the hospital services are confronted and which affects the access of the population to the hospital services.

CĂILE DE SISTEMATIZARE ALE MANAGEMENTULUI ASISTENȚEI MEDICALE PACIENȚILOR CU NEVI NEVOCELULARI

Elena Raevschi, dr. în medicină, Mihai Raevschi, dr. în medicină, conf. univ., Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”

Introducere

Nevii nevochelulari sunt displazii cutanate circumscrise ale sistemului melanocitar, care generează un interes deosebit ca leziuni, eventual precursora unui Melanom. Astfel, în 20% cazuri apariția melanomului malign s-a constatat a fi ulterioară malignizării nevilor nevochelulari [1, 4].

Actualitatea problemei de nevi nevochelulari este determinată de următoarele considerente:

- nevi nevochelulari sunt displaziile cutanate cele mai răspândite, atingând nivelul de 98 – 100% la pacienții în vârstă de 10 – 30 de ani [3];
- nivelul sporit al divergenței clinico-morfologice, care constituie de la 35% până la 45% [2], confirmă complexitatea diagnosticului nevilor nevochelulari;
- nevi nevochelulari devin o problemă medico-socială stringentă în contextul elucidării insuficiente a complexității diagnosticului și tratamentului acestui contingent de pacienți;
- până în prezent nu sunt suficient argumentate științific sistemul și mecanismul efectuării serviciului de organizare și acordare a asistenței medicale specializate pacienților cu nevi, ceea ce influențează negativ asupra efectuării profilaxiei primare a malignizării nevilor.

Materiale și metode

S-a studiat dinamica adresabilității și coincidenței diagnosticului clinic cu cel morfologic de nev nevochelar pe o perioadă de 11 ani (516 cazuri) și s-au specificat cele mai frecvente erori de diagnostic. Totodată, în rezultatul examinării a 2001 cazuri, au fost identificate unele aspecte medico-sociale ale nevilor nevochelulari (mediul și locul de trai, sexul, vârsta pacientului, caracterul sezonier al adresabilității).

Rezultate

Studiul efectuat a estimat prezența nevilor nevochelulari în 78,51% cazuri. Frecvența nevilor nevochelulari, în funcție de locul de reședință, s-a dovedit a fi de 80,07% în oraș și de 76,23% în localitatea rurală. Nivelul afectării de nevi nevochelulari crește odată cu vârsta, atingând maximele la vârsta de 26-30 de ani (86,67%), ulterior are loc o scădere lentă cu minimele situate în limita peste 50 de ani. Studiul efectuat a relevat în dinamica afectării de nevi nevochelulari, în funcție de vârstă, prezența de salturi ale frecvenței, care sunt proprii perioadelor de vârstă: I salt – 11-15 ani – 83,72%; II – 26-30 de ani – 86,67%; III – 41-45 de ani – 84,0% ($p < 0,01$; $\chi^2 = 23,904$).

Lotul de cercetare a cuprins 605 (30,23%) bărbați și 1396 (69,77%) de femei. Frecvența nevilor nevochelulari, în funcție de sex, s-a determinat a fi respectiv de 77,19% și 79,08%. Atât pentru femei, cât și pentru bărbați, s-a constatat păstrarea legității generale a dinamicii nivelului de afectare de nevi nevochelulari, adică sporirea frecvenței are loc până în vârsta de 30 de ani, cu respectarea perioadelor celor 3 salturi. Atât încât, pentru saltul II se păstrează valori practic identice 86,66%. Însă pentru salturile I și III valoarea lor diferă, fiind diminuată în cazul sexului masculin (constituie respectiv 80,91% și 76,92%) și majorată în cazul sexului feminin (constituie respectiv 86,26% și 88,52%), comparativ cu valorile salturilor în funcție de vârstă. Conform rezultatelor obținute e remarcabilă tendința spre prioritatea sexului feminin de a face nevi nevochelulari practic pentru toate perioadele de vârstă.

În rezultatul cercetărilor noastre, a fost surprins și caracterul sezonier al adresabilității, denotând o ușoară preponderență pentru trimestrele II și III ale anului, respectiv, 29,3% și 28,1%. Cota persoanelor care s-au adresat este mai mare la femei - 70,9% cazuri (M/F 1/3,52) și la pacienții din localitățile urbane ale Moldovei - 73,6% (U/R 2,81/1).

Astfel, studiul nostru a relevat o divergență impunătoare (42%) dintre diagnosticul clinic și morfologic al nevilor nevochelulari, ceea ce a impulsionat căutările întru tatonarea căilor posibile de diminuare a nivelului de necoincidențe, care ar trebui direcționate, în opinia noastră, spre continuarea principiilor diagnosticului clinic al nevilor nevochelulari și spre succesiunea etapelor asistenței medicale a acestui contingent de pacienți.

Asistență medicală pacienților cu nevi nevocelulari se acordă de specialiști din diverse instituții medicale (Institutul Oncologic, Centrul de chirurgie maxilo-facială a Spitalului Clinic Municipal de Urgență, Dispensarul Dermato-Venerologic Republican) și secții cosmetologice autogestionate, a căror activitate, în majoritatea cazurilor, nu este coordonată. În acest context, ar fi binevenită unificarea, sistematizarea, reglementarea, cu nominalizarea funcțiilor medicilor specialiști, la etapele acordării asistenței medicale pacienților cu nevi.

Pacienții cu nevi nevocelulari domiciliați în localitățile rurale sunt lipsiți de aceste servicii care, fiind organizate la acest nivel, ar fi o verigă importantă a unui sistem integrat.

Pentru realizarea acestor obiective e necesară elaborarea unui model optim de management a asistenței medicale pacienților cu nevi nevocelulari. În acest scop, a fost selectată o echipă din 12 experți, care au examinat proiectul organizării asistenței medicale pacienților elaborat de noi. Acest proiect a fost examinat și apreciat pozitiv de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova (Dem. nr. 06-2/452 din 11 octombrie 2001). În baza opiniilor acestor specialiști de profil a fost elaborat „Modelul optim al organizării asistenței medicale pacienților cu nevi nevocelulari” (fig. 1). Acest model include două niveluri (republican și raional-municipal). La nivel republican, specialiștii activează în următoarele instituții medicale: Institutul Oncologic – coordonator științifico-practic, Dispensarul Dermato-Venerologic, Centrul Republican de chirurgie maxilo-facială și instituțiile medicale cosmetologice autogestionate. Pentru specialiștii din fiecare instituție medicală sunt determinate funcțiile de profil.

La nivel raional și municipal, specialiștii vor activa în filialele instituțiilor republicane de profil și oficiile medicilor de familie din sectorul de medicină primară. Pentru specialiștii acestui nivel la fel sunt specificate funcțiile de profil.

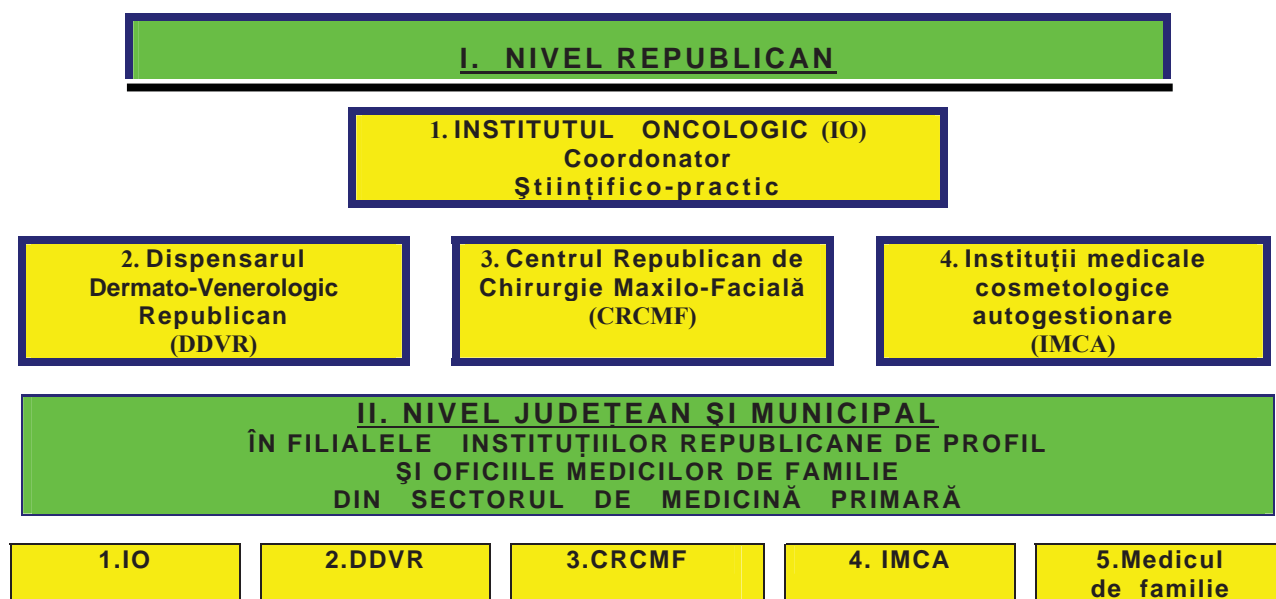


Fig. 1. Modelul optim de organizare a asistenței medicale pacienților cu nevi nevocelulari

Concluzii

1. Constatăm nivelul înalt al afectării cu nevi nevocelulari (78,51%), a cărei dinamică, în funcție de vârstă, relevă prezența a trei puseuri. În cazul sexului feminin, pentru toate grupurile de vârstă s-a constatat o predispoziție de a face nevi nevocelulari. Depistarea maximă de nevi nevocelulari se înregistrează la pacienții între vârstele de 11 și 30 de ani.

2. Divergența clinico-morfologică pentru diagnosticul de nevi nevocelulari a constituit 42%, ceea ce impune diminuarea nivelului de necoincidențe.

3. Constatările nominalizate mai sus, concepute în ansamblu, permit de a conchide despre necesitatea optimizării asistenței medicale specializate pacienților cu nevi nevocelulari.

4. Realizarea în practică a modelului propus nu cere surse materiale financiare și cadre suplimentare, fiind necesară numai perfecționarea cunoștințelor profesionale ale specialiștilor de profil în profilaxia, diagnosticul, tratamentul și recuperarea medico-psihologică a pacienților cu nevi nevocelulari.

5. Implementarea în practică a principiilor managementului monitorizării și modelului de organizare a asistenței medicale a pacienților cu nevi nevocelulari, prin sistematizarea situației actuale, va contribui la îmbunătățirea profilaxiei cancerului cutanat.

Bibliografie selectivă

1. Edman, R.L., Wolfe, J.T., Prevention and early detection of malignant melanoma . Am. Fam. Physician.- 2000 Nov.- 62(10) : 2277-85.
2. Hallock, G.G., Lutz, D.A. Prospective study of the accuracy of the surgeons diagnosis in 2000 excised skin tumors // Plastic and Reconstructive Surgery.- 2008 Apr.- 101 (5).- p.1255-61.
3. Topalo, V. Nevii pigmentari ai feții,- Chișinău,1985.- 100 p.
4. Țolea, I., Dermatovenerologie clinică. Editura Medicală Universitară, Craiova 2002; 425 p.

Rezumat

Nevii nevocelulari sunt displazii cutanate circumscrie ale sistemului melanocitar, care prezintă interes ca leziuni eventual precursoare unui Melanom.

Asistența medicală pacienților cu nevi nevocelulari se acordă de către specialiștii diverselor instituții medicale. Divergența clinico-morfologică înaltă (42%) și frecvența sporită (78,51%) a nevilor nevocelulari atestă necesitatea aprecierii principiilor managementului monitorizării și modelului organizării asistenței medicale acestui contingent de pacienți. Implementarea în practică a acestora va contribui la îmbunătățirea profilaxiei cancerului cutanat.

Summary

Nevocellular nevus are circumscribed cutaneous dysplasia of melanocitar system, which are interested in forerunned possible lesion of a Melanoma.

Many specialist from different medical institutions provide medical assistance for the nevocellular nevus patients. Higher clinico-morphological divergence (42%) and frequency increasing (78,51%) of nevocellular nevus determined the necessity of monitoring management principles appreciation and organizations model of medical assistance for this contingent of patients. Their implementations in practice will contribute to the cutaneous cancer prophylaxes improvement.

CADRELE MEDICALE ÎN INSTITUȚIILE STOMATOLOGICE PUBLICE

Elena Tintiuc, dr. în medicină, USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere

La etapa actuală de realizare a principiilor sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală, cel mai important este lucrul cu cadrele medicale, în special cu cadrele de conducere, responsabile de organizarea serviciilor medicale și asigurarea volumului și calității lor. Instituția Medico-Sanitară Publică este unul dintre subiecții Asigurărilor Medicale Obligatorii, de aceea relațiile reciproce cu subiecții AMO, bazate pe principiul de contractare, trebuie să garanteze serviciului stomatologic o finanțare adecvată volumului și calității asistenței acordate. Ținând cont de faptul că actualmente, în condiții noi, asistența medicală stomatologică are un caracter multilateral și o responsabilitate etico-profesională deosebită, se impune o atitudine mai severă față de specialiștii angajați în domeniu.

Scopul lucrării este evaluarea rezultatelor referitoare la activitatea cadrelor medicale din instituțiile stomatologice publice.

Rezultatele

Analiza cadrelor stomatologice s-a efectuat în baza studiului integral, realizat în cinci AMT ale municipiului Chișinău (Botanica, Buiucani, Centru, Ciocana, Râșcani) și la Centrul municipal stomatologic Chișinău. Rezultatele ne demonstrează că odată cu implementarea medicinei de familie s-a schimbat esențial structura medicilor specialiști din instituțiile medicale de ambulatoriu (*tabelul 1*).

Medicii specialiști în instituțiile medicale publice municipale Chișinău, 2001-2007

| Nr. d/o | Specialitatea | Anii, % | | |
|---------|--------------------------|---------|-------|-------|
| | | 2001 | 2006 | 2007 |
| 1. | Medici de familie | 23,7 | 46,7 | 45,8 |
| 2. | Terapeuți | 6,7 | 2,8 | 2,6 |
| 3. | Pediatri | 12,6 | 8,5 | 6,9 |
| 4. | Obstetricieni-ginecologi | 6,6 | 6,2 | 6,7 |
| 5. | Stomatologi | 9,6 | 9,4 | 9,7 |
| 6. | Alte specialități | 40,8 | 26,4 | 28,3 |
| | Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Datele din *tabelul 1* relatează că, pe parcursul ultimilor ani (2001-2007), ponderea medicilor de familie în structura angajării medicilor specialiști ai instituțiilor medicale ambulatoriu din municipiul Chișinău s-a majorat de 2 ori. În aceeași perioadă, concomitent cu creșterea numărului medicilor de familie, s-a micșorat substanțial ponderea medicilor de alte specialități: medici terapeuți, de 2,5 ori; medici pediatri, de 1,9 ori; medici de alte specialități, de 1,3 ori. Este important de menționat faptul că în structura medicilor specialiști, cota medicilor stomatologi a rămas practic neschimbată. Ponderea medicilor stomatologi, în structura medicilor specialiști din AMT din Chișinău în 2006 alcătuiește: AMT Botanica – 6,6 %, AMT Buiucani – 9,0 %, AMT Centru – 11,6 %, AMT Ciocana – 7,1 %, AMT Râșcani – 12,8 %. Media ponderii medicilor stomatologi pentru perioada anilor 2001-2007 constituie 9,5 %.

În cadrul serviciului stomatologic, în structura specialiștilor stomatologi prevalează femeile (68,9 %), în comparație cu bărbații (31,1 %), (*figura 1*).

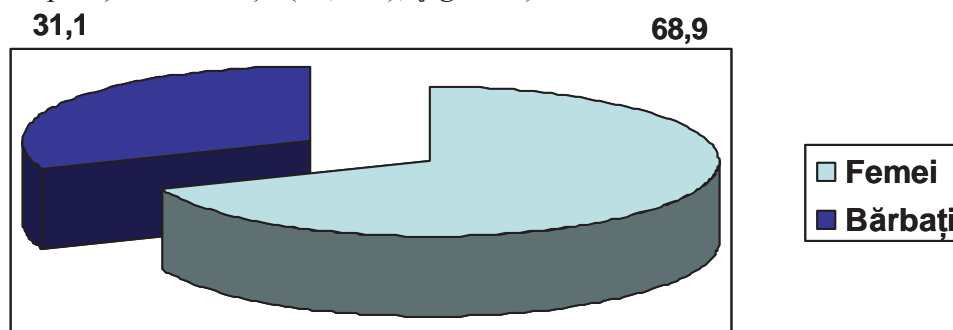


Figura 1. Structura angajării medicilor stomatologi după sex, %

Mai pronunțat, indicele în care femeile sunt prioritare se înregistrează în cadrul serviciului stomatologic AMT Râșcani (69,2 %), AMT Centru (80,9 %), AMT Ciocana (83,3 %). Acest fenomen nu este întâmplător, deoarece asistența stomatologică acordată de femei, la diferite etape, este mai solicitată, ele demonstrând o atitudine deosebită față de pacient, cu respectarea întru totul a regulilor etico-profesionale.

Analizând cadrele medicale stomatologice după vârstă, demonstrăm că în cadrul serviciului stomatologic municipal activează medici stomatologi de calificare înaltă și practică bogată. Calitatea serviciilor medicale stomatologice este în dependență de multipli factori, inclusiv de vârsta medicului specialist depinde prestarea serviciilor.

Specialiști în vârstă de 31-50 de ani în aceste instituții alcătuiesc 65,8 %. În unele teritorii se înregistrează o pondere mare de medici specialiști de o vârstă mai înaintată, după 50 de ani: AMT Botanica - 47,4 %, AMT Buiucani – 46,7 %, Centrul stomatologic municipal – 32,8 %.

Vârsta specialistului stomatolog determină și valoarea stagiului de muncă. Rezultatele analizei acestui indicator ne relatează că în cadrul serviciilor stomatologice municipale de stat activează, de

regulă, medicii stomatologi cu stagiul mare de muncă în specialitate 11-20 de ani – 48,3%, cu stagiul de muncă mai mult de 20 de ani – 47,5 %, iar cu stagiul până la 10 ani – 4,2 %. Categoriile de vârstă și stagiul de muncă ale specialiștilor ne demonstrează prezența unui fenomen pozitiv în gestionarea serviciului stomatologic municipal, care asigură, pe parcursul mai multor ani, o stabilitate a cadrelor medicale și ceea ce este foarte important – asigurarea calității serviciilor stomatologice acordate populației.

Concomitent cu vârsta și stagiul de muncă pe specialitate, un rol important îi revine analizei nivelului de calificare a medicilor stomatologi (figura 2).

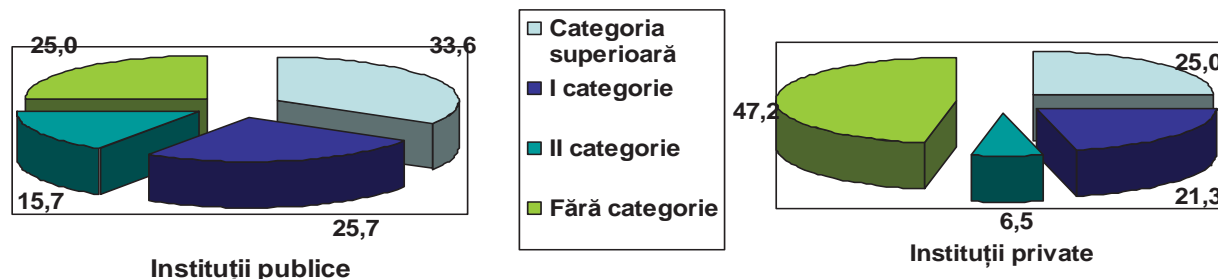


Figura 2. Categoriile de calificare a medicilor stomatologi în instituțiile medicale publice și private

Cercetarea comparativă a cadrelor medicale stomatologice a evidențiat unele legități ce țin de nivelul de calificare a lor în instituțiile de stat și a celor ce se află la autogestiune financiară. De categoria de calificare (superioară, I și II) dispun respectiv 75 % și 52,8 % medici și 57,7 % și 37,9 % asistenți medicali. Fără categorie activează în instituțiile stomatologice publice și private respectiv 25,0 % și 47,2 % medici și 42,2 % și 62,1 % asistenți medicali.

Una dintre problemele stringente în stomatologie, caracteristică și pentru sistemul de sănătate, este migrația cadrelor medicale. Analiza în dinamică (aa. 2001-2007) a procesului migrațional al cadrelor din instituțiile stomatologice ne demonstrează că în ultimii ani s-au eliberat din funcțiile deținute 22,5 % medici și 43,8 % asistente medicale, au fost angajați în câmpul muncii 20,4% medici și 41,1% asistenți medicali.

Situația referitoare la migrația cadrelor este mai alarmantă în rândurile asistenților medicali. Astfel, practic fiecare al doilea asistent medical este în stadiu migrațional, ceea ce în mare parte influențează asupra stabilității în colective și a calității serviciilor stomatologice.

În scopul aprecierii nivelului de organizare pentru activitatea medicilor specialiști din instituțiile publice, inclusiv stomatologice, este important de a analiza periodic adresările pacienților în organele administrative pe motivul respectării de către medici a obligațiilor etico-profesionale.

Datele obținute au permis de a repartiza structural cauzele plângerilor adresate organelor administrative, ce țin de activitatea serviciilor stomatologice de ambulatoriu:

- 1) Atitudinea lucrătorilor medicali – 33,6 %;
- 2) Calitatea serviciilor stomatologice – 24,9 %;
- 3) Costul serviciilor stomatologice – 18,2 %;
- 4) Volumul serviciilor stomatologice – 17,6 %;
- 5) Alte cauze – 5,7 %.

În condițiile noi de activitate, rolul specialiștilor de diferit profil este de a crea condiții favorabile ce țin de acordarea serviciilor medicale de calitate a populației. Nu mai puțin valoroasă, în condițiile Asigurărilor Medicale Obligatorii, este activitatea medicului, prin aplicarea cunoștințelor și deprinderilor practice orientate spre utilizarea rațională a resurselor, în special, a celor financiare.

Bibliografie selectivă

1. Angela, C., Achiri, I., Grîu, E. *Management educațional*. Chișinău, 2004, 112 p.
2. Sănătatea Publică în Republica Moldova (Anuarul statistic) Chișinău, 2008, 554 p.
3. Burlacu, V., Eni, A., Bezman, T. *Stomatologie terapeutică*. Îndrumar didactico-metodic. Chișinău, 1996, 197 p.
4. Burlacu, V., Ețco, C., Tintiu, E. *Aspecte medico-sociale și organizatorice ale asistenței stomatologice de stat în condițiile Asigurărilor Medicale Obligatorii*. //Sănătate publică, economie și management în medicină, nr. 1. Chișinău, 2007, p. 9-11.

5. Tintiuc, D., Grosu, Iu., Grejdianu, T. Sănătate publică și management. Chișinău, 200, 780 p.
 6. Tintiuc, E., Pancenco, A., Burlacu, V., Munteanu, I. Managementul asistenței stomatologice de ambulator. Chișinău, 2009, 180 p.

Rezumat

În această lucrare sunt prezentate rezultatele cercetărilor științifice, efectuate în instituțiile stomatologice publice din municipiul Chișinău. Rezultatele obținute au permis caracterizarea cadrelor medicale, luând în considerație vârsta, stagiul de muncă, sexul, aspectele de migrație, ca factori ce influențează calitatea asistenței medicale de profil.

Summary

In this work there are presented the results of the scientific studies made in the public stomatological institutions in the town of Chisinau. The obtained results have allowed to characterise the medical staff taking into consideration the age, length of service, sex, the migrational aspects as factors that influence the quality of the shaped medical assistance.

CONSOLIDAREA ASISTENȚEI MEDICALE GERIATRICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Boris Golovin, competitor, Catedra Sănătate Publică și Management USMF
„Nicolae Testemițanu”

Vârstnicii în Republica Moldova (>65 de ani) reprezintă un grup de populație care se află într-o continuă creștere. Cu toate că ponderea lor este relativ mai mică față de țările din Europa de Vest, procentul vârstnicilor a crescut constant în ultimele două decenii și a constituit la începutul anului 2009 – 10,3%, în comparație cu 12,28% în CSI și 16,84% în țările Uniunii Europene.

Diverse prognoze demonstrează că cota vârstnicilor în țările europene, inclusiv în Republica Moldova, în următorii 20 de ani se va dubla și va constitui între 18 și 30%. Îmbătrânirea populației se datorează, în primul rând, micșorării natalității și majorării speranței de viață a populației, în special a celei care deja a împlinit 60 de ani. În Republica Moldova, speranța de viață la vârsta de 60 de ani constituie 16,9 ani, inclusiv 15,1 la bărbați și 18,3 ani la femei. Emigrarea persoanelor tinere reprezintă de asemenea un factor care contribuie la majorarea cotei vârstnicilor în structura de bază a populației.

Scopul studiului constă în elaborarea propunerilor pentru consolidarea asistenței geriatrie în Republica Moldova.

Materiale și metode. Tabloul evolutiv al proceselor de îmbătrânire a populației a fost analizat în baza datelor și informațiilor despre mișcarea naturală a populației Republicii Moldova accesate din bazele de date ale Biroului Național de Statistică și Centrului Național de Management în Sănătate.

Numărul de paturi geriatrie (capacitatea) în spitalele raionale, municipale și republicane a fost calculat în baza formulei Hill-Burton:

$$Nr = \frac{P \times R \times M \times 100}{U \times 100 \times 365},$$

unde:

Nr – numărul necesar de paturi;

P – numărul populației >65 de ani;

R – rata de internare în specialitatea de geriatrie la 100 de locuitori de vârstă >65 de ani;

M – durata medie de spitalizare în specialitatea geriatrie;

U – rata de utilizare a paturilor.

Numărul populației stabile de vârstă >65 de ani în Republica Moldova în anul 2008 a constituit 365530 de persoane. Rata de internare în specialitatea de geriatrie a fost stabilită în mărime de 3,7 spitalizări la 100 de locuitori de vârstă >65, în conformitate cu media ratei de internare existentă la nivelul regiunii europene. Durata medie de spitalizare în specialitatea geriatrie a fost acceptată prin consens și constituie 9 zile. Rata de ocupare a paturilor geriatrie a fost fixată în mărime de 85% (calculat în baza a 365 de zile pe an), dat fiind faptul că doar o rată mai mare asigură eficiența economică în utilizarea paturilor. Numărul paturilor în spitalele raionale, municipale și republicane s-a stabilit, în funcție de numărul populației vârstnice, complexitatea accentuată a cazurilor geriatrie și posibilitatea instituirii posturilor întregi sau de 0,5 unități de medici geriatri.

Rezultate și discuții.

Ponderea vârstnicilor în Republica Moldova va crește brusc peste 5 ani, când în grupa de vârstă 65 de ani și mai mult vor intra generațiile născute în 1948–1950, care numeric sunt de 2 ori mai mari decât cele anterioare. Acest fenomen se va repeta și peste 40 de ani, când în grupul de populație vârstnică vor intra cei care în prezent au vârstele cuprinse între 25 și 30 de ani, și care numeric sunt de asemenea mai mulți decât cei care în prezent au 35 – 40 de ani (figura 1).

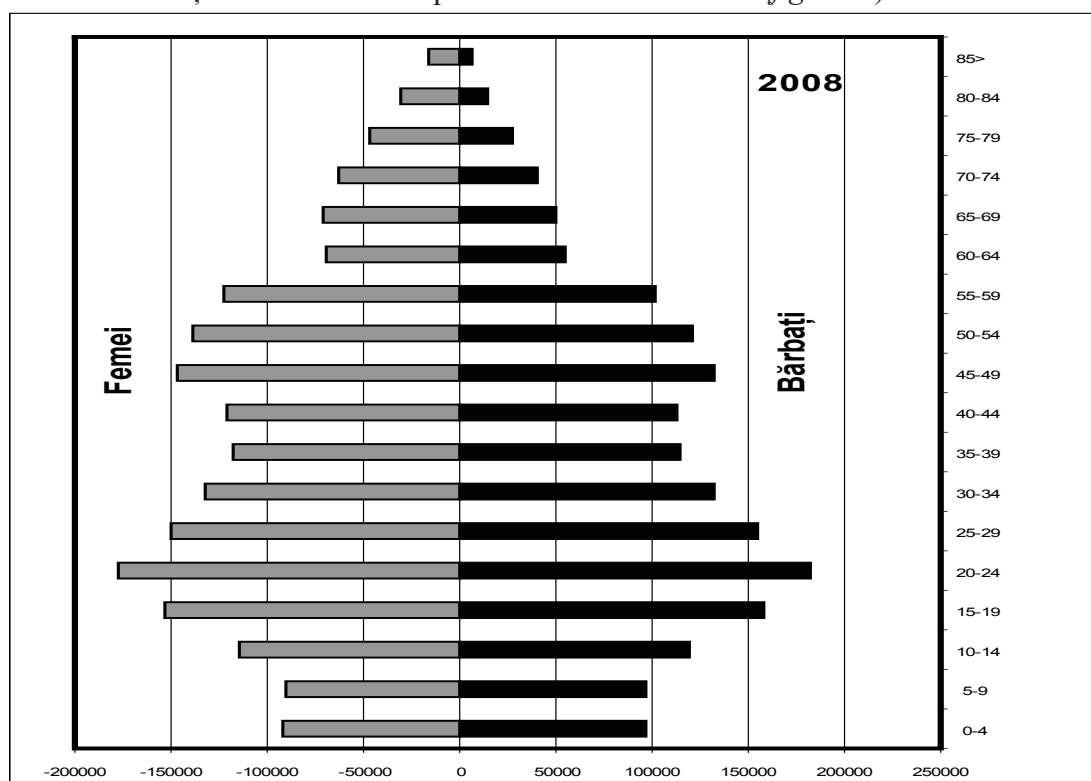


Figura 1. Structura pe grupe de vârstă a populației Republicii Moldova, a. 2008

Este nevoie de menționat încă un fenomen demografic important. Cel mai rapid ritm de creștere în ultimii 10 ani se înregistrează în rândul populației cu vârsta de 75 de ani și mai mult, în special, a vârstnicilor de peste 85 de ani (figura 2).

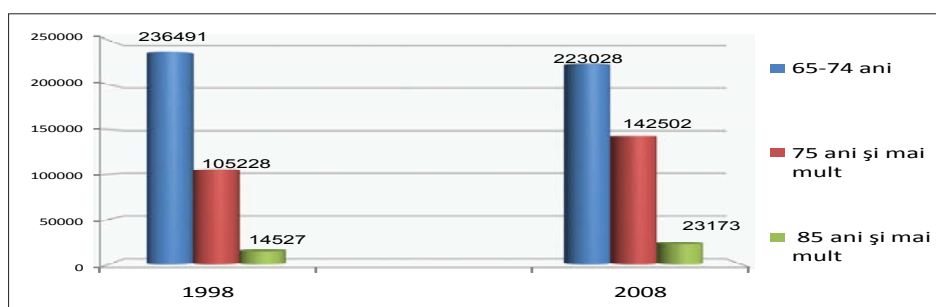


Figura 2. Analiza comparativă a numărului de persoane vârstnice în anul 1998 și în 2008

Dacă în segmentul 65-74 de ani, numărul populației a scăzut cu 13.463 de persoane, atunci numărul celor care au peste 75 de ani a crescut cu 37.274 de persoane, iar numărul longevivilor de peste 85 de ani, practic s-a dublat și a constituit la începutul anului 2009 - 23.173 de persoane, în comparație cu 14.523 în anul 1998.

Creșterea rapidă a segmentului de populație „foarte bătrână” va reprezenta o provocare pentru sistemul medical și sistemul de protecție socială în următorii ani. Dacă grupele „mai tinere” ale populației vârstnice pot fi încă active, din punct de vedere economic, fiind capabile să se întrețină singure, cei „foarte bătrâni”, mai cu seamă femeile, sunt tot mai dependenți de ceilalți, necesitând suport social și medical special. În acest context, politicile și intervențiile medico-sociale trebuie să țină cont de aceste schimbări, deoarece populația în vârstă este cel mai mare consumator de asistență medicală și socială, ale cărei costuri se achită de obicei de către populația producătoare.

Având în vedere importanța și complexitatea problemei, Guvernul Republicii Moldova deja a inclus în Politica Națională de Sănătate compartimente aparte privind protecția medico-socială a persoanelor vârstnice, care cuprind:

- asigurarea securității economice a vârstnicilor;
- crearea mecanismelor de încadrare a lor în muncă;
- încurajarea implicării familiilor în suportul financiar al persoanelor în etate;
- integrarea și incluziunea socială a populației vârstnice;
- prestarea serviciilor comunitare de îngrijire a persoanelor vârstnice la domiciliu și în instituții rezidențiale;
- dezvoltarea serviciului de geriatrie, ca parte componentă a Planului General de Dezvoltare a Spitalelor.

Ca urmare a prevederilor incluse în planurile de realizare a acestor documente strategice, Ministerul Sănătății, în baza dovezilor științifice, a întreprins măsurile necesare pentru elaborarea cadrului de reglementare necesar instituirii și funcționării asistenței medicale geriatrice în Republica Moldova. Astfel, prin ordinul Ministrului Sănătății nr. 469 din 25 decembrie 2007, a fost creat Centrul Național de Gerontologie și Geriatrie în componența Spitalului Clinic al Ministerului Sănătății, cu o capacitate de 40 de paturi geriatrice și laboratorul de cercetări științifice în domeniul gerontologiei și geriatriei (*figura 3*). De rând cu funcția de acordare a asistenței medicale geriatrice specializate, Centrul Național de Gerontologie și Geriatrie are misiunea de a contribui la promovarea politicii unice a statului în domeniul gerontologiei și geriatriei, cât și perfecționarea continuă a cadrelor medicale.

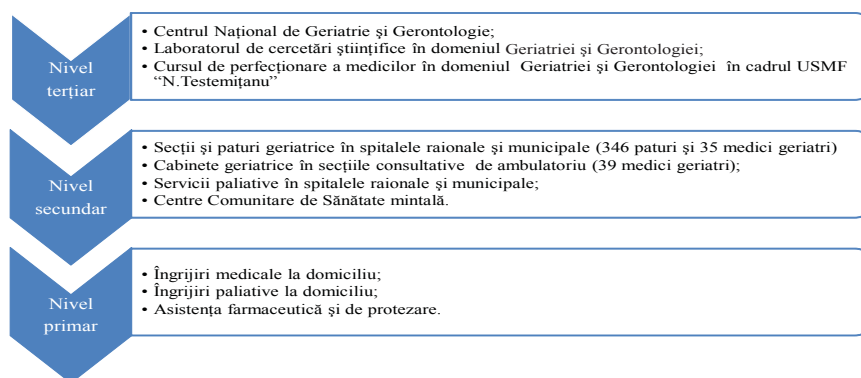


Figura 3. Structura Serviciului național de Geriatrie și Gerontologie

Concomitent, la 25 decembrie 2008, Ministerul Sănătății a emis ordinul nr.502 „Cu privire la organizarea asistenței medicale geriatrice în Republica Moldova”. Conform acestui act de reglementare, pentru prima oară în Republica Moldova a fost organizat serviciul specializat de geriatrie, cu desfășurarea în spitalele raionale, municipale și republicane a paturilor geriatrice (*tabelul 1*).

Conform calculelor efectuate, în baza formulei Hill-Burton, numărul necesar de paturi geriatrice pentru populația vârstnică din Republica Moldova constituie 392 de unități. Repartiția paturilor în spitalele raionale, municipale și republicane s-a realizat conform principiului uniformității dezvoltării serviciului și instituirii posturilor întregi (sau de 0,5 unități) de medici geriatri. Astfel, în raioanele

cu un număr de până la 6000 de persoane vârstnice, în secțiile de terapie s-au instituit 6 paturi geriatrice și 0,5 unități de medici geriatri, în raioanele cu un număr de vârstnici între 6001 și 12000 de persoane - 10 paturi geriatrice și un medic geriatru, iar în raioanele și municipiile cu un număr mai mare de 12001 persoane vârstnice - 20 de paturi și respectiv două unități de medici geriatrici. Astfel, în total au fost instituite 386 de paturi geriatrice. Numărul calculat de paturi geriatrice corespunde cu numărul instituit de paturi.

Tabelul 1

Numărul necesar de paturi geriatrice în Republica Moldova

| Numărul populației >65 de ani, a.2008 | Rata de internare în specialitatea de geriatrie la 100 de locuitori de vârstă >65 de ani | Durata medie de spitalizare în specialitatea geriatrie | Numărul calculat de paturi |
|---|--|---|-----------------------------------|
| 365530 | 3,7 | 9,0 | 392 |

Conform calculelor efectuate în baza formulei Hill-Burton, numărul necesar de paturi geriatrice pentru populația vârstnică din Republica Moldova constituie 392 de unități. Repartiția paturilor în spitalele raionale, municipale și republicane s-a realizat conform principiului uniformității dezvoltării serviciului și instituirii posturilor integrale (sau de 0,5 unități) de medici geriatri. Astfel, în raioanele cu un număr de până la 6000 de persoane vârstnice, în secțiile de terapie s-au instituit 6 paturi geriatrice și 0,5 unități de medici geriatri, în raioanele cu un număr de vârstnici între 6001 și 12000 de persoane - 10 paturi de geriatrice și 1 unitate de medic geriatru, iar în raioanele și municipiile cu un număr mai mare de 12001 persoane vârstnice - 20 de paturi și respectiv două unități de medici geriatrici. În total au fost instituite 386 de paturi geriatrice. Numărul calculat de paturi geriatrice corespunde cu numărul instituit de paturi.

În secțiile consultative au fost fondate cabinete geriatrice, deservite de 79 de medici specialiști. Conform ordinului au fost operate modificările necesare în schemele de state.

La nivel de asistență medicală primară și secundară, în conformitate cu ordinul Ministrului sănătății Nr. 333 din 19.08.08 în țară a fost organizat Serviciul de îngrijiri medicale la domiciliu, iar în conformitate cu ordinul Nr. 154 din 1 iunie 2009 – Serviciul de îngrijiri paliative.

De rând cu crearea structurilor necesare, Ministerul Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină, de comun acord cu alți parteneri guvernamentali și neguvernamentali au elaborat și implementat cadrul de reglementare pentru procesele de bază ale serviciului geriatric și de asistență medicală prestate persoanelor vârstnice. În anul 2008 au fost elaborate, testate și implementate normele metodologice de supraveghere a bolnavilor cu afecțiuni de lungă durată, protocoale clinice naționale bazate pe dovezi, s-au calculat costurile cazurilor geriatrice tratate în spitale și de îngrijiri la domiciliu, în baza cărora Compania Națională de Asigurări în Medicină a realizat contractarea deplină a prestatorilor de servicii, au fost elaborate normativele de paturi și cadre medicale geriatrice, s-au aprobat regulamentele privind îngrijirile medicale la domiciliu și paliative, s-a elaborat lista medicamentelor și dispozitivelor medicale necesare pentru cazurile tratate la domiciliu. Prin emiterea și implementarea acestor reglementări sistemul de sănătate din Republica Moldova a realizat pași concreți de aderare la Standardele internaționale, în domeniul asistenței medicale prestate persoanelor vârstnice, inclusiv realizarea cerințelor compartimentului medical al „Planului Internațional de Acțiuni de la Madrid privind îmbătrânirea”, elaborat de Organizația Națiunilor Unite în anul 2002.

Crearea serviciului de geriatrie va contribui la sporirea accesului populației vârstnice la asistență medicală specializată de profil, prin punerea la dispoziție a condițiilor necesare diagnosticului precoce și tratamentului specific, cu ameliorarea indicatorilor de sănătate a acestei pătri a populației.

Despre sporirea accesului persoanelor vârstnice la serviciile de sănătate vorbesc elocvent datele statistice și indicatorii de activitate a instituțiilor medicale. Așa dar, conform estimărilor efectuate, numărul de persoane vârstnice tratate în spitale a constituit în anul 2008 - 124.435 de cazuri, sau cu peste 12 mii de cazuri mai mult față de anul 2007. Aceeași tendință se menține și în prima jumătate a anului 2009, când în condiții de staționar s-au tratat peste 70 de mii de vârstnici, inclusiv 2602 în

secțiile de geriatrie create în acest an. Ponderea bolnavilor vârstnici tratați în spitalele țării constituie 26 - 26%, iar intensitatea spitalizărilor printre reprezentanții acestei grupe de populație este de aproximativ două ori mai mare în comparație cu populația generală.

Concluzii

1. Creșterea rapidă a segmentului de populație „foarte bătrână” reprezintă o provocare pentru sistemul de sănătate, deoarece populația în vârstă este cel mai mare consumator de asistență medicală și socială, ale cărei costuri se achită de obicei de către populația producătoare.
2. Dezvoltarea serviciului național geriatric urmează să fie consolidat pe toate segmentele și la toate nivelele de asistență medicală, în funcție de nevoile populației vârstnice.
3. Sporirea accesului la servicii medicale specializate poate îmbunătăți substanțial calitatea vieții persoanelor vârstnice.

Bibliografie selectivă

1. Bloom, D.E., Canning, D., Graham, B. Longevity and life cycle savings. *Scandinavian Journal of Economics*. 2003, 105: 319 - 228.
2. European Observatory on Health Systems and Policies series, Policy brief: „Capacity planning in health care: a review of the international experience”, by Stefanie Ettelt and joint authors, WHO European Centre for Health Policy, 2008.
3. Goddard, M. Priority setting in health – a political economy perspective. *Health Economics, Policy and Law*. 2006, 1:79 – 90.

Rezumat

Studiul elucidează prognozele numărului de persoane vârstnice și direcțiile strategice de consolidare a serviciului geriatric în Republica Moldova. S-a demonstrat că instituirea și funcționarea serviciului geriatric contribuie la sporirea accesibilității asistenței medicale acordate persoanelor vârstnice.

Summary

The survey reveals the forecasts of the number of elderly people and strategic directions of strengthening the geriatric service in the Republic Moldova. There are evidences that establishment and operation of geriatric service contributes to the increase in accessibility to healthcare provided to elderly people.

DINAMICA MORTALITĂȚII INFANTILE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Zina Cobâleanu, dr. în medicină, **Galina Maistrenco**, dr. în medicină,
Centrul Național de Management în Sănătate

Introducere

În statistica mortalității, o atenție deosebită se acordă celei infantile, dat fiind faptul că acest indice este unul dintre cei mai sensibili în evaluarea stării de sănătate a populației. El este determinat de factorii, care caracterizează nivelul de trai și al dezvoltării social-economice a țării, are o influență evidentă, contribuind la majorarea sau micșorarea longevității populației, mai este un indicator calitativ în activitatea instituțiilor medicale. Astfel, mortalitatea infantilă este unul dintre indicatorii-cheie privind calitatea vieții.

Rezultate

După realizarea unei statistici la nivel de țară, constatăm că rata mortalității infantile generale în perioada anilor 2004-2008 este în evidentă stabilizare: 12,2‰ în 2004, 11,8‰ – în 2006, 11,3‰ – în 2007 și revine la rata de 12,2‰ – în 2008 (*figura 1*).

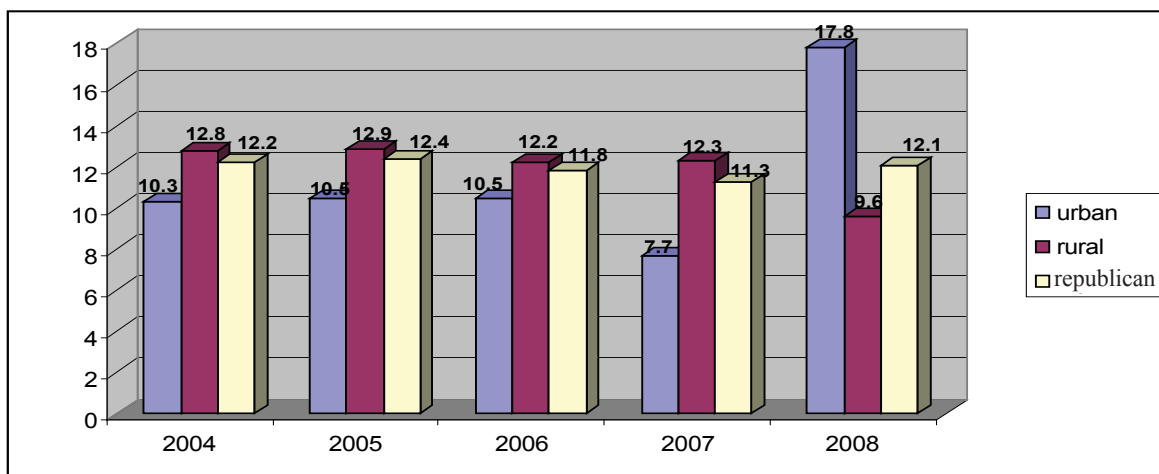


Fig.1. Dinamica mortalității infantile în Republica Moldova, la diferite niveluri, în anii 2004-2008 (%)

Potrivit bazei de date europene, mortalitatea infantilă în această regiune este net mai scăzută față de Republica Moldova și cu tendințe apreciabile de scădere. În comparație cu țările CSI, ne aflăm practic la același nivel (figura 2).

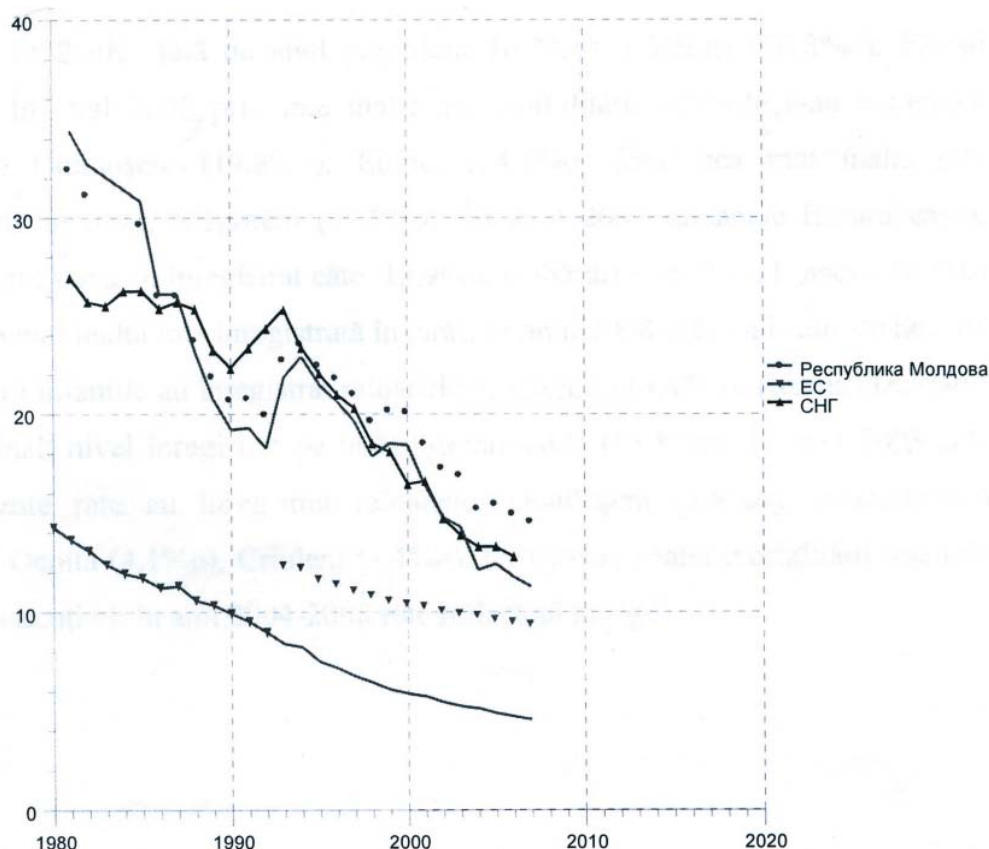


Fig.2. Dinamica mortalității infantile în Republica Moldova, în comparație cu UE și CSI

Situația, pe care o reflectă statisticile ultimilor ani, denotă că în Republica Moldova, aceeași tendință se menține atât la nivel de municipii cât și de raioane. În mediul rural, rata mortalității infantile a înregistrat o dinamică de: 12,8‰ (a.2004), 12,9‰ (a.2005), 12,2‰ (a.2006), 12,3‰ (a. 2007). În anul 2008 se remarcă reducerea de până la 9,6 cazuri la 1000 de născuți vii, în oraș rata mortalității infantile stabilizându-se la nivelul de 10,3 la 1000 de născuți vii în anul 2004, la câte 10,5‰ în 2005 și 2006. În anul 2007, comparativ cu anul 2006, se evidențiază un declin de până la 7,7‰, urmată de un salt de până la 17,8 la 1000 de născuți vii.

Valori ale ratei mortalității infantile mai înalte decât media pe țară în anul 2004 sunt înregistrate în raionul Cantemir (20,7‰). Rate înalte ale mortalității infantile în anul 2004 au mai înregistrat raioanele: Drochia (19,5‰), Nisporeni (18,2‰), Taraclia (18,6‰). În anul 2005, cele mai înalte rate ale mortalității infantile au înregistrat raioanele: Șoldănești (25,0‰) (cu cea mai înaltă rată în țară, și o creștere de 2,6 ori față de anul precedent), Basarabeasca - 20,4‰ (o majorare de 2 ori față de anul precedent 10,2‰), Călărași (20,3‰), Fălești (18,8‰). În anul 2006, prin rate înalte ale mortalității infantile, s-au evidențiat raioanele: Dondușeni (19,8‰), Edineț (24,1‰, fiind cea mai înaltă rată înregistrată în țară), Nisporeni (18,9‰). În anul 2007 raioanele Basarabeasca, Hâncești și Leova au înregistrat câte 15,9‰, Dubăsari - 16,1‰, Edineț - 18,3‰ (fiind cea mai înaltă rată înregistrată în țară). În anul 2008 cele mai ridicate rate ale mortalității infantile au înregistrat raioanele: Cantemir (14,4‰), Rezina (18,3‰ - cel mai înalt nivel înregistrat pe țară), Ștefan-Vodă (15,8‰). În anul 2008 cele mai scăzute rate au înregistrat raioanele: Dondușeni (2,8‰), Basarabeasca (3,7‰), Ocnița (4,1‰), Criuleni (4,4‰). Distribuția ratei mortalității infantile la 1000 de născuți vii în anii 2004-2008 este reflectată în figura 3.

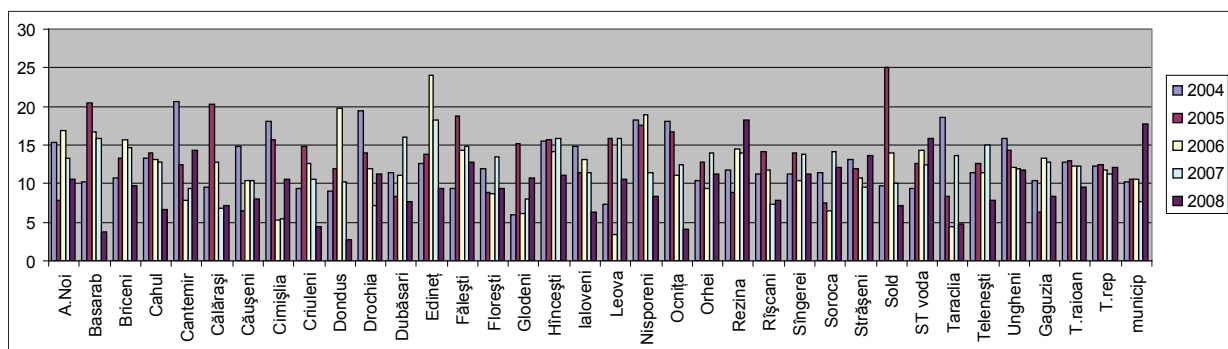


Fig.3. Dinamica mortalității infantile în raioanele Republicii Moldova, (2004-2008, ‰)

Cele mai valoroase date ne sunt oferite de mortalitatea specifică pe cauze de deces (figura 4). Distribuția după cauze a mortalității infantile arată că pe prim-plan sunt plasate „Unele afecțiuni ale căror origine se situează în perioada perinatală” și au tendința de stabilizare la nivelul de 3,9‰ în anii 2006 și 2007. Apogeul a fost înregistrat în anul 2005, cu rata de 4,2 la 1000 de născuți vii.

La o distanță mică sunt clasate Malformațiile congenitale și cromozomiale, care pe parcursul ultimilor ani au tendința de scădere (3,9‰ în anul 2004, la 3,8‰ – în 2005; 3,6 la 1000 de născuți vii – în 2006, 2,8‰ – în 2007 și 3,9‰ – în 2008). O rată de aproape 2 ori mai joasă înregistrează bolile aparatului respirator (2,1‰; 2,0‰; 2,2‰, 1,8‰ și 1,8‰ respectiv pe anii 2004-2008), cărora li se atribuie locul III. Bolile infecțioase, clasate pe locul IV, sunt situate la o distanță considerabilă față de cauzele menționate. Rata mortalității din această cauză oscilează între 0,6‰ (anul 2004), 0,7‰ (anul 2005) și se stabilizează la nivelul de 0,4 în 2006, 2007 și 0,3‰ – în 2008.

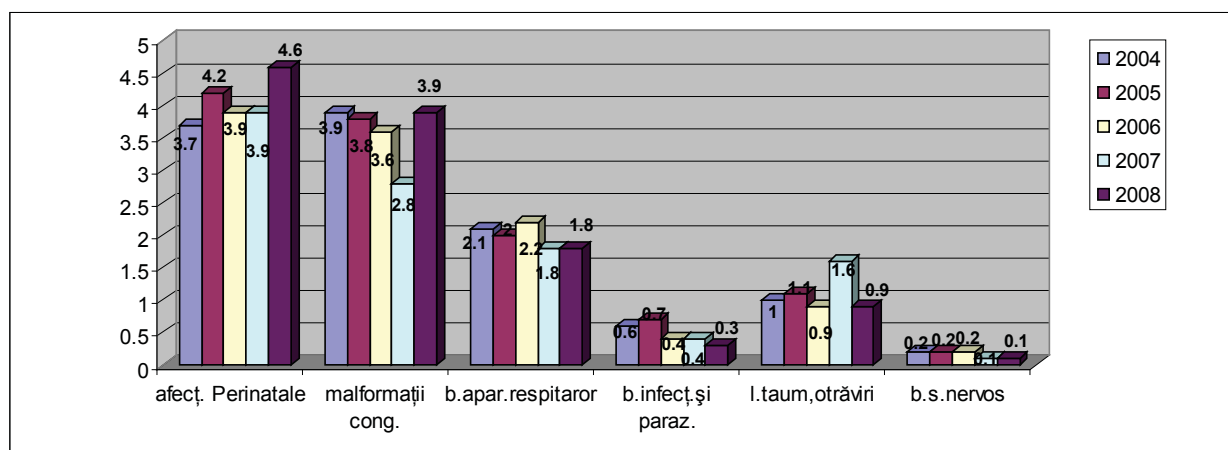


Fig. 4. Dinamica mortalității infantile în Republica Moldova după principalele cauze de deces, anii 2003-2007 (‰)

O analiză a cauzelor de deces, la grupa de vârstă de până la un an, evidențiază rolul afecțiunilor perinatale (figura 5). Astfel, am constatat o stabilizare a acestui indicator: 11,2‰; 11,5‰ respectiv în anii 2004 și 2005, urmată de o scădere de până la 10,5‰ în 2006 și 10,3 în 2007. În anul 2008 se înregistrează o creștere bruscă a ratei mortalității infantile până la 13,7 la 100 de născuți vii și morți, sau o rată de 1,3 ori mai înaltă față de anul precedent. Același tablou se înregistrează și la nivel de municipii (10,6‰; 9,9‰; 9,9‰; 7,7‰, pe anii 2004, 2005, 2006, 2007 respectiv). Astfel, înregistrându-se o creștere bruscă până la 13,7‰ sau de 3,7 ori mai înaltă în 2008 față de anul 2007. La nivel de raioane (11,3‰; 11,9‰; 10,9‰; 10,9‰; 10,9‰), dar urmată de o scădere bruscă de aproape 1,5 ori față de anul precedent.

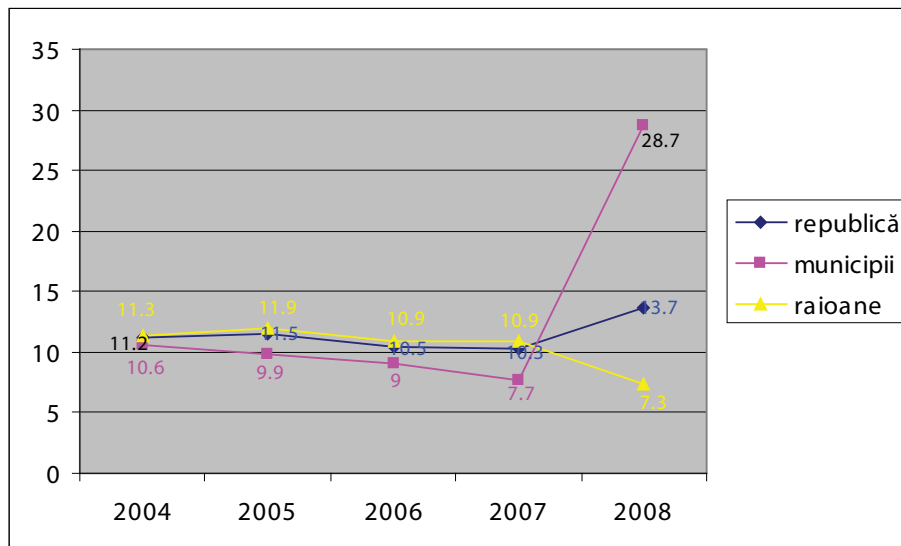


Fig.5. Dinamica mortalității perinatale în Republica Moldova la diferite niveluri, anii 2004-2005

Valori ale mortalității infantile mai înalte sunt raportate în primele ore ale nașterii. Astfel, mortalitatea la nivel de republică, cu 5,8‰ în 2004, a manifestat o puțină creștere până la 5,9‰ în 2005, urmată de o scădere până la 5,2‰ în 2006 și 2007. În anul 2008 a avut loc o creștere spectaculoasă de până la 7,6 la 1000 de născuți vii și morți. În municipii, acest indicator a înregistrat rate mai joase (5,5‰, 4,7‰; 4,4‰; 4,6‰) față de raioane (5,9‰; 6,2‰; 5,4‰; 5,4‰). Această situație s-a menținut până în anul 2008, când la nivel de municipii se înregistrează o rată de 14,0 la 1000 de născuți vii, iar în raion – aproape de 3 ori mai joasă (4,8‰), (figura 6).

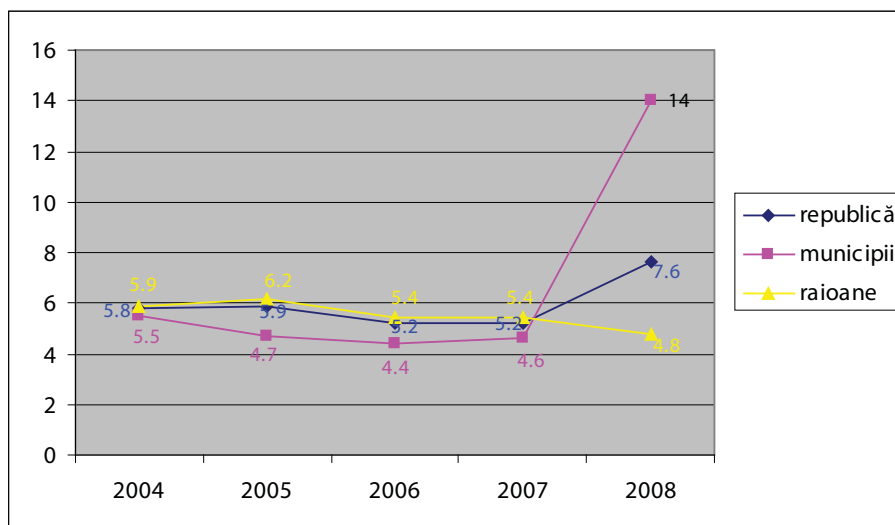


Fig.6. Dinamica mortinatalității în Republica Moldova la diferite niveluri, anii 2004-2008, (‰)

Potrivit datelor statistice, în comparație cu țările Uniunii Europene, Republica Moldova și la acest compartiment înregistrează cifre înalte, pe când față de țările CSI noi ne situăm pe o poziție mai favorabilă (figura 7).

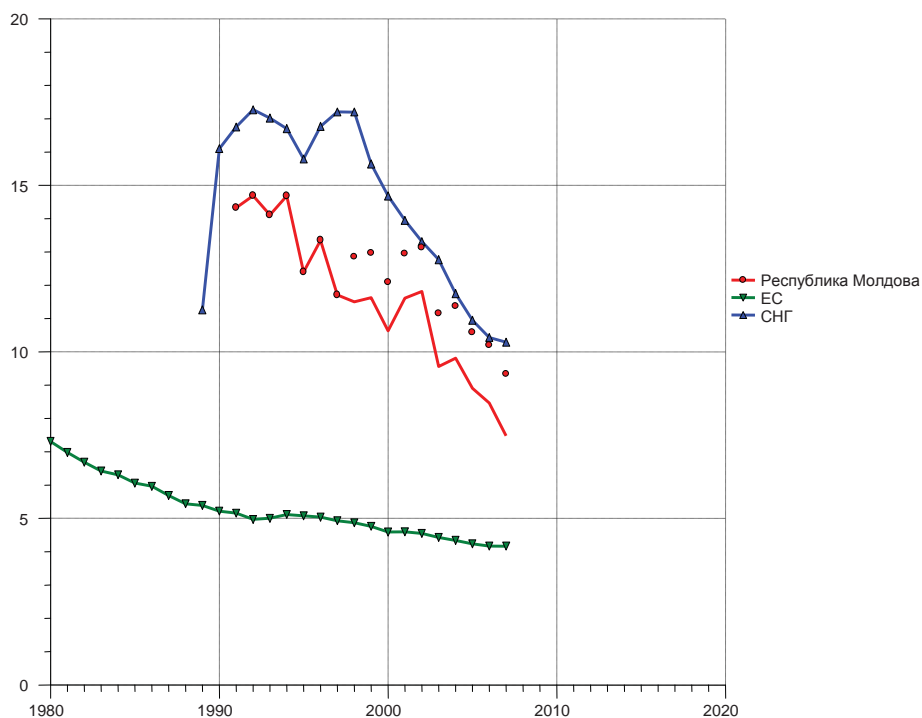


Fig. 7. Dinamica mortalității în Republica Moldova față de țările UE și CSI

Conform rezultatelor studiului, în perioada anilor 2004-2008, rata mortalității neonatale precoce în Republica Moldova s-a menținut aproape stabilă (5,4‰; 5,7‰; 5,4‰; 5,1‰), cu o creștere bruscă de până la 6,2 la 1000 de născuți vii în anul 2008 (figura 8).

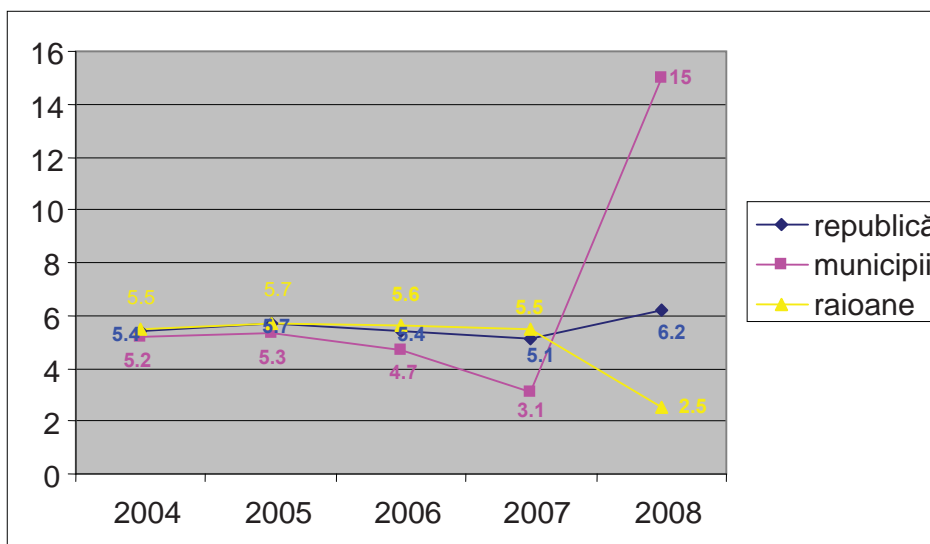


Fig. 8. Dinamica mortalității neonatale precoce în Republica Moldova la diferite niveluri, anii 2004-2008, (‰)

Această situație s-a înregistrat la nivel de municipii: 5,2‰; 5,3‰; 4,7‰; 3,1 la 1000 de născuți vii. În anul 2008 s-a înregistrat o creștere de 4,8 ori față de anul precedent (15,0‰). La nivel de raioane, rata mortalității neonatale precoce s-a stabilizat (5,5‰; 5,7‰; 5,6‰; 5,5‰), iar în 2008 s-a înregistrat o scădere de până la 2,5 la 1000 de născuți vii.

Din *figura 9* se vede că și acest indicator în țările Uniunii Europene este net mai jos față de Republica Moldova. Cu toate că țările CSI au un indicator mai ridicat față de cel pe UE, totuși este mai scăzut față de Republica Moldova.

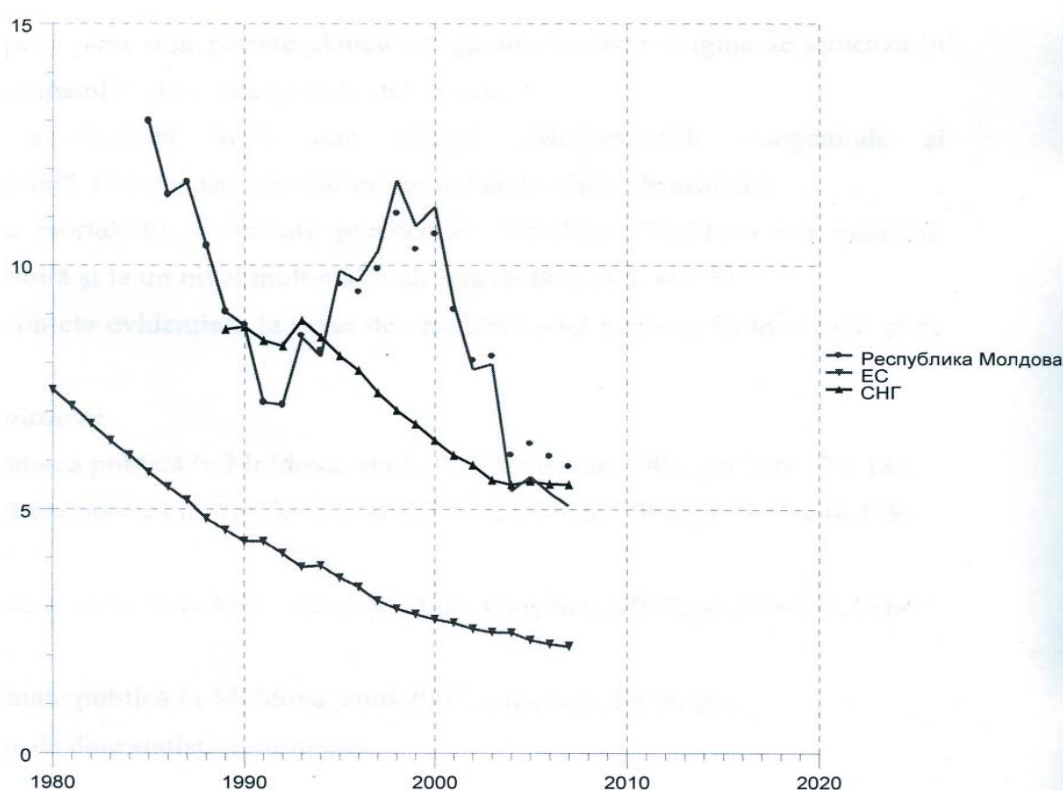


Fig. 9. Dinamica mortalității neonatale precoce în Republica Moldova în comparație cu țările UE și CSI

Concluzii

Rezultatele acestui studiu arată că mortalitatea infantilă este unul dintre indicatorii-cheie privind calitatea vieții, deoarece reflectă fidel starea actuală în Republica Moldova, în materie de dezvoltare economică, socială și deopotrivă calitatea și accesul la asistența medicală, precum și măsura, în care societatea este capabilă de a apăra viața în primele zile, săptămâni și luni.

Studiul a demonstrat că rata mortalității infantile generale, cu toate că este net mai înaltă față de țările UE și CSI, s-a stabilizat și are o nepronunțată tendință de scădere.

Pe prim-plan sunt plasate unele afecțiuni, a căror origine se situează în perioada perinatală și care au tendință de stabilizare. La o distanță mică sunt clasate „Malformațiile congenitale și cromozomiale”, care pe parcursul ultimilor ani au tendință de scădere.

Rata mortalității neonatale precoce în Republica Moldova s-a menținut aproape stabilă și la un nivel mult mai înalt față de țările UE și CSI. Tendințele evidențiate la nivel de republică sunt aceleași în municipii și pe raioane.

Bibliografie selectivă

1. Sănătate publică în Moldova, anul 2004, Chișinău 2005, pp. 156-157, 180.
2. Sănătate publică în Moldova, anul 2005, Chișinău, 2006, pp. 147-148, 159-160.
3. Sănătate publică în Moldova, anul 2006, Chișinău, 2007, pp. 149-150, 161-162.
4. Sănătate publică în Moldova, anul 2007, Chișinău, 2008.
5. Baza de date statistice europene.

Rezumat

Mortalitatea infantilă este unul dintre indicatorii-cheie privind calitatea vieții, deoarece reflectă fidel starea actuală în Republica Moldova în materie de dezvoltare economică, socială și deopotrivă starea, calitatea și accesul la asistența medicală, precum și măsura în care societatea este capabilă de a apăra viața în primele zile, săptămâni și luni. Rata mortalității infantile generale are o evidentă tendință de stabilizare.

Pe prim-plan sunt plasate unele afecțiuni, a căror origine se situează în perioada perinatală și care au tendință de stabilizare. La o distanță mică sunt clasate malformațiile congenitale și cromosomiale, care pe parcursul ultimilor ani au tendință de scădere.

Rata mortalității neonatale precoce în Republica Moldova s-a menținut aproape stabilă. Tendințele evidențiate la nivel de republică sunt aceleași în municipii și pe raioane.

Summary

Infant mortality is one of the key indicators of quality of life as very accurately reflects the current status in Republic of Moldova in terms of economic development, social and a parallel state, and access to quality healthcare, and the extent to which the society is able to defend life in the first days, weeks and months.

The infant mortality rate has an obvious general trend of stabilization.

The first plan is placed "Some problems whose origin lies in the prenatal period" and have a stabilization trend. At a small distance are ranked "chromosomal and birth defects", which during the last years trend of decrease.

Early neonatal mortality rate in Moldova remained almost stable.

Trends highlighted at the republic are the same in municipalities and regions.

ULTRASONOGRAFIA - METODĂ DE ELECTIE ÎN APRECIEREA MASEI PROBABILE A FĂTULUI

Carolina Cucu, medic ecografist, **Dorina Darii**, dr. în medicină Centrul Medical Diagnostic „Modus Vivendi”, Centrul Național de Management în Sănătate

Actualitatea temei

Aprecierea masei probabile a fătului are o importanță clinică majoră în alegerea unui algoritm optim de conduită a nașterii, a metodei și timpului de rezolvare a sarcinii, îndeosebi în cazurile cu feți macrosomi sau hipotrofi. Pentru aprecierea masei probabile a fătului, au fost propuse mai multe metode clinice (Bublicenko, Iakubovici, Jordania, Jonson, Lancovet ș.a.), însă exactitatea în utilizarea acestor metode este insuficientă și în mare măsură depinde de experiența medicului. Cele mai importante greșeli se întâlnesc în situațiile cu polihidramnios și obezitate maternă.

Odată cu utilizarea în practica de clinică a examenului ultrasonor au fost propuse mai multe formule de calcul al masei probabile a fătului, paralel obținându-se rezultate mult mai convingătoare (veridice), comparativ cu metodele clinice. Rezultatele examenului ultrasonografic, în mare măsură depind de exactitatea aprecierii parametrilor ultrasonografici.

Scopul lucrării

Scopul lucrării este de a compara veridicitatea rezultatelor, în urma calculării masei probabile a fătului, aplicând mai multe metode de calcul, atât clinice, cât și paraclinice.

Materiale și metode

Studiul a fost realizat în cadrul Centrului Medical Diagnostic „Modus Vivendi”. Am efectuat o cercetare complexă, prin analiză retrospectivă, în baza a 254 de cazuri medicale, prezentate prin sarcini și nașteri la termen, fără patologie a lichidului amniotic. În matricea de corelație au fost incluși următorii parametri clinici: talia fătului (în centimetri), masa probabilă a fătului (în kilograme), circumferința abdomenului și înălțimea fundului uterin al gravidei (în centimetri).

Au fost formate 4 loturi (grupuri) de cercetare, în dependență de greutatea mamei:

| | | |
|-----|---------------|----------------------|
| I | 71 de cazuri | 52kg ≥ Masa < 68 kg |
| II | 128 de cazuri | 68kg ≥ Masa < 84 kg |
| III | 44 de cazuri | 84kg ≥ Masa < 100 kg |
| IV | 11 cazuri | Masa ≥ 100 kg |

În studiu au fost aplicate următoarele metode clinice de calcul ale masei probabile a fătului:

| | |
|----------------------------|--|
| Formula Iacobova: | $(IFU + CA) / 4 * 100$ |
| Formula Jordania: | $IFU * CA$ |
| Formula Bublicenco: | M / 20 (dacă greutatea mamei > 90 kg nu se utilizează) |
| Formula Jonson: | $(IFU - 15) * 155$ |
| Formula Lancovet: | $(T + M + IFU + CA) * 10$ (*11 dacă M > 90 kg) |

unde IFU – înălțimea fundului uterin (cm), CA – circumferința abdomenului (cm), M – greutatea mamei (kg), T – talia mamei (cm).

De asemenea, în matricea de corelație au fost incluși următorii parametri ultrasonografici ai fătului: circumferința craniană, circumferința abdomenului și lungimea femurului (în centimetri). În studiul datelor ultrasonografice am aplicat formula de calcul a masei fetale probabile după Strijakov – Bunin – Medvedev:

$$M = CC * 61,62 + CA * 143,32 + LF * 274,16 - 5500,91$$

unde: M – masa probabilă a fătului în grame, CC – circumferința craniană în centimetri, CA – circumferința abdomenului în centimetri, LF – lungimea femurului în centimetri.

Reprezentativitatea eșantionului este pentru femeile gravide din republică. Eroarea maximală trebuie să fie de ± 3%. Veridicitatea studiului a fost apreciată prin calcularea erorilor standard ale valorilor relative (ESp) și a erorilor standard ale valorilor medii (ESm), criteriului „t” student.

Rezultate și discuții

Rezultatele grupei I de studiu (figura 1) demonstrează, că masa probabilă a fătului, obținută cu ajutorul formulei Strijakov, este cea mai aproape de realitate, având o eroare medie de 112 grame (3.7%). De asemenea, din grafic se evidențiază metoda de calcul după Iacobova, care are cea mai mică eroare medie dintre cele 5 metode clinice de calculare a masei probabile fetale, aceasta constituind 116 grame (3.84%).

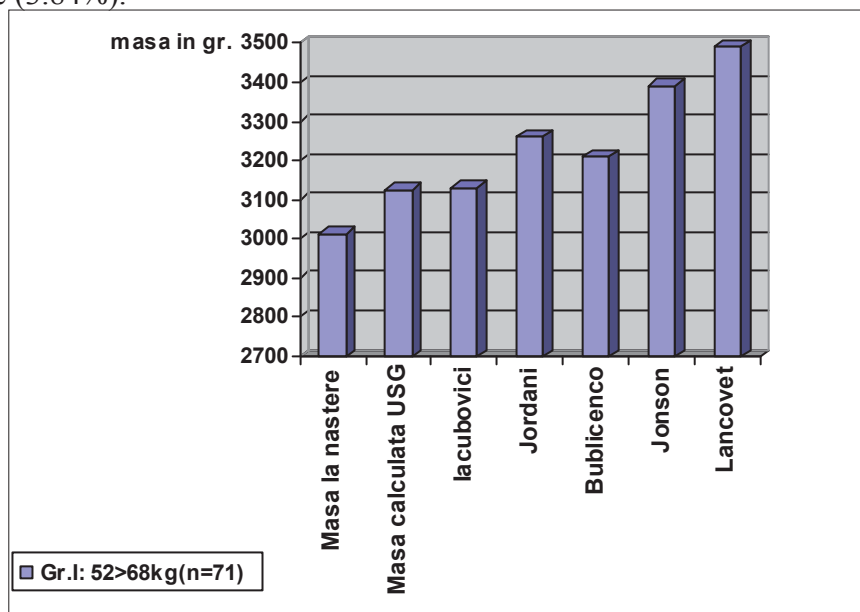


Figura 1. Rezultatele medii de calculare a masei probabile a fătului la mamele din grupa I

Astfel, din considerente practice această formulă nu cedează metodei ultrasonografice. Eroarea medie în formula lui Jordania este de 248 de grame (8.22%), după Bublicenco este de 196 de grame

(6.5%). Cele mai mari erori de calcul au fost sesizate în formulele după Jonson și Lancovet, cu devierea medie respectiv de 378 de grame (12.5%) și 476 de grame (15.79%).

În grupul II de studiu (*figura 2*) s-a constatat, că rezultatele obținute prin metoda ultrasonografică sunt cele mai optime, comparativ cu rezultatele metodelor clinice, deoarece eroarea medie a formulei Strijakov constituie 153 de grame (4.49%). De asemenea, formula după Iacubova are cea mai mică eroare medie dintre toate metodele clinice studiate, constituind 179 de grame (5.25%).

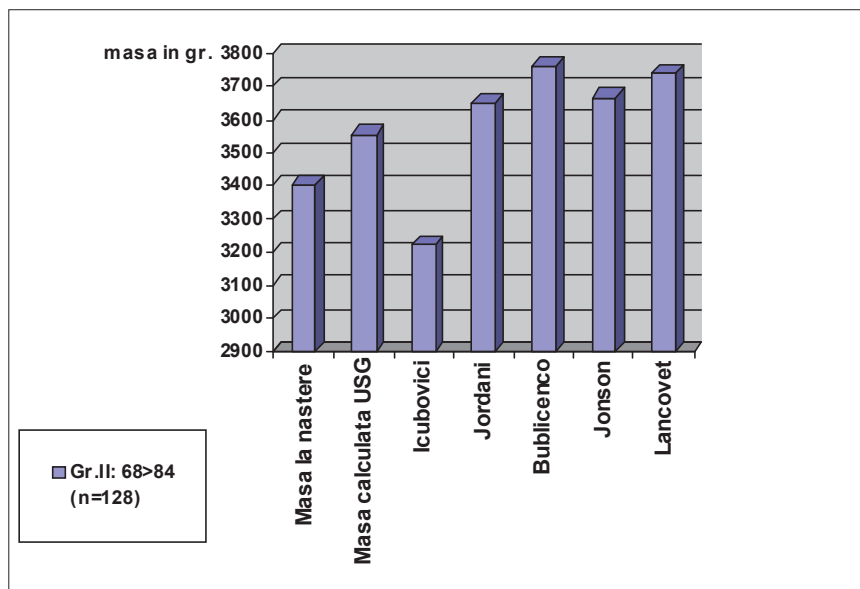


Figura 2. Rezultatele medii de calculare a masei probabile a fătului la mamele din grupa II

În rezultatul prelucrării acestor date, s-a demonstrat că eroarea medie după formula Jordania este de 246 de grame (7.22%), iar după formula Jonson este de 262 de grame (7.69%). Metoda după Bublicenco este una cu cea mai mare abatere de la realitate, având eroarea medie de 355 de grame (10.43%). Formula lui Lancovet prezintă o eroare de 334 de grame (9.81%).

La analiza rezultatelor grupei III de studiu (*figura 3*) se urmărește aceeași tendință ca în graficele precedente, care demonstrează prevalența formulei Strijakov comparativ cu celelalte metode, având o eroare medie ce nu depășește 171 de grame (4.67%). Printre rezultatele obținute cu ajutorul metodelor clinice, formula Iacubova s-a observat a fi cea mai optimă în acest grup de studiu, care a obținut o eroare medie de la masa *de facto* de 213 grame (5.82%). În pronosticul după formula Jordania, eroarea medie a echivalat cu 439 de grame (12%). Formula Bublicenco s-a aplicat pentru 23 de cazuri din acest grup, în care greutatea mamei a fost până la 90 de kilograme. Rezultatul ei a demonstrat o eroare de 651 de grame (17.79%). Eroarea medie de calcul a masei probabile a fătului după formula Jonson a constituit 235 de grame (6.42%), iar cu ajutorul formulei Lancovet – 459 de grame (12.54%).

În grupul IV de studiu (*figura 3*) masa medie la naștere a constituit 3959 de grame. Ca și în primele trei grupe de studiu, la calcularea erorii medii s-a observat că prin utilizarea datelor ultrasonografice se obțin cele mai veridice rezultate. Astfel, pentru formula Strijakov, eroarea medie a constituit 135 de grame (3.4%), masa medie probabilă fiind de 4094 de grame. Masa medie calculată prin formula Iacubova a fost de 4189 de grame, corespunzător și eroarea medie de 230 de grame este cel mai bun rezultat clinic. Formula Jordania a dat rezultate cu cea mai mare eroare care a valorat 1130 de grame (28.54%) la o masă medie probabilă de 5089 de grame. Prelucrarea datelor pentru formula Bublicenco nu s-a efectuat, deoarece greutatea mamelor din această grupă de studiu depășește 90 de kilograme. Eroarea medie pentru metoda Jonson a depășit valoarea medie reală cu 409 grame (10.33%), prezentând o masă probabilă medie de 4368 de grame. Calculul efectuat prin metoda Lancovet a pronosticat o greutate medie la naștere de 4860 de grame, ceea ce a depășit valoarea *de facto* cu 901 grame (22.75%).

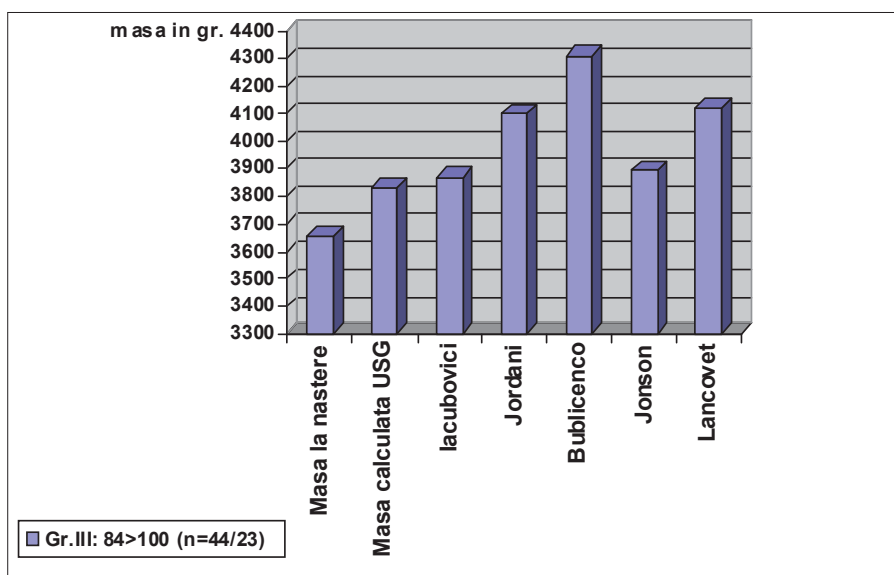


Figura 3. Rezultatele medii de calculare a masei probabile a fătului la mamele din grupa III

Prima încercare de a calcula masa probabilă a fătului a fost efectuată de V. N. Demidov, însă dezavantajul acesteia a fost eroarea relativ mare în calculul, care constituia în mediu 251 de grame. Studii asemănătoare au fost efectuate mai târziu de M. Klimek, însă în această lucrare se descriu datele foarte precise. De exemplu, în grupul cu femei sănătoase, eroarea în pronosticul greutateii fetale a fost în mediu de 18.3 grame. În grupul de femei cu sterilitate în anamneză și o graviditate, ce a decurs fiziologic, eroarea a constituit 133.7 grame, iar în grupa mamelor cu sterilitate în anamneză și graviditate pe fon de eminență de întrerupere a sarcinii sau a nașterii premature, ea s-a stabilit la un nivel mai ridicat, echivalând cu 187.7 grame, care practic coincide cu rezultatele studiului nostru.

Concluzii

Acest studiu ne-a permis să comparăm veridicitatea rezultatelor, în urma calculării masei probabile a fătului, aplicând mai multe metode de calcul, atât clinice, cât și paraclinice. În studiul efectuat, am determinat că examenul ultrasonografic este o metodă de elecție în aprecierea masei probabile a fătului.

În baza celor menționate în urma cercetării, remarcăm următoarele date:

1. Ultrasonografia este o metodă de elecție în aprecierea masei probabile a fătului.
2. Obținerea rezultatelor veridice necesită parametri exacti ai fetometriei ultrasonografice.
3. Dintre metodele clinice utilizate, formula după Iacobovici prezintă o veridicitate mai mare.
4. Obezitatea maternă denaturează rezultatele obținute prin metodele clinice.

Bibliografie selectivă

1. Deter, R., Stefos, T., Harrist, R., Hill, R. Detection of intrauterine growth retardation in twins using individualized growth assessment. Evaluation of third-trimester growth and prediction of growth outcome at birth, J. Clin. Ultrasound, 1992, Nov-Dec.
2. Демидов, В., Розенфельд, Б. Ультразвуковая компьютерная фетометрия. Определение массы и роста плода в III триместре беременности, УЗ-диагностика, 1996, N. 1.
3. Hadlock, F., Harrist, R. et al. Sonographic estimation of fetal weight, Radiology, 1984.
4. Hansmann, M., Hackeloer, B., Staudach, A. et al. Ultrasound diagnosis in obstetrics and gynecology, Berlin, Springer Verlag, 1986.
5. Hobbins, J. In Book: Operation manual for ultrasound System for fetal growth measurement, Toshiba Corp., Amsterdam, 1992.
6. Klimek, M., Fraczek, A., Hann, R. et al. Prospective clinical evaluation of fetal weight gain in late pregnancy by means of computer aided fetometry, Archivio di ostetricia e ginecologia, Fasc., 1994, N. 2.
7. Luca, V. Diagnostic și conduită în sarcina cu risc crescut. București, 1989, p. 694.

8. UNICEF. The State of the World's Children 1996, 1997, 1998, 1999. New York: United Nations Children's Fund, Oxford University Press, 1999.

9. Shepard, M., Richard, V., Berkovitz, R. et al. An evaluation of two equations for predicting fetal weight by ultrasound, Amer. J. Obstet. Gynecol., 1982, Vol. 142, N. 1.

10. Стрижаков, А., Бунин, А., Медведев, М. Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике, Москва, Медицина, 1990.

Rezumat

În obstetrica modernă prezintă un real interes compararea datelor metodelor clinice și a celei ultrasonografice de calculare a masei probabile a fătului. Conform datelor din literatură, metodele clinice cedează prin exactitate metodei ultrasonografice. În scopul de îmbunătățire a rezultatelor ultrasonografice se recomandă o precizie mai mare a datelor fetometrice.

Summary

Ultrasonographic results – the method of determination of the estimated weight of fetuses

The contemporary obstetrics interest retrospective analysis of delivery cases, where was performed a comparison between ultrasonographic and clinical methods of determination of the estimated weight of fetuses. The article exposed that the clinical methods concede by precision the ultrasonographic method and recommend a more exact determination of fetometric measurement to ameliorate the ultrasonographic results.

PARTICULARITĂȚI ALE FENOMENULUI ABANDONULUI COPILULUI DE VÂRSTA 0-7 ANI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Irina Malanciuc, competitor

Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”

Introducere

Sistemul de protecție a copilului, în Republica Moldova, parcurge o etapă contradictorie. Deși s-au realizat multiple acțiuni, consacrate reformelor în domeniu, rămâne actuală necesitatea unei permanente construcții, adaptări și readaptări succesive în domeniul protecției copilului aflat în dificultate și a familiei acestuia la realitățile sociale și economice în continuă transformare.

Evidențierea, analiza și structurarea problemei abandonului copilului vine ca o componentă de bază în elaborarea măsurilor de protecție a copilului abandonat, de la cele mai timpurii vârste, când este cel mai frecvent identificat abandonul acestuia.

Studiul cercetează fenomenul abandonului copilului de vârstă 0-7 ani în Republica Moldova, în contextul social-economic și cultural prezent, având ca centru de greutate: copilul și familia acestuia, procesele ce-l însoțesc pe traseul evoluției sale în această ipostază foarte complexă și dificilă de soluționat – copil abandonat.

Politicile de protecție, dezvoltate de stat în perioada 1990-2009, recunosc existența problemei copilului abandonat și dificultățile cu care se confruntă familia cu risc de abandon.

Statul dorește să ofere protecție, dar nu are la dispoziție decât moștenirea instituțională a trecutului său, lipsindu-i timpul de a-și dezvolta o nouă structură instituțională. Și atunci, familia în criză, din proprie inițiativă sau prin intermediul unor diverși actori, de care ne vom ocupa în studiul prezent, delegă sarcina îngrijirii copilului către stat, care nu poate interveni decât prin structura instituțională ce o are la dispoziție.

Studiul de față își propune să ofere informații pertinente cu privire la amploarea și cauzele care declanșează acest fenomen, precum și informații referitoare la condițiile de viață existente în instituțiile rezidențiale și serviciile oferite copiilor după părăsirea acestora.

Metodologia studiului

Studiul a vizat toate instituțiile unde, de regulă, sunt abandonați copiii cu vârste cuprinse între 0-7 ani, care se află în subordonarea a trei ministere (sănătății, educației, muncii și protecției sociale) și a unei instituții create de o organizație neguvernamentală (ONG). Aceste instituții sunt reprezentate

prin maternități și secții de maternități, spitale și secții pediatrice, centre de plasament, școli internat și case de copii.

Perioada supusă studiului cuprinde anii **2002 - 2007**. Toți copiii, care au fost identificați ca fiind abandonați pentru prima dată, au fost supuși evaluării.

Scopul și obiectivele studiului

Scopul acestui studiu este de a evalua fenomenul abandonului copiilor cu vârste cuprinse între 0-7 ani, în instituțiile din Republica Moldova.

Obiectivele studiului:

- Identificarea și caracteristicile copiilor de vârsta 0-7 ani abandonați în instituții în perioada anilor 2002- 2007;
- Identificarea cauzelor care pot determina familiile să-și abandoneze copiii;
- Identificarea tipurilor de servicii oferite copiilor în instituții, precum și evaluarea calității acestora;
- Determinarea rolului instituțiilor în prevenirea abandonului copiilor;
- Identificarea relațiilor și limitelor de competență ale instituțiilor în care sunt abandonați copiii și ale organelor de protecție a drepturilor copiilor;
- Evidențierea rolului și a implicării organelor de protecție a drepturilor copilului, în vederea reintegrării copiilor în familie și societate;
- Elaborarea recomandărilor în vederea diminuării fenomenului abandonului de copii și prevenirea instituționalizării acestora.

Metodele utilizate în colectarea datelor au fost: interviul, analiza documentelor și observarea. Interviuurile au fost susținute cu managerii instituțiilor și inspectorii pentru protecția drepturilor copiilor, în baza unor chestionare elaborate anterior.

S-au utilizat două tipuri de chestionare, unul adresat *instituției* (chestionarul instituției) și altul *copilului* (chestionarul copilului).

Chestionarul instituției prevede colectarea datelor despre:

- Asigurarea instituțiilor cu apă rece și caldă, căldură adecvată în perioada rece;
- Asigurarea cu alimente, medicamente și echipament de îngrijire;
- Tipul de finanțare și existența altor surse extrabugetare;
- Existența specialiștilor care să răspundă nevoilor de îngrijire, dezvoltare și protecție a copilului;
- Tipurile și calitatea serviciilor oferite copiilor abandonați în instituții și familiilor acestora;
- Măsurile întreprinse de instituții în scopul prevenirii abandonului copiilor.

Chestionarul destinat colectării datelor despre copil prevede relevarea următoarelor date:

- Numărul copiilor abandonați, situația juridică a acestora, durata șederii în instituție;
- Cauzele internării/plasării copiilor în instituții;
- Starea sănătății și dezvoltarea copiilor;

Informații cu privire la familia biologică a copiilor:

- Serviciile oferite copiilor din instituții.

Informațiile din studiu sunt prezentate cu o serie de grafice, indicatori, tabele, astfel încât subiectele distincte pot fi prezentate separat, pentru a facilita discuții mai profunde. Este de așteptat, ca aceste informații să întărească și/sau să completeze cunoștințele pe care autoritățile din domeniul protecției drepturilor copilului le-au acumulat deja.

Rezultate și discuții:

Fenomenul abandonului copilului în instituții

În cadrul acestui capitol, vor fi prezentate informații cu privire la numărul, vârsta și statutul copiilor plasați în instituții, cauzele plasării, precum și traseul urmat de copii după părăsirea instituțiilor.

1. Numărul copiilor abandonați și locul abandonului

Datele colectate ne indică un **număr total de 650 de copii abandonați pentru prima dată în instituții**. Dintre aceștia, un număr de **443 de copii au părăsit instituția**, traseul urmat fiind diferit, de la reintegrarea în mediul familial la (re)întoarcerea în mediul de ocrotire de tip rezidențial. Rezultă astfel că un număr de **207 copii au rămas în continuare în instituția în care au fost abandonați**.

În ceea ce privește locul abandonului, acesta îmbracă diferite forme, de la abandonul în maternități, imediat după naștere, la cel în secțiile de spital și până la abandonul în instituțiile rezidențiale, majoritatea cazurilor de abandon – 62,6%, fiind înregistrate în instituțiile medicale (*figura 1*).

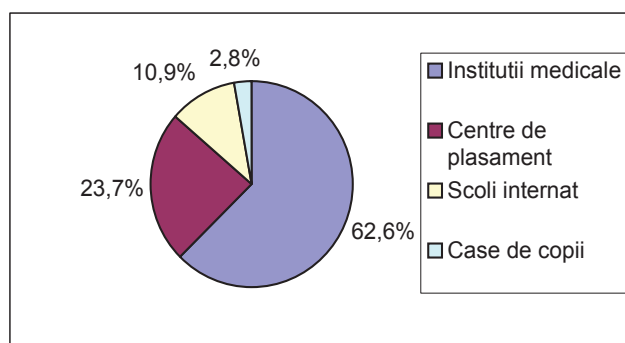


Fig. 1. Locul abandonului copiilor

Analiza numărului de copii abandonați la momentul studiului a fost îngreunată de faptul că la nivel central nu există un sistem unic de monitorizare, evaluare și urmărire a situației și a numărului de copii ce se află la un moment dat în sistemul de protecție.

În mod evident, numărul copiilor rezidenți în instituții este rezultatul interacțiunii a doi factori: a) numărul copiilor intrați în instituție și b) numărul copiilor ieșiți din instituție.

Numărul copiilor rezidenți la un anumit moment în instituție depinde de tipul instituției. De exemplu, maternitatea nu este o instituție de plasament ori de tip rezidențial pentru copii. Maternitatea este însă **prima posibilitate de abandon** a nou-născutului. **Situația ideală** ar fi ca toți nou-născuții să fie externați în familia naturală. **Situația reală** ne arată că un anumit număr de nou-născuți sunt abandonați în maternități.

2. Vârsta copiilor la momentul abandonului

Analiza datelor prin prisma indicatorului „vârsta copilului”, se referă la numărul total de 650 de copii. Numărul copiilor abandonați este mai mare la categoria de vârstă foarte mică – 0-1 lună, respectiv 43,2%, și la categoria cu vârste de peste 3 ani – 24,8%. Astfel, 91,5% dintre copiii cu vârste de peste 3 ani sunt abandonați în școlile internat, în vreme ce 99,1% dintre copiii 0-1 lună sunt abandonați în maternități (*figura 2*).

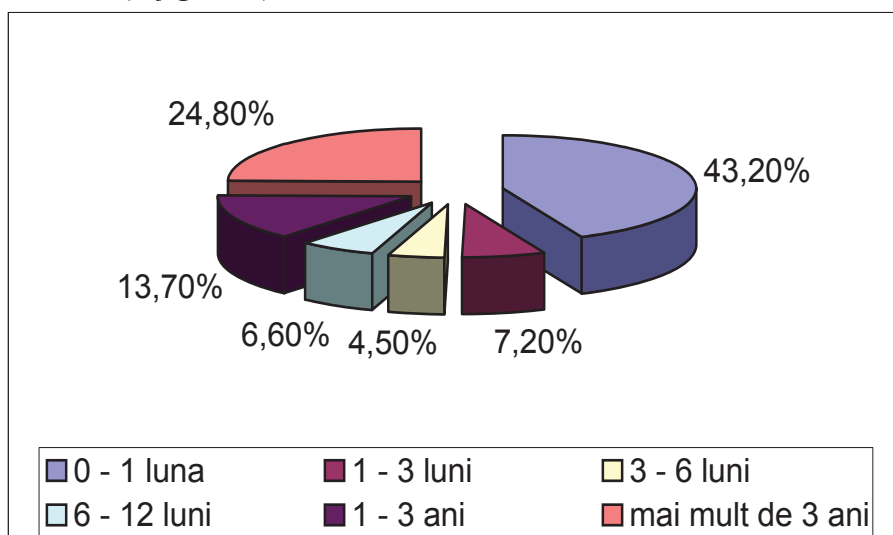


Fig. 2. Vârsta copiilor la momentul abandonului

Reiese că pericolul cel mai mare există imediat după naștere, când mamele, de cele mai multe ori confuze, își abandonează copilul, tocmai când acesta ar avea cea mai mare nevoie de îngrijire și dragoste maternă.

Maternitatea este locul unde ar trebui dezvoltate servicii specializate de consiliere, sprijin adresat femeilor însărcinate și mamelor în vederea prevenirii acțiunilor de abandon.

3. Plasamentul copiilor în instituții

Acest subcapitol conține informații cu privire la situația celor **207 copii abandonați**, care la momentul studiului se aflau în continuare în instituția în care au fost abandonați. Informațiile vor fi analizate făcând o diferențiere între inițiatorul și decidentul plasamentului. Datele ne arată că nu există un sistem unitar cu privire la decizia de plasament a copiilor în instituții, existând foarte mulți actori implicați și eforturi ce necesită o mai bună coordonare.

Pentru a putea dezvolta strategii care să împiedice abandonul copiilor, este important să înțelegem cum au ajuns copiii în aceste instituții, cine a fost *inițiatorul* plasamentului, cine a *decis* plasamentul și care au fost cauzele determinante ale acestora.

Astfel, autoritatea tutelară raională a fost cea care în 38,2% dintre cazuri a *inițiat plasamentul* copilului, urmată de inițiativa părinților – 27,1% și cea a medicilor de familie/instituțiilor medicale (20,2%).

În cazul copiilor mici, se observă o importanță majoră pe care o are medicul de familie în identificarea situațiilor de risc, acesta fiind de fapt principalul actor care *sesizează și inițiază* plasarea copilului mic în instituțiile medicale – 55,6% și centre de plasament – 28,3%, în vreme ce pentru copiii mai mari din școlile internat, autoritatea tutelară raională este cea care inițiază plasamentul acestora – 58,1%.

Părinții sunt cei care inițiază plasamentul copiilor în centrele de plasament în proporție de 30,9%, iar în casele de copii în 100% dintre cazuri, datorită bolii copiilor.

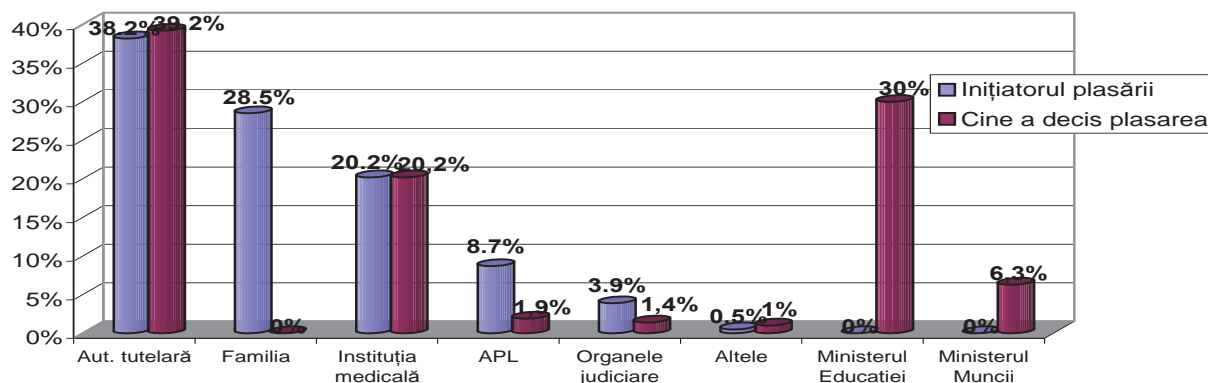


Fig. 3. Inițierea și decizia cu privire la plasamentul copiilor în instituții

În vreme ce plasamentul copiilor în instituțiile medicale este *decis*, în majoritatea cazurilor, de către instituția medicală (îndreptarea instituției medicale în 55,6% cazuri și demersul autorității tutelare doar în 27,7% dintre cazuri), decizia plasării copiilor în centrul de plasament este luată preponderent ca urmare a demersului întreprins de către autoritatea tutelară - 67,2%.

În ceea ce privește plasamentul copiilor mai mari în școlile internat și în casele de copii, decizia este luată de ministerele în subordinea cărora se află cele două tipuri de instituții, respectiv Ministerul Educației (100%) și cel al Muncii și Protecției Sociale (92,9%).

4. Locul de proveniență și cauzele plasării copiilor în instituții

Evidențierea cauzelor care au generat plasamentul copiilor în instituții se referă la eșantionul de **207 copii abandonați**, care la momentul studiului se aflau în continuare în instituția în care au fost abandonați. Datele studiului demonstrează că plasarea copiilor în instituție a fost determinată de un complex de factori, cu alte cuvinte, acțiunea combinată a doi sau a mai multor factori au determinat decizia de abandon a copilului. De asemenea, datele ne indică faptul că majoritatea copiilor plasați în instituții au ca loc de proveniență familia, motivul principal fiind legat de dificultățile materiale întâmpinate de familie.

Cei mai mulți dintre copii (*figura 4*) provin din familie /mediu familial - 69,1%, distribuția acestora fiind către casele de copii, școlile internat, centrele de plasament și instituțiile medicale. Cel

mai ridicat procent al copiilor plasați direct din familie în instituție, se înregistrează în casele de copii și școlile internat, unde sunt plasați în proporție de 100% copii, urmat de plasamentul acestora către centrele de plasament – 54,9%.

Acest lucru ne indică încă o dată necesitatea dezvoltării de servicii de prevenire a abandonului pentru familie și copil.

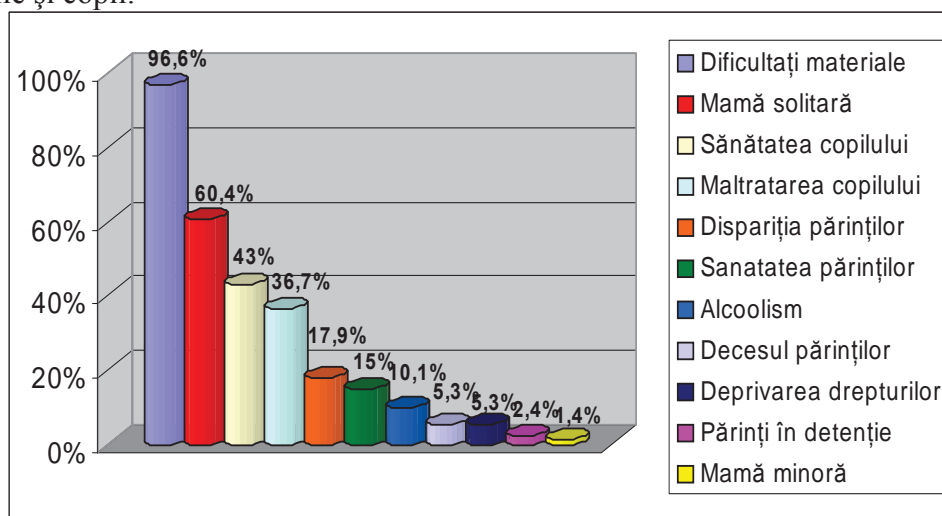


Fig. 4. Locul de proveniență a copiilor

Între principalele cauze care conduc la plasarea copilului în instituție, se află dificultățile materiale, familia monoparentală – mama solitară, existența situațiilor de abuz-neglijare a copilului, starea sănătății copilului, alcoolismul părinților și dispariția acestora.

Alte cauze identificate sunt: vârsta mamei – mamă minoră, decesul părinților, părinți în detenție, probleme legate de sănătatea părinților etc. Cu toate că motivele plasării copiilor în sistemul instituțional-rezidențial sunt multiple și complexe, totuși primele trei locuri ne atrag atenția în mod special, datorită procentajului mare, pe care îl ocupă și anume: dificultățile materiale, mamă solitară și factori ce țin de neglijarea/maltratarea copilului.

Este semnificativ indicatorul abandonului copiilor născuți din prima sarcină – 21,7%, ceea ce arată necesitatea redresării acestei probleme prin informare, educație, planificare familială, asistență socială etc.

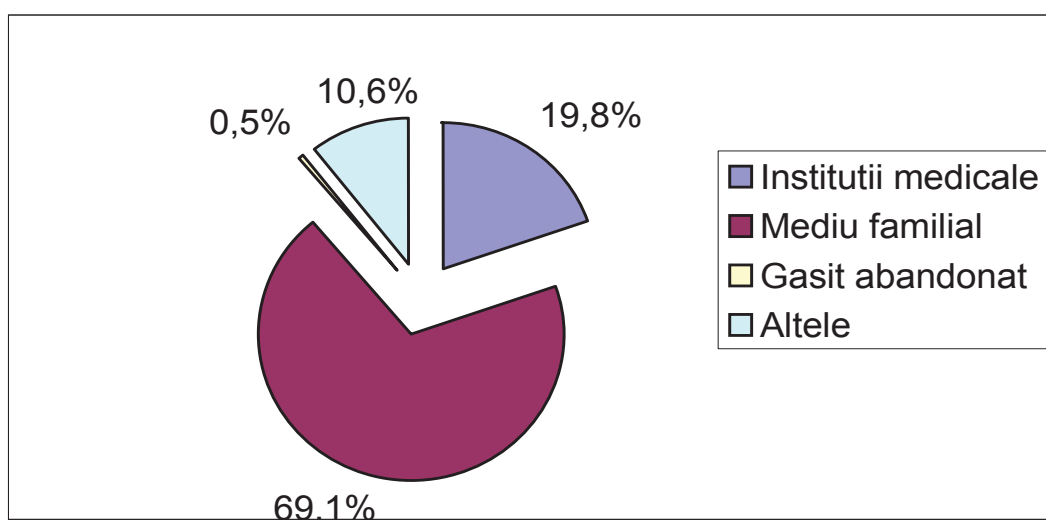


Fig. 5. Cauzele plasării copiilor în instituții

Din totalul celor 207 copii, mai mult de jumătate provin din cadrul unei familii monoparentale, în care mama este singurul părinte întreținător, care se ocupă de creșterea și educarea copilului. Aproape toți copiii - 200 din 207, provin din familii care se confruntă cu mari dificultăți financiare.

5. Statutul copiilor plasați în instituții

Analiza datelor, prin prisma indicatorului statutului copilului, se referă la numărul total de 650 de copii.

Datele studiului referitoare la statutul copiilor (*figura 6*), ne relevă faptul că **doar 1,7% dintre cei 650 de copii sunt orfani (nu au părinți).**

Cei mai mulți dintre copii au părinți, dar se află temporar plasați în instituție – 44%, în vreme ce 29,4% au statut de copii refuzați, iar alții sunt părăsiți prin acțiunea de abandon a părinților – 21%.

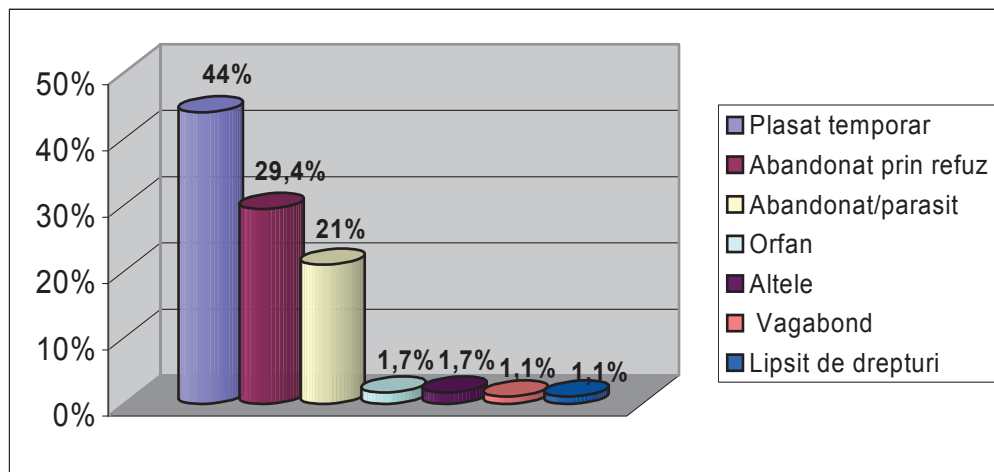


Fig. 6. Statutul copiilor abandonati

Procente ridicate se înregistrează în sfera plasamentelor temporare, după cum urmează:

- 74,7% dintre copii sunt plasați temporar în centrele de plasament,
- 74,6 sunt plasați în școlile internat,
- în vreme ce 100% sunt plasați în casele de copii; referitor la acest ultim procent, deși în mod oficial raportările menționează că acești copii sunt plasați temporar; de fapt, realitatea demonstrează că ei sunt plasați definitiv în îngrijire rezidențială.

Aceste procente indică opțiunea părinților de a nu-și abandona copiii dar, în același timp, nu au posibilități de a-i susține în cadrul familiei. În ceea ce privește plasamentele copiilor în casele de copii, aceștia au ca motivație starea de sănătate a acestora, familia nefiind capabilă să susțină îngrijirea și recuperarea lor în cadrul mediului familial.

6. Starea de sănătate și dezvoltare a copilului

Datele despre starea sănătății și dezvoltarea copiilor se referă la eșantionul de **207 copii abandonati**, care la momentul studiului se aflau în continuare în instituția în care au fost abandonati. Informațiile cuprinse relevă faptul că o parte dintre copiii plasați în instituții se confruntă cu probleme de sănătate fizică și de ordin psihologic, fiind marcați de întârzieri în dezvoltarea lor.

Rezultatele studiului arată că, de cele mai multe ori, vârsta biologică a copilului nu corespunde cu dezvoltarea fizică și psihologică a acestuia.

Situații severe întâlnim în cadrul caselor de copii și centrelor de plasament, unde, respectiv, 100% și 81,4% dintre copii sunt marcați de întârzieri în dezvoltarea neuro-psihică și 39,8% întârzieri în dezvoltarea fizică – aceasta fiind, de fapt, în majoritatea cazurilor, și motivul plasării copilului în instituție. Studiul ne indică 43% de copii abandonati, una dintre cauze fiind starea de sănătate.

Este dificil de apreciat dacă aceste întârzieri se datorează plasamentului în mediul instituțional, particularităților de sănătate și dezvoltare a copilului sau tratamentului în familie (neglijare / maltratare).

Datele (*figura 7*) ne arată că un procent de 32, 4% dintre copii au experimentat o dată cu abandonul și situații de neglijare din partea membrilor familiei.

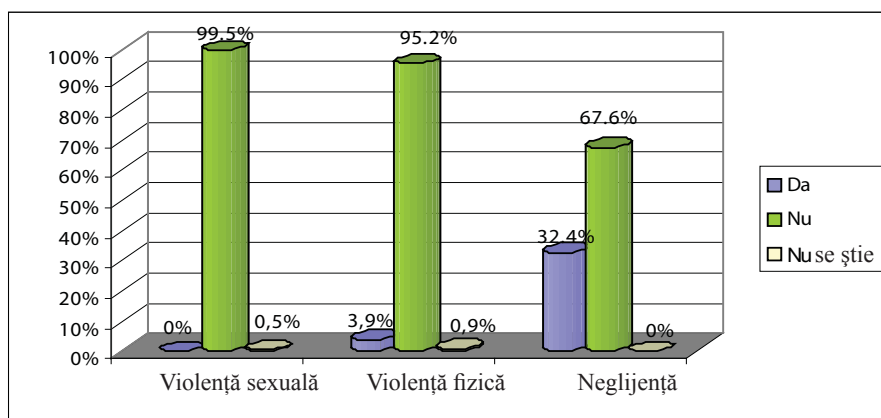


Fig. 7. Abuzurile suportate de copil

De asemenea (figura 8), 42,9% dintre copiii plasați în casele de copii au înregistrat complicații la naștere, lucru ce reiese din ancheta copilului. În ceea ce privește complicațiile la naștere, pentru copiii din centrele de plasament acestea constituie 20,4%.

Pentru situația caselor de copii, se remarcă faptul că toți copiii (100%) sunt marcați de insuficiențe psihofizice, iar pentru centrele de plasament datele indică 57%.

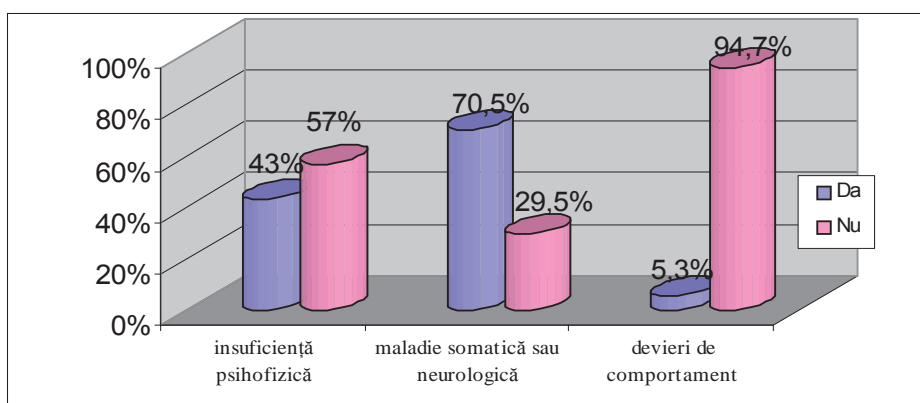


Fig. 8. Insuficiențele de care este marcat copilul

7. Traseul copiilor abandonați

Informația cuprinsă în acest subcapitol se referă la cei 443 de copii care au părăsit instituția, în încercarea de a surprinde traseul pe care aceștia l-au urmat ulterior. Datele indică faptul că cei mai mulți dintre copii și-au continuat traseul instituțional prin plasarea acestora către alte secții de spital – 29,1%, instituții rezidențiale - 23,3% și doar în 14% dintre cazuri au fost reintegrați în familia naturală.

Traseul copilului are trei intervale:

- a) Familie – instituție
- b) ”Periplu” instituțional
- c) Instituție – mediu familial /alternativă

a) *Familie – instituție* este partea esențială și cea mai sensibilă a traseului. Este locul la care se poate interveni cel mai ușor în vederea prevenirii abandonului. Serviciile de asistență socială dezvoltate masiv în țările ce doresc să controleze abandonul de copii sunt direcționate în acest segment. Acționarea în această zonă împiedică scoaterea copilului din mediul familial, cultural, etnic, comunitar etc. Se consideră argumentat pe studii cost-beneficiu, că este cea mai ieftină și benefică intervenție în prevenirea abandonului.

Referitor la acest traseu, interpretarea datelor arată, pe perioade de timp și tip de instituție, dinamica fenomenului pe durata studiului pe luni.

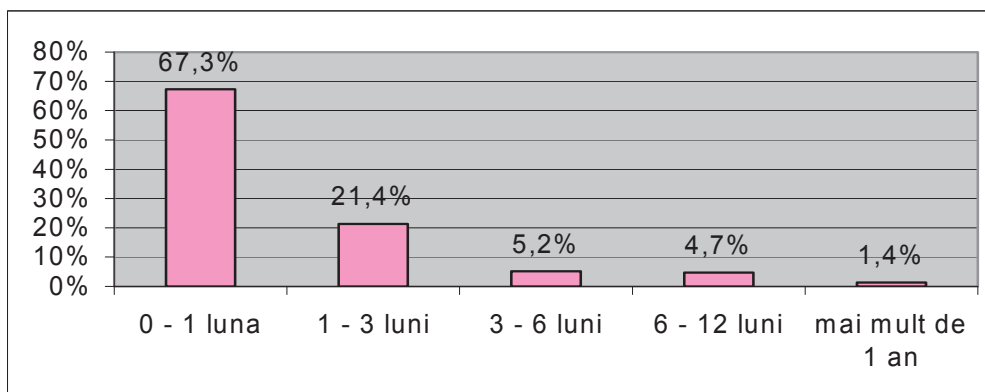


Fig. 9. Durata șederii copiilor în instituții

Astfel, majoritatea copiilor – 67,3% se află în instituția în care au fost abandonați, preponderent maternitatea, timp de 0-1 lună. 21,4% din numărul total de copii au fost plasați pentru o perioadă de 1 - 3 luni. Totodată, sunt înregistrate cazuri de ședere îndelungată – mai mult de un an, acestea fiind reprezentate de categoria copiilor plasați în instituțiile rezidențiale.

b) *Periplul instituțional* – lungimea acestui traseu este dependentă de vârsta copilului, starea de sănătate, statutul juridic al copilului și criteriile de admisie ale instituțiilor – ministerelor de resort. Cu cât vârsta este mai mică la data abandonului, potențial, numărul instituțiilor străbătute este mai mare și invers.

La momentul studiului, un număr de 207 copii se aflau abandonați în prima instituție. Alți 443 de copii au părăsit prima instituție către următoarele direcții:

- Soluții permanente, familiale: reintegrarea în familia naturală, integrarea în familia lărgită, tutela și adopția copilului.

- Soluții de tip temporar. Aceste soluții se referă la situațiile, când copilul părăsește instituția pentru prima dată, dar rămâne în interiorul sistemului de protecție, trecând dintr-o formă de ocrotire în alta. Astfel, sistemul oferă soluții temporare:

- de tip familial (casă de copii de tip familie, ocrotire la asistent parental);

- de tip rezidențial/instituțional (centru de plasament, casă de copii, școală internat, instituție medicală).

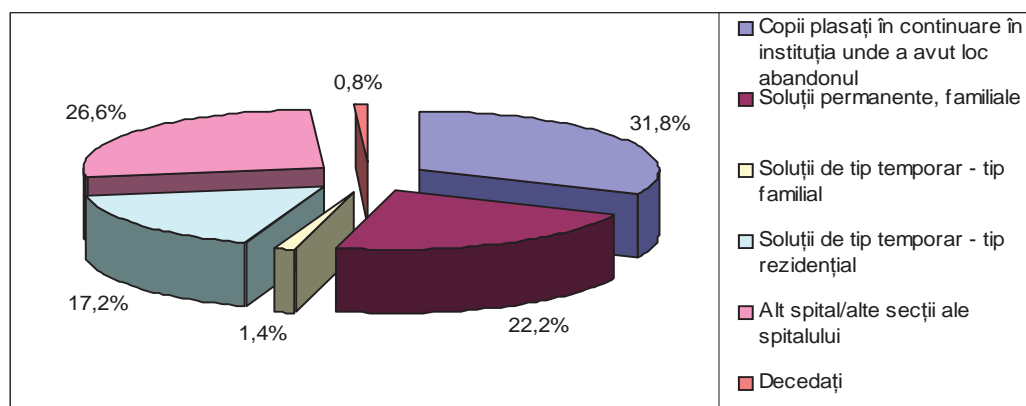


Fig. 10. Soluții de reintegrare aplicate copiilor abandonați în perioada studiului

c) *Instituție – mediu familial/alternativă* – în urma intervențiilor serviciilor specializate sau în absența acestora, a diversilor profesioniști din sistem, un număr de copii instituționalizați revin în mediul familial sau în alternative de tip familial. Caracteristic serviciilor sociale mature este tendința de a sări peste etapa pericolului instituțional și, dacă nu reușesc prevenirea în prima parte a traseului, trec direct la alternativele de tip familial.

Pentru Republica Moldova, studiul relevă ca posibilități de renunțare la instituționalizare în următoarele situații:

➤ *Reintegrare în familia naturală* – 62 de copii (ce constituie %) din numărul total de 443 au fost reintegrați în mediul familial ; numărul cel mai mic al reintegrărilor se constată la casele de copii, maternități și școli internat, în vreme ce centrele de plasament au reintegrat un număr de 35 de copii;

➤ *Adopție* – cel mai ridicat număr al adopțiilor se observă la categoria copiilor de vârstă mică, aflați în instituțiile medicale: 42 de copii din maternități și 14 copii din pediatrii.

➤ *Instituirea tutelei*

➤ *Integrare în familia lărgită.*

➤ *Ieșirea spre case de copii de tip familie (CCTF)* reprezintă o alternativă mult mai bună decât instituția; observăm că astfel de plasamente sunt foarte puține la număr. Putem interpreta acest rezultat, ca o lipsă de acțiuni menite a populariza acest tip de alternativă, astfel încât sistemul CCTF să rămână în forma sa actuală, fără un plan de dezvoltare pe termen mediu și lung.

Concluzii

1. Evidențierea, analiza și structurarea problemei abandonului copilului în Republica Moldova constituie o componentă de bază în elaborarea măsurilor de protecție a copilului abandonat.

2. Rezultatele obținute relevă faptul că o parte dintre copiii plasați în instituții se confruntă cu probleme de sănătate fizică și de ordin psihologic, fiind marcați de întârzieri în dezvoltarea lor.

3. Datele indică faptul că cei mai mulți dintre copii și-au continuat traseul instituțional prin plasarea acestora către alte secții de spital – 29,1%, instituții rezidențiale – 23,3% și doar în 14% dintre cazuri au fost reintegrați în familia naturală.

4. Rezultatele studiului arată că, de cele mai multe ori, vârsta biologică a copilului nu corespunde cu dezvoltarea fizică și psihologică a acestuia.

5. Cercetările efectuate de noi confirmă că în cadrul caselor de copii și centrelor de plasament, respectiv 100% și 81,4% dintre copii sunt marcați de întârzieri în dezvoltarea neuro-psihică și 39,8% de întârzieri în dezvoltarea fizică – aceasta fiind de fapt, în majoritatea cazurilor, și motivul plasării copilului în instituție.

Bibliografie selectivă

1. Roth-Szamoskozi, M. Protecția copilului: dileme, concepții și metode. – Cluj-Napoca, 2000.
2. Smith Carole, R. Adopție și plasament familial. București, 1993.
3. Spânu, M. Introducere în asistența socială a familiei și protecției copilului. Chișinău, 1998.
4. Zamfir, C., Zamfir, E. Pentru o societate centrată pe copii. București, 1997.
5. Iluț, P. Sociologia familiei. Cluj-Napoca, 1994.
6. Neamțu George (coord.) Tratat de asistență socială. Iași, 2003.
7. Macovei, E. Familia și casa de copii. București, 1998.
8. Materialele Conferinței Internaționale Every Child: Parteneriate în dezvoltarea serviciilor de alternativă pentru copii și familii în situații de risc. Chișinău, 2003.
9. Moroșan, C. Protecția copilului și practicantul social. Iași, 1998.

Rezumat

În lucrare sunt descrise particularitățile fenomenului abandonului de vârstă 0-7 ani în Republica Moldova, în care autorul abordează situația și strategia de prevenire și protecție a copilului orfan biologic și social.

Summary

In this state are described the particularities of the abandoned phenomena of a child between 0-7 years in Republic of Moldova, in which the author presents the situation establishes the aim and the objectives, underlines the causes and concludes the strategies of protection and prevention of the biological and social abandoned child.

ANALIZA STĂRII SĂNĂTĂȚII LA EXTERNAREA BOLNAVILOR DIN SPITALELE RAIONALE

Corina Vicol, dr. în med., asist. univ., Leonid Margine, dr. în med., asist. univ., Catedra Sănătate Publică și Management „Nicolae Testemițanu”

Introducere

Analiza aspectelor ce țin de calitatea asistenței medicale spitalicești acordate populației rurale necesită un studiu special și aprofundat. Ca modalitate de evaluare a calității asistenței medicale spitalicești acordate populației rurale s-a folosit metoda prin expertiză, ceea ce ne-a permis să apreciem starea sănătății la externarea bolnavilor din spitalul raional.

Rezultate obținute

Rezultatul tratamentului efectuat în subdiviziunile spitalelor raionale ne demonstrează calitatea asistenței medicale spitalicești la direct.

În rezultatul expertizei medicale, referitor la rezultatul tratamentului în spitalele de profil îngust, avem următoarele date: cota maximă au constituit-o pacienții care s-au externat cu ameliorarea stării de sănătate în $63,0 \pm 1,3\%$ cazuri ($p < 0,001$), cu însănătoșire s-au externat $33,0 \pm 1,9\%$ cazuri ($p < 0,001$). Fără schimbări, în rezultatul tratamentului, au fost externați $3,0 \pm 2,3\%$ ($p > 0,05$) din pacienți, agravarea stării s-a depistat în $1,0 \pm 2,2\%$ de bolnavi ($p > 0,05$).

Conform datelor expertizei, ce ține de starea sănătății pacienților externați din spitalul de profil larg, în rezultatul tratamentului, am obținut următoarele informații:

Conform datelor prezentate, în spitalul de profil larg, starea pacienților externați, în rezultatul tratamentului, este în $86,0 \pm 1,9\%$ cazuri cu însănătoșire, $12,0 \pm 2,2\%$ cazuri cu ameliorare și în $2,0 \pm 2,1\%$ cazuri fără schimbări, ceea ce ne demonstrează unele diferențe ale stării sănătății pacienților externați, în rezultatul tratamentului din spitalele de profil îngust și profil larg.

La evaluarea comparativă a stării pacienților externați, în rezultatul tratamentului, în spitalele de profil larg în $2,0 \pm 2,1\%$ cazuri și spitalele de profil îngust în $4,0 \pm 2,5\%$ cazuri ($p > 0,05$) s-a acordat un tratament inefficient. Între cauzele tratamentului inefficient predomină diagnosticul greșit în $38,0\%$ cazuri, internarea întârziată în $35,0\%$ cazuri și în $24,4\%$ cazuri lipsa de medicamente. În $1,6\%$ cazuri, tratamentul nu a fost eficient, din cauza refuzului pacientului și $1,0\%$, din cauza pacienților în stare terminală.

Starea sănătății, la externarea pacienților din staționar, a fost satisfăcătoare în $72,6 \pm 1,2\%$ cazuri ($p < 0,001$), bună în $25,5 \pm 2,0\%$ cazuri ($p < 0,001$), și numai $2,0 \pm 2,3\%$ cazuri nesatisfăcătoare ($p > 0,05$).

Studiul efectuat ne-a demonstrat că $70,4 \pm 2,7\%$ dintre bolnavi ($p < 0,01$) au fost externați la termen, $18,3 \pm 4,5\%$ din bolnavi ($p < 0,001$) au fost externați înainte de termen și cu întârziere au fost externați $11,3 \pm 4,7\%$ dintre pacienți ($p < 0,05$).

Deoarece externările cu întârziere în studiul efectuat de către noi au fost stabilite în $11,3 \pm 4,7\%$ dintre pacienți, a fost format un grup de experți, pentru a identifica cauzele externărilor cu întârziere, construind diagrama Ishikawa. Diagrama Ishikawa reprezintă relația dintre o problemă și cauzele care o determină, scopul fiind de a identifica cauzele fundamentale ale problemei examinate.

Diagrama sugerează anumite idei, echipa de lucru generează cauzele majore ale problemei, apoi organizează ideile în categorii principale și direcționează lucrul în domeniile de intervenție care ar putea soluționa problema (*figura 1*).

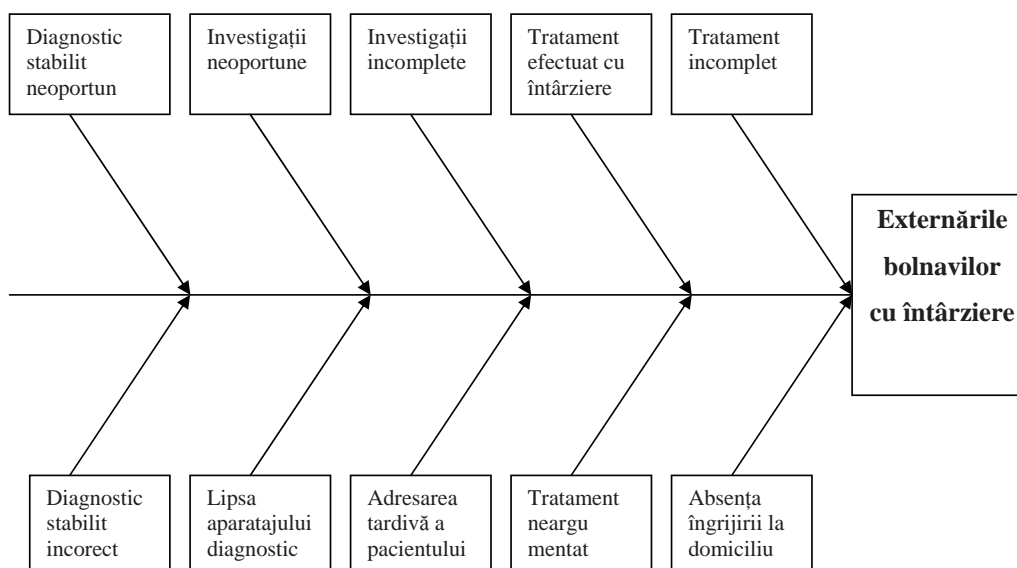


Figura 1. Factorii ce cauzează externările bolnavilor cu întârziere

Rezultatul analizei diagramei Ishikawa ne demonstrează că principalii factori, ce duc la externările bolnavilor cu întârziere sunt cei ce țin de procesul de diagnosticare și investigare al pacienților, urmat de tratamentul efectuat cu întârziere și lipsa aparatului de diagnostic. Un rol important revine factorilor ce țin de absența îngrijirilor la domiciliu. Pentru soluționarea problemei ce ține de externarea bolnavilor cu întârziere sunt necesare intervenții asupra factorilor ce cauzează aceste probleme. Externarea la termen influențează pozitiv unul dintre indicatorii ce caracterizează lucrul în staționar – durata medie de spitalizare. Conform acestui indicator se caracterizează efectivitatea medicală a fondului de paturi.

Rata bolnavilor ce au fost externați cu întârziere este înaltă, în special, în cazul spitalizărilor neargumentate. Aceasta depinde de lipsa aparatului de diagnosticare, ceea ce duce la creșterea duratei de tratament, respectiv și a duratei medii de spitalizare.

Externările înainte de termen și durata scurtă de tratare a bolnavilor nu pun la îndoială necesitatea spitalizării. Externările cu întârziere ne permit să ne gândim la o organizare insuficientă a procesului de investigare și tratament al bolnavilor spitalizați în spitalele raionale.

Structura externărilor, în cazul investigațiilor oportune, este următoarea: pacienți externați la termen au fost în 73,0±2,5% cazuri, 17,0±2,2% cazuri au fost externați înainte de termen și 10,0±2,0% cazuri cu întârziere (figura 2).

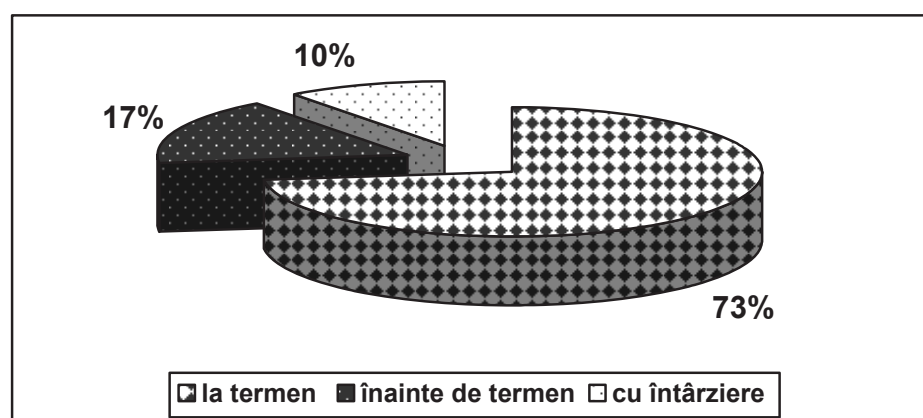


Figura 2. Structura externărilor în cazul investigațiilor oportune (%)

În cazul investigațiilor neoportune sunt externări la termen 66,0% cazuri, cu întârziere 13,0% cazuri și înainte de termen 21,0% cazuri (figura 3).

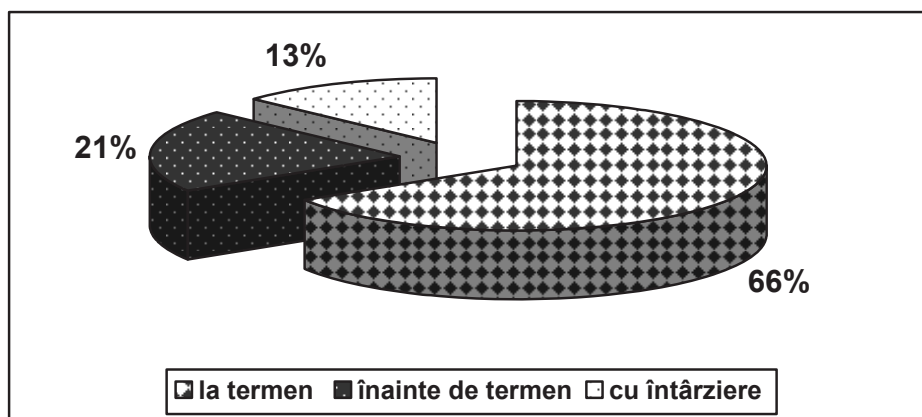


Figura 3. Structura externărilor în cazul investigațiilor neoportune (%)

Trebuie să menționăm faptul că înainte de termen, în cazul investigațiilor efectuate oportun, au fost externați 17,0% bolnavi. Cu toate că investigațiile au fost efectuate neoportun, înainte de termen au fost externați 21,0% din bolnavi.

Rezultatele analizei datelor referitor la oportunitatea tratamentului, depistat în $80,2 \pm 2,2\%$ cazuri ($p < 0,001$), au evidențiat că 70,8% dintre pacienți au fost externați la termen și 10,4% dintre pacienți au fost externați cu întârziere.

La analiza tratamentului efectuat complet, externări cu întârziere au fost în 9,6%, înainte de termen 12,9%, la termen 77,5%.

Datele studiului referitor la tratamentul incomplet, au relevat că externările au fost cu întârziere în 16,3%, înainte de termen în 27,1%, la termen în 56,6% dintre pacienți. Putem releva că în cazul tratamentului incomplet, 27,1% dintre pacienți au fost externați înainte de termen și în cazul tratamentului complet, 9,6% din pacienți au fost externați cu întârziere.

Concluzii

1. Analiza stării sănătății la externarea bolnavilor din spitalul raional a evidențiat necesități esențiale în activitatea instituțiilor spitalicești raionale pentru asigurarea populației rurale cu servicii spitalicești.

2. Optimizarea activității spitalicești va permite accesul populației la serviciile spitalicești, ulterior cu îmbunătățirea stării sănătății populației.

Bibliografie selectivă

1. Тестемидану, Н. А., Тинтюк, Д. В. Пути сближения уровней стационарной помощи городскому и сельскому населению. Штиинца. Кишинев, 1984. 48-50 с.
2. Tintiuc, D., Grossu, I. Sănătate Publică și Management. Chișinău 2007. 488 – 489 p.
3. Ballé, M., Champion Daviller, M. Organiser les services des soins. Le management par la qualité. Edition Masson, Paris, 2000. 24-39 p.

Rezumat

Acest articol elucidează unele aspecte asupra unor indici de asistență spitalicească în condiții rurale. Optimizarea indicilor de activitate spitalicească în Republica Moldova este o problemă actuală, cu care se confruntă serviciile spitalicești și care afectează accesul populației la serviciile spitalicești.

Summary

This article includes the aspects of some indexes of hospital assistance in rural conditions. The optimization of the indexes of hospital assistance in Republic of Moldova is an actual problem in the hospital services affecting the access of the population to the hospital services.

MALADIILE CARDIOVASCULARE – CAUZA PRINCIPALĂ A DECESULUI

Mariana Florea, medic șef, **Loredana Mihaela Pășcan**, doctorandă, **Mohamed Ahmed Mohamed**, doctorand, **Vlad Badan**, asist. univ., CMF Cimișlia, Catedra Sănătate Publică și Management USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere

Rezultatele cercetărilor științifice, efectuate în mai multe țări europene, demonstrează faptul, că indicatorii mortalității cauzate de maladiile cardiovasculare, care determină starea sănătății, sunt în plină dependență de modul de viață al fiecărui individ, de situația social-economică, precum și de calitatea asistenței medicale acordată populației. Nivelul mortalității populației, din cauza bolilor cardiovasculare, variază în diferite țări, influențând în mod categoric asupra speranței de viață a individului. Savanții Institutului Max Planck din Germania au demonstrat că începând cu sec. al XX-lea, oamenii în țările dezvoltate trăiesc cu 30 de ani mai mult decât predecesorii lor. Așadar, în 1950 probabilitatea de a trăi până la 80-90 de ani la femei constituia 15-16%, la bărbați – 12%. În 2002, acest indice a crescut până la 37% la femei și până la 25% la bărbați. Conform rezultatelor cercetărilor științifice, cauza principală a sporirii speranței de viață este considerată dezvoltarea medicinei și, în primul rând, posibilitățile de profilaxie și diagnosticare precoce a maladiilor.

Totodată, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) confirmă că motivul, cauza principală a deceselor în lume sunt maladiile cardiovasculare. Astfel, în 2004, din cauza maladiilor cardiovasculare, au decedat în lume 17,1 milioane de oameni, ceea ce constituie 29% din numărul total de decese. Prognoza OMS demonstrează faptul că spre 2030, circa 23,6 mln. de oameni vor deceda din cauza maladiilor cardiovasculare.

Scopul lucrării este evaluarea aspectelor epidemiologice ale bolilor cardiovasculare și rolul lor în sănătatea publică.

Rezultate

Bolile cardiovasculare (BCV) reprezintă cauza principală de deces și în numeroase țări ele ocupă primul loc. Pentru țările economic dezvoltate BCV sunt la originea a 40% dintre toate decesele, în general mai ucigătoare decât cancerul, accidente de trafic și bolile infecțioase la un loc. Cardiopatia ischemică (CI) și accidentele vasculare cerebrale (AVC) condiționează circa 90% dintre bolile cardiovasculare (1). Așa, de exemplu, în SUA bolile cardiovasculare sunt de asemenea cauza principală de deces. În anul 1995 din cauza BCV au decedat 960.592 de persoane sau 41,5% din totalul deceselor.

După o perioadă de stabilizare, mortalitatea cardiovasculară crește și în Republica Moldova, constituind 53-56% din totalul deceselor. În structura mortalității BCV predomină evident 2 nozologii – CI și AVC, care reprezintă respectiv circa 60% și 30% dintre decesele cardiovasculare.

Prevalența CI în multe țări este în continuă ascensiune. Așa, în anul 2007, în Republica Moldova 60% din mortalitatea cardiovasculară generală și 18% din cea a persoanelor de vârstă tânără și medie (16-60 ani) au fost determinate de CI. De menționat faptul că rata deceselor prin CI crește semnificativ doar în 3 țări din Europa Centrală – România, Polonia și Germania [3].

Diferențele geografice determinate de elemente specifice fiecărei regiuni, varietatea condițiilor de mediu exterior și stilul de viață al locuitorilor fac în așa fel, ca nivelul de mortalitate prin BCV să difere de la o țară la alta. În SUA și țările Europei de Vest se înregistrează o scădere semnificativă a mortalității prin infarct miocardic acut (IMA) și AVC, condiționată de elaborarea și realizarea programelor populaționale de prevenire primară și secundară a BCV. Astfel, la începutul anilor '90 mortalitatea prin IMA și AVC a diminuat semnificativ cu 55% și respectiv 50%, comparativ cu anul 1976. Rata mortalității cardiovasculare înregistrează de asemenea o scădere importantă în Canada și Australia. Dimpotrivă, pentru aceeași perioadă proporția deceselor prin BCV în țările Europei Centrale și de Est a marcat o creștere constantă și alarmantă cu 30-80%.

Conform datelor OMS, în diferite țări se atestă tendințe diametral opuse privind incidența și mortalitatea prin AVC. În America de Nord, Australia, Noua Zeelandă, Honduras, Franța și Japonia acești indici se reduc, iar într-un șir de țări din Europa Centrală și de Vest (Danemarca, Polonia, România, Suedia etc.) cresc [4]. La bărbați de vârsta 65-74 de ani, incidența primului AVC constituia

circa 5 cazuri la 1000 populație, iar la femei acest indicator era cu 30% mai mic decât la bărbați. Unele studii au constatat creșterea semnificativă a incidenței AVC cu vârsta, dar fără diferență statistic concludentă, în funcție de sex la persoanele de vârsta de 65 de ani și peste.

O altă cauză importantă a mortalității prin BCV este infarctul miocardic acut (IMA), care reprezintă o problemă majoră medico-socială, deosebit de actuală, în pofida realizărilor obținute în diagnostic, tratament, profilaxie și recuperare medicală. Datele statistice ne demonstrează că, dacă în anul 1930 în SUA mortalitatea prin IMA a constituit 7,9 cazuri la 100.000 populație, atunci în anul 1935 – 21,1 cazuri, iar în anul 1940 – 74,4 cazuri (5). În ultimul deceniu, în SUA, anual sunt constatate circa 1.500.000 de cazuri de IMA și peste 500.000 de cazuri de deces.

În Federația Rusă IMA este de asemenea una dintre cele mai frecvente cauze de mortalitate și invalidizare a populației. Astfel, în anul 1996, din cauza IMA au decedat 55.9 mii de persoane, ceea ce a constituit 5% din totalul BCV. În ultimii 30 de ani s-a atestat o tendință nefavorabilă de creștere a mortalității prin IMA de la 29,1 cazuri în anul 1969, până la 38,1 cazuri la 100.000 populație în anul 1996. Ponderea mortalității cardiovasculare în această perioadă de asemenea a crescut de la 46 % la 55,3 % din mortalitatea generală. Una dintre cele mai înalte rate de mortalitate prin IMA din lume s-a confirmat în anul 1994 în Republica Cehă – 171,4 cazuri printre bărbați și 117,2 cazuri printre femei la 100.000 populație.

Pentru perfecționarea argumentată a acordării ajutorului medical pacienților cu IMA sunt necesare date exacte despre incidența și mortalitatea prin această afecțiune. Conform datelor diferitor autori, acești indici diferă foarte mult în diverse regiuni, deoarece majoritatea informațiilor publicate se bazează pe criterii de diagnostic nestandard și pe examenul unor grupuri selective ale populației, dar nu a populației în general.

Studiul incidenței, letalității și mortalității prin IMA, ce a luat amploare în mai multe țări în ultimele decenii, are o însemnătate științifico-practică importantă în elucidarea etiologiei, factorilor de risc, caracterului complicațiilor, particularităților de evoluție a bolii. Aceste rezultate permit elaborarea strategiei și tacticii de profilaxie și combatere a maladiilor cardiovasculare.

În scopul ameliorării asistenței medicale și reducerii mortalității pacienților, Societatea Europeană a Cardiologilor și Asociația Americană a Inimii au elaborat recomandări pentru medicii practicieni, privind diagnosticarea și tratamentul maladiilor cardiovasculare. Toate eforturile trebuie direcționate spre diagnosticul și tratamentul precoce al pacienților cu maladii cardiovasculare care includ:

- Informarea publicului despre simptomele de debut ale maladiilor cardiovasculare, acordarea primului ajutor și necesitatea apelării imediate la medic;
- Organizarea eficientă a asistenței medicale de urgență, în scopul micșorării intervalului „adresare-sosirea medicului”;
- Efectuarea investigațiilor și inițierea imediată a tratamentului pacienților cu maladii cardiovasculare.

Este necesar de concluzionat că bolile cardiovasculare constituie o problemă majoră medico-socială mondială, deosebit de importantă și în prezent, în pofida realizărilor obținute în diagnostic, tratament, profilaxie și recuperare medicală. Actualitatea acestei probleme este determinată de nivelul înalt și creșterea continuă a incidenței, invalidizării și mortalității premature prin maladii ale sistemului cardiovascular, în special, printre persoanele de vârstă tânără.

Bibliografie selectivă

1. Оганов, Р. Г., Масленикова, Г. Я. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации во второй половине XX столетия: тенденции, возможные причины, перспективы. // Кардиология, 2000, N. 6, с. 4-8.
2. Sănătatea publică în Republica Moldova, 2008. Chișinău 2009, p. 440.
3. Sans, S., Kesteloot, H., Kromhout, D. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe. Task Force of the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe // Eur. Heart J, 1997, V. 18, p. 1231-1248.
4. Morikawa, Y., Nakagawa, H., Naruse, Y. et al. Trends in Stroke Incidence and Acute Case Fatality in a Japanese Rural Area: The Oyabe Study // Stroke, 2000, V. 31, p. 1583-1587.

5. Люсов, В. А. Инфаркт миокарда (по материалам актовой речи на заседании Учёного Совета Российского Государственного Медицинского Университета. // Кардиология, 1999, N. 9, с. 8-12.

6. Bahit, M. C., Criger, D. A., Ohman, E. M. et al. Thresholds for the lectrocardiographic change range of biochemical markers of acute myocardial infarction (Gusto – Ila data) // Am. J. Cardiol, 2002, V. 90, p. 233-237.

Rezumat

Bolile cardiovasculare în Republica Moldova, precum și în majoritatea țărilor Europene, ocupă un loc de frunte în structura cauzelor morbidității populației, inclusiv a populației apte de muncă. Nivelul mortalității, cauzat de maladiile cardiovasculare, conform studiilor efectuate, în cea mai mare măsură depinde de stilul de viață și de calitatea serviciilor medicale.

Summary

The cardiovascular diseases in the Republic of Moldova as in the mejority of European coountries ocupie a leading place in the structure of the causes of morbidity. The population, including the population capable to work. The level of mortality caused by the cardiovascular diseases, from the efectuated studies, depends mostly on the life style and the quality of medical services.

EVALUAREA CAPACITĂȚILOR INSTITUȚIONALE ALE AUTORITĂȚII DECIZIONALE DIN SISTEMUL DE SĂNĂTATE ȘI MĂSURILE DE EFICIENTIZARE A LOR

Boris Golovin, competitor, **Dana Fărcășanu**, expert, **Ghenadie Țurcanu**, șef Direcție, **Mihai Ciocanu**, dr. hab. în medicină, Ministerul Sănătății, Centrul Național de Management în Sănătate

Introducere

În scopul elaborării Planului de Dezvoltare Instituțională a Ministerul Sănătății a fost constituit un grup de lucru cu reprezentarea tuturor direcțiilor relevante din minister și s-a aprobat planul de acțiuni. Grupul de lucru s-a întâlnit cu regularitate, pentru analiza, elaborarea de recomandări și aprobarea documentelor de lucru propuse de consultanți. După definirea viziunii, misiunii, mandatului și valorilor care stau la baza funcționării și organizării Ministerului Sănătății, a fost inițiată analiza capacităților instituționale ale Ministerului Sănătății.

Scopul lucrării a constat în evaluarea capacității autorității centrale din sistemul de sănătate în vederea elaborării Planului de Dezvoltare Instituțională.

Materiale și metode. Metodologia utilizată pentru evaluarea capacităților instituționale ale Ministerului Sănătății a constat în:

- Analiza documentelor normative și de reglementare privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, a instituțiilor subordonate, regulamentele de activitate ale Direcțiilor, fișele de post, alte Ordine și reglementări interne privind activitatea ministerului;
- Analiza documentelor privind reforma administrației publice centrale;
- Analiza rezultatelor unor evaluări anterioare ale Ministerului Sănătății;
- Analiză cantitativă a capacităților instituționale;
- Analiza calitativă prin interviuri semi-structurate cu conducerea ministerului, șefii tuturor direcțiilor ministerului, directorii instituțiilor subordonate și personalul din unele direcții ale ministerului.

Procesul de analiză s-a derulat în perioada februarie-martie 2008. Analiza cantitativă și calitativă s-a desfășurat conform planificării, cu rate de răspuns bune. Astfel, chestionarul privind analiza funcțională a fost distribuit la cele 14 direcții ale Ministerului Sănătății, din care 13 chestionare au fost returnate (rata de răspuns 93%). Chestionarele privind analiza capacităților au avut o rată de răspuns de 100% la nivelul direcțiilor ministerului precum și la chestionarele individuale (65 returnate din cele 65 distribuite). Chestionarele de analiză a capacităților au conținut, pe lângă întrebările obligatorii elaborate de experții Aparatului Guvernului, un set de întrebări suplimentare, legate în special

de percepția personalului ministerului privind condițiile de lucru, timpul de lucru, satisfacția la locul de muncă, nevoi de instruire în perspectivă.

Analiza capacităților în unitățile de suport s-a realizat în 5 instituții subordonate cu un rol important în procesul de fundamentare a politicilor, strategiilor și programelor Ministerului Sănătății (Centrul Național de Management în Sănătate; Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă; Agenția Medicamentului; Consiliul Național de Evaluare și Accreditare în Sănătate și Centrul Național de Transfuzie a Sângelui). Rata de răspuns la chestionarele distribuite celor 5 instituții a fost de 100%. Au fost de asemenea incluse în procesul de analiză a capacităților cele 18 subdiviziuni din cadrul spitalelor republicane, funcționând ca centre de monitorizare și evaluare a politicilor și strategiilor. Rata de răspuns la chestionarele distribuite acestor instituții a fost de 83% (15 chestionare returnate din cele 18 distribuite). Baza de date a fost realizată într-un timp foarte scurt de către Centrul Național de Management în Sănătate, contribuind direct la realizarea la timp a studiului.

Analiza funcțiilor. Evaluarea capacităților instituției e de neconceput fără înțelegerea funcțiilor de bază. Funcțiile unui organ al administrației publice centrale în mod ideal ar trebui să rezulte din misiunea instituției. Astfel, pentru a fi posibilă definirea clară a atribuțiilor ministeriale rezultate prin prisma misiunii acestuia, o abordare calitativă de analiză și evaluare a capacității real existente a Ministerului Sănătății este stringent necesară. Rezultatul activității sau produsele Ministerului nu sunt altceva decât politicile de calitate eficiente care facilitează dezvoltarea și acumularea valorii sistemului de sănătate, ca parte componentă esențială a sectorului social. Ministerului Sănătății, în calitate de instituție indispensabilă a sectorului social, îi revine un rol unic de (1) stabilire/elaborare a politicilor sectoriale, (2) coordonarea implementării acestora și (3) suportul necesar actorilor (instituții subordonate, desconcentrate etc.) din sectorul social pentru realizarea politicilor stabilite. Celelalte funcții de inspectare și supraveghere, prestare de servicii sau activități antreprenoriale trebuie delegate, fie că instituțiilor subordonate sau altor actori din sectorul social.

Realizarea funcțiilor care revin Ministerului Sănătății necesită cel puțin 4 precondiții:

- rolul de lider al Ministerului în formularea viziunii, obiectivelor strategice din sector;
- existența resurselor umane și competente suficiente;
- condiții instituționale adecvate necesare pentru valorificarea potențialului uman al Ministerului;
- crearea facilităților instituționale (sisteme și resurse informaționale, date statistice, tehnici, inclusiv programe de modelare, prognozare etc.), posedarea tehnologiilor avansate în exercitarea funcțiilor ministeriale.

Rezultatul studiului a demonstrat că în structura timpului consumat pentru diverse atribuții ministeriale predomină: elaborarea de politici – 32%, funcția de suport – 32%, coordonarea implementării politicilor – 31% și funcția de suport - 5% (figura 1).

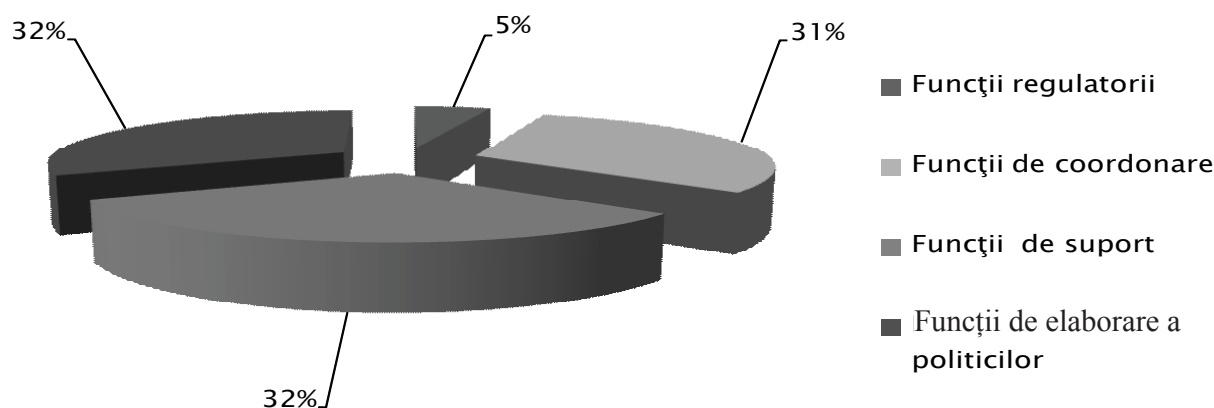


Figura 1. Ponderea funcțiilor în Ministerul Sănătății

Funcția de elaborare a documentelor de politici prezintă una dintre competențele-cheie ale Ministerului Sănătății. Inițierea procesului de elaborare a documentelor de politici și a actelor normative și legislative cel mai frecvent (31,9%) aparține conducerii ministerului, guvernului (26,1%) și unei

direcții (27,5%). Restul de 14,5% din actele normative se elaborează la inițiativa unei instituții subordonate ministerului, în baza necesităților identificate.

Conform rezultatelor (figura 2), 56% din totalul documentelor de politici se elaborează în termen de până la 2 luni, 21% – în termen de până la 4-5 săptămâni, 11% – în termen de până la 2-3 săptămâni, iar 6% se elaborează în mai puțin de o săptămână. Este important de menționat că perioadele de elaborare nu au inclus perioada de timp necesară avizării unui document de politici. În această ordine de idei, elaborarea unei dispoziții solicită termen de până la o săptămână, elaborarea unui ordin necesită 2-3 săptămâni, a unui plan de acțiuni 4-5 săptămâni, iar a unei concepții – 2 luni și mai mult.

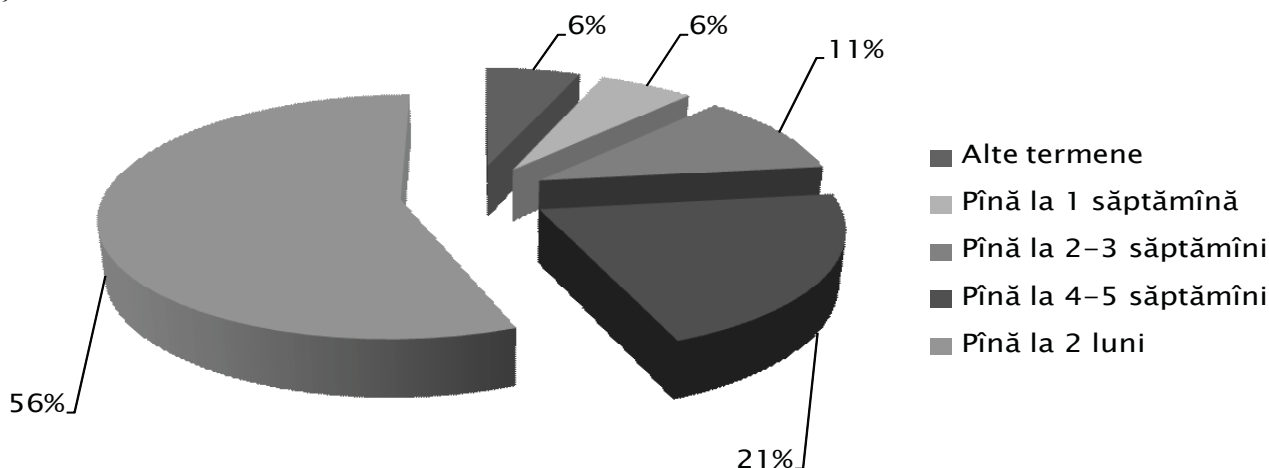


Figura 2. Termenii de elaborare a documentelor de politici

Conform procedurilor existente de elaborare a documentelor de politici, elaborarea unui document de politici de calitate ar trebui să includă următoarele etape obligatorii: analiza situației, analiza financiară, estimarea impactului, analiza costurilor și beneficiilor și în final – examinarea alternativelor de politici. Deoarece perioada de elaborare a unui document de politici este destul de scurtă (56% din toate actele normative se elaborează în mai puțin de 2 luni, iar restul în perioade de timp și mai scurte) presupunem că *de facto*, din cauza presiunilor de timp, se remarcă omiterea sistematică a uneia sau mai multora dintre etapele-cheie necesare procesului de elaborare a politicii. Iar acest lucru, în modul cel mai direct, se răsfrânge și asupra calității documentelor de politici.

Referitor la capitolul despre existența bazei de date statistice, necesare procesului de elaborare a politicii, majoritatea respondenților s-au pronunțat pentru revederea, îmbunătățirea și standardizarea lor. S-a menționat că bazele de date existente nu sunt perfecte și nu se respectă termenii și periodicitatea prezentării datelor. E necesar de a avea baze de date ușor de accesat și gestionat, care urmează a fi reînnoite, reactualizate periodic. În plus, este necesară evaluarea și simplificarea procedurii de înregistrare, evidență și raportare a datelor statistice. În concluzie, se conturează următoarea situație: insuficiența de timp acordat procesului de elaborare a politicilor, resurse umane limitate, insuficiența competenței necesare elaborării politicilor, statistici neconcludente.

Analiza activităților de coordonare a implementării politicilor demonstrează că 63% din timpul de lucru este acordat pentru coordonarea implementării politicilor cu alți actori, 21 % pentru coordonarea planificării activităților, iar 16% din timp este folosit pentru relații cu instituțiile din afara sectorului de sănătate.

Analiza funcției de suport se reduce la lucru cu petiții (27%), elaborare și expertiza actelor interne (20%), rapoarte, dări de seamă (12%) și suport metodologic (12%).

Performanțe privind managementul și resursele umane. Studiul a demonstrat că regulamentele de activitate a direcțiilor și fișele de post pentru colaboratorii ministerului sunt elaborate și aprobate, dar corespund parțial funcțiilor și atribuțiilor Ministerului. Optimizarea instituțională este realizată în mare măsură în interiorul instituției. S-a înființat Direcția de Analiză, Monitorizare și Evaluare a Politicilor, pentru eficientizarea activității ministerului, în procesul de elaborare a politicilor, monitorizarea implementării acestora și evaluarea impactului lor social, economic și financiar. Gradul de ocupare a posturilor în Minister în anul 2008 a crescut de la 73,5% (61 de funcționari publici la 01.01.2008)

la 79,5% (66 de funcționari publici la 01.03.2008). Se realizează instruirea continuă a personalului în vederea dezvoltării capacităților manageriale și de planificare strategică (64% din personal instruit în 2007 în cadrul Academiei de Administrare Publică pe lângă Președintele Republicii Moldova, precum și în Școala Națională de Management și Sănătate Publică). Începând cu anul curent, ministerul a dezvoltat un plan de instruire a funcționarilor publici. Deși ministerul și-a planificat din fondul de salarizare cheltuieli de instruire, conform Codului Muncii (până la 2%), instruirea se realizează în prezent fără costuri pentru minister. Pentru ridicarea nivelului profesional al funcționarilor publici, se organizează cursuri de studiere a limbii engleze și franceze la nivelul Ministerului.

Cercetarea noastră a constatat că nu există un sistem de evaluare a performanței funcționarilor publici și nici un sistem de salarizare bazat pe performanță, care să asigure stabilitatea și motivarea personalului. Datorită lipsei unui sistem de promovare și motivare a personalului, inclusiv financiară, posturile vacante scoase repetat la concurs nu se ocupă, iar încărcătura de lucru a personalului existent este foarte mare (65% din personal declară că lucrează peste 40 de ore pe săptămână, iar 69% din personal declară că încărcătura de lucru este mare sau foarte mare). Fluctuația personalului, deși nu exagerat de mare (6,6% plecări în 2007) și lipsa candidaților la concursurile de ocupare a posturilor conduce de asemenea la încărcarea excesivă a personalului existent, precum și la angajarea de personal prin alte metode decât concursul deschis. Personalul nou angajat este în mare parte neexperimentat (medici tineri imediat după rezidențiat, absolvenți recentți ale facultăților juridice și economice etc.) și nu există o metodologie sau un plan de dezvoltare specific pentru noii angajați. Nu există un manual de proceduri interne, care să permită noilor angajați să se adapteze rapid la activitatea Ministerului.

Evaluarea capacității instituționale a procesului decizional, comunicare și tehnologii informaționale. Sistemul de ocrotire a sănătății trece printr-un proces de reformă structurală, de descentralizare administrativă și funcțională. În acest context, procesul de planificare strategică este de o importanță majoră pentru îndeplinirea misiunii Ministerului Sănătății. Pentru un proces decizional eficient, Ministerul Sănătății trebuie să aibă acces la un sistem integrat de date de calitate, specifice și obținute la timp (bazat pe o platformă informațională integrată), care să poată fi transformate ușor în informații și dovezi necesare elaborării de opțiuni strategice adecvate nevoilor, dar și resurselor disponibile. Pe baza analizei diferitelor opțiuni și a consecințelor acestora, se pot lua cele mai bune decizii de politică sanitară și de reglementare a sistemului de sănătate. Abilități analitice solide, susținute de un sistem bun de monitorizare și evaluare, asigură succesul procesului decizional eficient. Implementarea politicilor și strategiilor necesită de asemenea cunoștințe, abilități și mecanisme, care să permită Ministerului să dirijeze sistemul prin delegare și comunicare eficientă. Pentru o planificare strategică eficientă, Ministerul trebuie să creeze un mediu propice pentru atingerea echilibrului optim între politicile dezvoltate și organizațiile prin care vor fi implementate în practică aceste politici.

S-a demonstrat că la nivelul Ministerului Sănătății există o bună capacitate de planificare strategică (foarte bună/bună – 73,5%, medie – 20,5%, slabă/foarte slabă – 6%). Capacitatea Ministerului Sănătății de a elabora și implementa politici de sănătate este în general bună – 89,8%. Calificativele „medie” și „slabă” au fost atribuite în – 8,2% și respectiv – 2,0%. Procesul decizional se realizează prin conlucrarea formală și informală a conducerii și personalului direcțiilor, cu implicarea unor instituții subordonate specializate pe domenii strategice (management sanitar, medicină preventivă și supraveghere epidemiologică, politica medicamentului etc.). Ministerul Sănătății a elaborat în anul 2007 cadrul de politică sectorială: Politica Națională de Sănătate și Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate 2008-2017. Toate documentele elaborate ulterior se încadrează în prioritățile identificate în aceste documente strategice. Ministerul Sănătății în anul 2007 a elaborat 11 documente de politici, 6 legi, 50 de hotărâri de guvern și alte acte normative. Aproximativ 90% din personalul MS apreciază capacitatea instituțională de a elabora și implementa politici de sănătate ca bună sau foarte bună, procesul fiind participativ și eficient. Două treimi din personal apreciază capacitatea Ministerului de planificare strategică și de elaborare a programelor de sănătate ca fiind bună sau foarte bună. Procesul de elaborare a documentelor strategice se realizează prin consultare (instituții subordonate, beneficiari, organizații internaționale, organizații non-guvernamentale). Aproximativ 70% din personal apreciază colaborarea cu alte ministere, cu instituțiile subordonate și cu organizațiile internaționale, ca fiind bună sau foarte bună și doar 43% din personal consideră că societatea civilă (organizațiile non-guvernamentale) colaborează bine sau foarte bine cu Ministerul. Pe parcursul anului 2007 Ministerul Sănătății a difuzat în mass-media 46 de comunicate de presă. Au fost trimise

către mass-media peste 60 de anunțuri privind diverse activități care au fost organizate. Personalul de conducere a participat la emisiuni la posturile de radio și televiziune, oferind informații privitor la activitatea ministerului și a instituțiilor subordonate, colaborarea internațională și reformele în desfășurare sau planificate. Toate informațiile difuzate de Serviciul de presă sunt publicate pe pagina Web a Ministerului Sănătății.

În același rând, studiul a identificat și mai multe deficiențe organizaționale. Concomitent cu planul anual de activitate, există multe planuri-anexe care nu sunt încadrate într-un plan strategic de activitate a ministerului. Astfel, în prezent, există un număr de aproximativ 35 de documente de politici, strategii, programe, planuri la care Ministerul Sănătății contribuie sau pe care le are în directă responsabilitate, care sunt dificil de monitorizat și evaluat. Trebuie revizuite prioritățile și acțiunile și integrate în Planul de Dezvoltare Instituțională pentru 2009-2011, în funcție de priorități, dar și de capacitatea ministerului de a le duce la îndeplinire. În lipsa unui sistem unic de raportare, conlucrarea între autoritățile administrației publice centrale este dificilă. Există un flux excesiv de solicitări și documente atât din partea autorităților (5607 solicitări și porunci în anul 2007), cât și a cetățenilor (2750 de petiții în anul 2007), în detrimentul activităților strategice și de reglementare. La cel mai simplu calcul matematic, se poate observa ca revin aproximativ 35 de solicitări și petiții pe zi lucrătoare. Se estimează că intrarea în exercițiu a legii cu privire la petițiile electronice va crește și mai mult numărul acestora și deci timpul alocat pentru examinarea lor va fi și mai mare.

Evaluarea capacității în domeniul managementului financiar. Ministerul întreprinde permanent măsuri de analiză strategică și valorificare a informațiilor obținute pentru elaborarea Cadrului de Cheltuieli pe Termen Mediu pentru sectorul ocrotirii sănătății. Implementarea Cadrului de Cheltuieli pe Termen Mediu de către Ministerul Sănătății contribuie la îmbunătățirea procesului anual de elaborare a bugetului și perfecționarea planificării sectoriale. Astfel, în Legea bugetului de stat pe anul 2008, bugetul sectorului sănătății este fundamentat pe programe și performanță. La nivelul Ministerului Sănătății funcționează un sistem eficient de interacțiune a procesului de elaborare a politicilor cu procesul bugetar. În același rând, capacitățile angajaților Ministerului Sănătății în domeniul managementului financiar sunt mai puțin evidențiate în comparație cu alte domenii de activitate (bună – 59,2%, medie – 30,6%, slabă – 10,2%). Și mai slabă este situația la capitolul managementul financiar al programelor de sănătate (bună – 48,0%, medie – 41,7%, slabă – 10,3%).

Studiul a identificat că în cadrul ministerului Sănătății nu există audit financiar intern. Activitățile prevăzute în programele naționale nu sunt acoperite integral cu finanțare. În anul 2008 alocațiile pentru realizarea acestor programe variază de la 1,8% în medicina de urgență până la 93% în programul de imunizări, ceea ce constituie o medie a finanțării doar de circa 18,5 la sută.

Concluzii

1. Ministerul Sănătății dispune în prezent de capacitatea instituțională necesară pentru a-și îndeplini misiunea, funcțiile și atribuțiile, pentru a-și îndeplini obiectivele asumate. Problemele identificate care țin de competența ministerului trebuie corectate și acest lucru va conduce la sporirea capacității de planificare strategică și bugetară a sectorului de sănătate.

2. Ministerul Sănătății a elaborat după restructurarea din anul 2007 cadrul de politică sectorială: Politica Națională de Sănătate și Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate 2008-2017. Toate documentele elaborate ulterior se încadrează în prioritățile strategice identificate.

3. Elaborarea Planului de Dezvoltare Strategică 2009-2011, cu revizuirea priorităților și acțiunilor din cele aproximativ 35 de documente de politici, strategii, programe, pe care Ministerul Sănătății le are în directă responsabilitate, va contribui direct la planificarea riguroasă a activității ministerului pentru primul ciclu de planificare strategică.

4. Introducerea unui sistem de salarizare bazat pe performanță, care să asigure stabilitatea și motivarea personalului și introducerea unui sistem de stimulente morale și materiale poate contribui la dezvoltarea capacităților angajaților Ministerului Sănătății.

5. Instituirea auditului intern și dezvoltarea treptată a planificării financiare pe programe și sub-programe de performanță și aplicarea metodologiei de evaluare a performanțelor în raport cu resursele financiare existente constituie factori importanți în optimizarea activității Ministerului Sănătății.

6. Dezvoltarea unui plan pe termen lung, de formare inițială și continuă în planificare strategică pentru tinerii specialiști care vor fi recrutați trebuie să constituie unul dintre obiectivele principale ale Ministerului Sănătății. În sistemul de sănătate, cunoștințele de planificare strategică trebuie să

fie fundamentate, în primul rând, pe o bază solidă de cunoștințe de sănătate publică și management. Instruirea sau participarea la masterate cu frecvență redusă nu sunt suficiente. O soluție este promovarea pe bază de selecție a unor tineri specialiști la masterate internaționale, în universități cu tradiții în domeniu. Bursele de studii pot fi solicitate donatorilor sau acoperite de stat, prin negocierea cu universitățile respective, cu obligativitatea, în contractul de finanțare a studiilor, ca bursierul să lucreze minimum cinci ani pentru instituție sau să ramburseze integral valoarea bursei acordate.

Bibliografie selectivă

1. Ețco, C. Management în sistemul de sănătate. Chișinău, 2006, - 864 p.
2. Saltman, R.B., Figueras, J. and Skellrides, C. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Buckingham: Open University Press. 1998. p. 261-286.
3. Schieber, G. J. Preconditions for health reform: experiences from the OECD countries. Health Policy. Berne. 1995. no. 32, p.279-293.

Rezumat

Studiul de față prezintă sintetic rezultatele evaluării capacității instituționale a Ministerului Sănătății în domeniul managementului și resurselor umane, a procesului decizional și de comunicare, precum și în domeniul managementului financiar. Informațiile obținute au stat la baza Planului de Dezvoltare Instituțională a Ministerului Sănătății pentru anii 2009-2011.

Summary

This survey shows synthetically the results of an institutional capacity evaluation in the Ministry of Health regarding the human resources management, decision-making and communication process, as well as financial management. The resulted information was taken as background for the Institutional Development Plan of the Ministry of Health for 2009-2011.

ACCESUL POPULAȚIEI LA SERVICII DE SĂNĂTATE ÎN RAPORT CU CAPACITATEA DE PLATĂ

Pavel Ursu, doctorand, USMF „Nicolae Testemițanu”

Cercetările asupra sănătății populației constituie o componentă importantă a cadrului informațional necesar identificării factorilor ce afectează starea de sănătate a populației, consumul de servicii medicale și de medicamente. Extrem de importante pentru argumentarea deciziilor sunt informațiile științifice, care reflectă accesul la servicii de sănătate, în funcție de capacitatea populației de a achita aceste servicii. De asemenea, prezintă interes și datele care reflectă categoriile de populație lipsite de asistență medicală, precum și analiza impactului diferitor programe asupra sănătății populației.

Scopul prezentei cercetări a fost evaluarea accesului la servicii de sănătate, în raport cu capacitatea de plată a diverselor categorii de populație.

Materiale și metode. În cercetare au fost incluse toate persoanele din cadrul gospodăriilor individuale de pe teritoriul țării selectate aleatoriu. Nu au fost cuprinse în cercetare persoanele care locuiesc în unitățile instituționale, precum închisorile, sanatoriile, casele pentru bătrâni, orfelinatele, căminele studențești, excepție fiind căminele muncitorești. Pentru înregistrarea datelor a fost utilizat interviul și proxy interviul. Pentru persoanele sub 15 ani, datele au fost furnizate de către o persoană adultă din cadrul gospodăriei, de regulă aceasta a fost mama, considerându-se că ea este persoana, care poate oferi date corecte (în absența acesteia informațiile au fost asigurate de tatăl copilului sau de o altă persoană adultă). Întrebările din chestionar au avut ca referință perioade de timp diferite: 4 săptămâni anterioare lunii interviului pentru întrebările cu referire la vizitele unui medic, serviciile medicale primare; 12 luni anterioare lunii interviului pentru întrebările cu referire la vizitele unui medic, serviciile medicale spitalicești. Pentru colectarea informației a fost utilizat chestionarul individual pentru adulți, și chestionarul individual pentru copii. Varianta inițială a chestionarelor a fost

testată în cadrul studiului pilot pe un eșantion de 100 de gospodării. Studiul a fost efectuat pe un lot de 4532 de gospodării, care au participat la Cercetarea Bugetelor Gospodăriilor Casnice în anul 2008. Capacitatea de plată a gospodăriilor a fost evaluată pe quintile de venituri.

Rezultate și discuții. Conform datelor studiului circa 79% din populație dispune de asigurare medicală, inclusiv 51,3% sunt asigurați de către stat, 26,7% – prin contribuții lunare și restul sunt persoanele care au procurat polița de asigurare socială. Asigurarea medicală obligatorie a presupus mărirea accesului la serviciile medicale, inclusiv și a categoriilor social vulnerabile. S-a constatat, că circa 30% din populația cea mai săracă (quintila I) nu dispune de asigurare medicală, iar în rândurile populației mai înstărite (quintila V), ponderea acestor persoane este de 16,4% (figura 1). Fiecare a doua persoană din quintila I dispune de asigurare medicală gratuită (55,5%), la persoanele din quintila V acest indicator constituie 39,1%. Totodată, pentru populația din quintila V a fost înregistrată cea mai mare pondere a persoanelor cu asigurări prin contribuții lunare (42,6%).

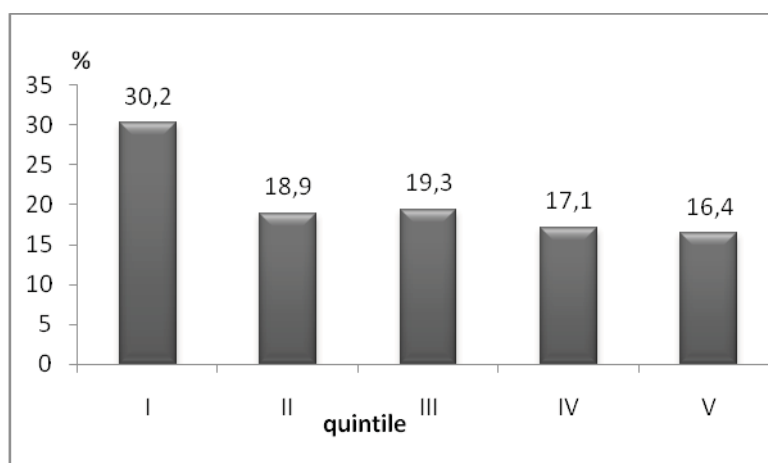


Figura 1. Ponderea persoanelor care nu dispun de asigurare medicală, pe quintile

În funcție de statutul ocupațional, persoanele neasigurate se repartizează astfel: 19,2% sunt șomeri, 21,9% – salariați, 48,9% – lucrători pe cont propriu în agricultură și restul 9,9% – lucrători pe cont propriu în sectorul non-agricol.

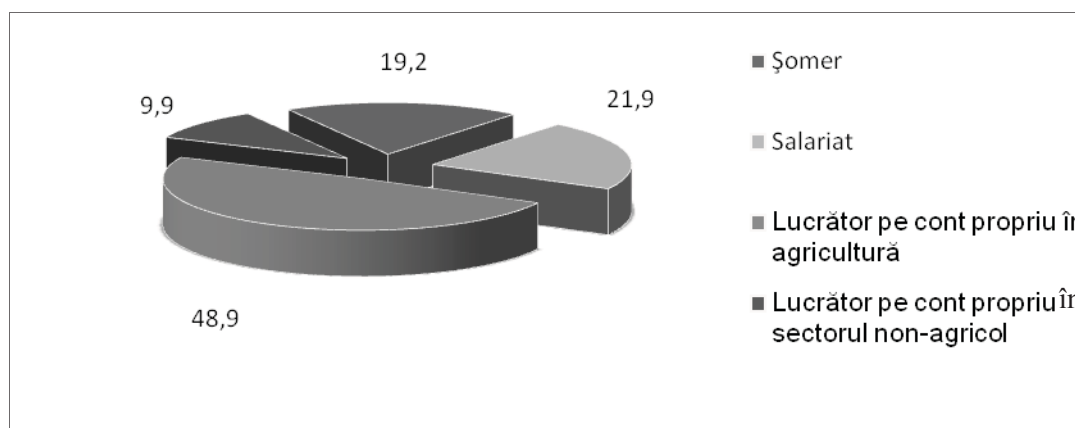


Figura 2. Structura persoanelor care nu dispun de asigurare medicală după statutul ocupațional, %

Din totalul persoanelor neasigurate, 48,8% au menționat că nu dispun de asigurare pe motiv că este prea costisitor, 16% consideră că oricum vor trebui să plătească pentru serviciile medicale, 12% – nu au nevoie pe motiv că sunt sănătoși, iar 17,6% au indicat că nu dispun de asigurare medicală, dat fiind că lucrează informal.

În urma cercetării, s-a constatat că în 4 săptămâni care au precedat interviul, 23,3% din populație au apelat la servicii medicale. Cele mai puține cazuri de solicitare a serviciilor medicale sunt caracteristice pentru vârsta de 25-34 de ani (14,1%), iar după 65 de ani fiind de 34,0%. În general,

populația din mediul urban este mai îngrijorată de starea ei de sănătate, astfel încât fiecare a patra persoană s-a adresat după servicii medicale în cele 4 săptămâni anterioare interviului. Accesibilitatea serviciilor medicale primare depinde și de nivelul de bunăstare a populației, resursele financiare fiind o condiție importantă în stabilirea accesului la anumite servicii medicale. Astfel, oameni cu o condiție modestă de trai s-au adresat la medic într-o proporție de 15,5%, comparativ cu 30,9% în cazul populației din quintila V. Acest fapt relevă existența unor inechități în accesul populației la serviciile de asistență medicală primară.

Indiferent de categoria de vârstă, persoanele care au apelat în ultimele 4 săptămâni la serviciile medicale, în cea mai mare parte au beneficiat de serviciile medicului de familie (51,8%) și a medicului specialist (34,0%). Paralel cu acestea, în proporții de 4,1% și 6,8% populația a beneficiat de consultațiile (serviciile) farmacistului și ale dentistului.

Persoanele din quintila I s-au adresat într-o proporție mai mare la medicul de familie comparativ cu cele din quintila V (53,7% față de 42,3%). Vizitele la medicul specialist în proporție de 44,5% au fost înregistrate pentru populația din quintila V, față de 30,7% pentru persoanele din quintila I. Cele mai multe cazuri de adresare farmacistului au fost înregistrate în cazul persoanelor din quintila I, 6,4% față de 2,5% pentru persoanele din quintila V.

În funcție de nivelul de bunăstare a populației, s-a constatat că pentru toate categoriile de populație, serviciile medicale au fost acordate preponderent în centrele de sănătate, cu o diferențiere a acestui indicator între populația din quintila I și V de 19,9 puncte procentuale. În cazul populației cel mai bine asigurate financiar (quintila V) au fost înregistrate mai multe cazuri de aplicare a medicinei netradiționale și mai puține cazuri de adresare după medicamente.

Practic, fiecare a doua persoană din quintila I (46,8%) a mers la medic pentru tratament general, în comparație 35,2% persoane din quintila V. Populația cea mai înstărită înregistrează o prevalență mai sporită a adresărilor la medic pe motiv de febră și continuarea vizitei la medicul specialist.

În cele mai multe cazuri (91,2%), populația a apelat după servicii medicale la serviciul public, cel privat fiind solicitat de 8,4% din populație. Serviciile medicale private sunt solicitate preponderent pe motivul durerilor de dinți (43,5% din total), iar cele publice preponderent pentru tratament general, respectiv 42,6%. Pe măsura creșterii nivelului de bunăstare a populației descrește ponderea adresărilor la instituțiile medicale de stat, până la 88,2% pentru persoanele din quintila V și respectiv crește ponderea adresărilor în instituțiile private. Astfel, persoanele din quintila V au beneficiat de serviciile unei instituții private în proporție de 11,8%, față de 8,4% în cazul populației cel mai puțin asigurate (figura 3).

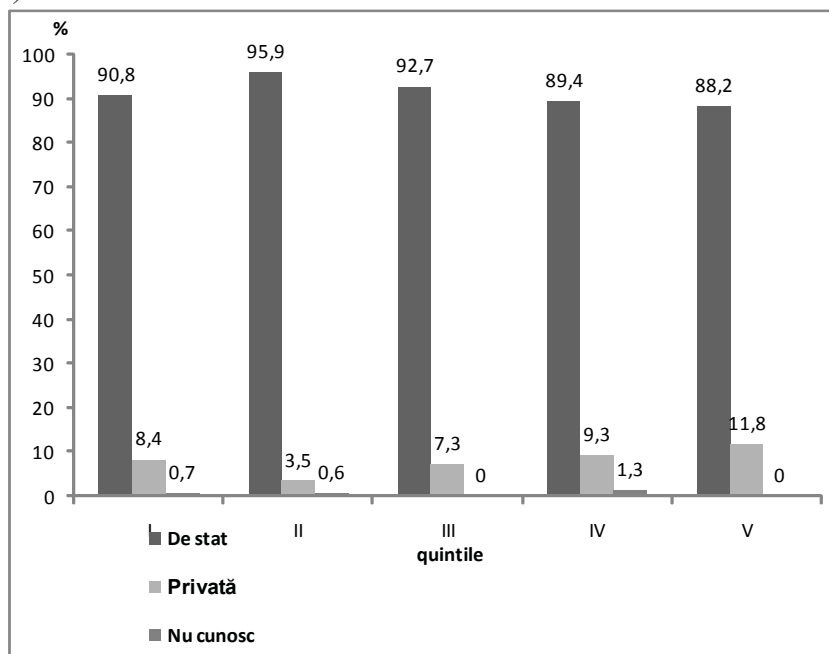


Figura 3. Ponderea persoanelor pe quintile care au beneficiat de servicii medicale, după forma de proprietate a instituției

Conform rezultatelor studiului, pe parcursul a 12 luni precedente interviului, 74,6% din populație a apelat la serviciile unui medic, iar 25,4% din anumite motive a renunțat la vizită. Ponderea bărbaților care au renunțat să meargă la medic s-a dovedit a fi mai mică (22,8%) în comparație cu femeile (27,4%).

Cauza renunțării la serviciile medicale diferă foarte mult, în funcție de mediul de reședință a persoanei (figura 4). Populația din mediul urban, în caz de boală, mai des recurge la utilizarea medicamentelor procurate anterior (75,3% față de 56,8% în rural). În cazul populației rurale mai des se renunță la serviciile medicale pe motiv de insuficiență a mijloacelor financiare (36,4%), fiind frecvente și cazurile când nu se întreprinde nimic în caz de boală sau pe motiv că „situația va fi depășită fără a face ceva” (28,9%).

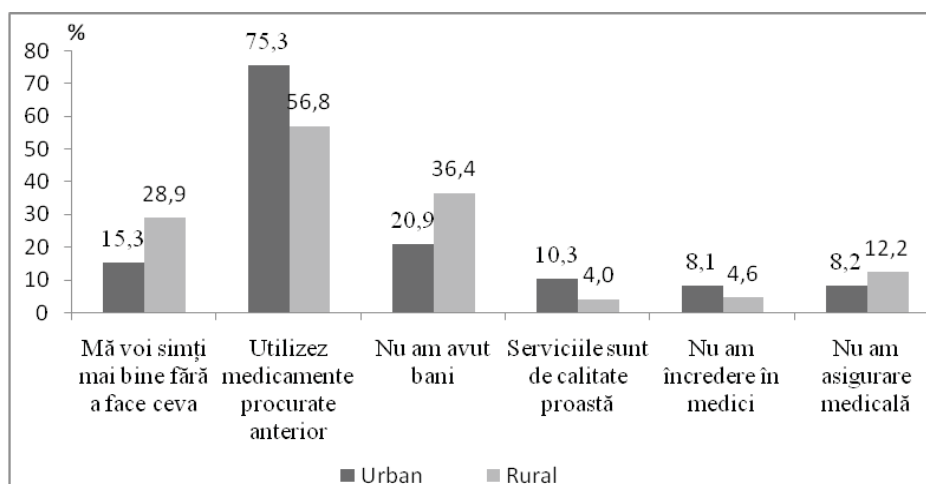


Figura 4. Motivul pentru care populația a renunțat să meargă la medicul de familie sau la specialist, pe medii de reședință

În 12 luni care au precedat interviul, 10,4% din populație a fost internată în spital. Bărbații au fost internați în spital în proporție de 9,9%, iar în cazul femeilor acest indicator a constituit 10,7%.

Fiecare a doua persoană, care a beneficiat în ultimele 12 luni de servicii spitalicești, a fost internată în spitalul raional, fiecare a patra persoană în spitalul republican, iar fiecare a cincea persoană a fost internată în spitalul municipal. Populația din mediul rural, de regulă, este internată în spitalele raionale (62,0%) și în cele de nivel republican (31,4%), iar populația urbană este internată în spitalele municipale și cele raionale.

S-a constatat că pe perioada internării, persoanelor bolnave li s-au asigurat servicii suplimentare achitate de către membrii familiei sau alte persoane. Circa 41% din persoane au indicat că au folosit lenjeria de pat de la domiciliu, de cele mai dese ori acesta fiind cazul spitalelor raionale (51,5%). Au renunțat la masa oferită în spital 24% din respondenți, cele mai frecvente cazuri fiind în spitalele de nivel republican (28,6%). Dat fiind, că asigurarea medicală nu acoperă integral medicamentele necesare pentru tratament, 40,0% dintre respondenți au indicat că au procurat suplimentar necesarul de medicamente. În funcție de tipul spitalului, se constată că cel mai rar au recurs suplimentar la medicamente persoanele internate în spitalele raionale (37,3%), iar cel mai des persoanele internate în spitalele republicane (48,4%). Totodată, 13% dintre respondenți au fost în situația de a procura diverse consumabile medicale (bandaje, seringi etc.), cele mai frecvente fiind de asemenea cazurile din spitalele republicane (25,7%).

Pe parcursul a 4 săptămâni anterioare studiului, 44,1% din populație au folosit medicamente în condițiile apariției problemelor de sănătate. Mai mult de jumătate din populație folosește medicamentele ca urmare a prescrierilor medicale (52,0%), restul 48,0% din proprie inițiativă. Medicamentele folosite din proprie inițiativă, se înregistrează pentru toate categoriile de vârstă, mai frecvente acestea fiind în cazul populației în vârstă de 15–44 de ani.

În caz de sesizare a faptului de solicitare a unor plăți suplimentare pentru medicamentele compensate, fiecare a doua persoană a declarat că nu ar verifica suma achitată pentru medicamentele pro-

curate, și doar într-o proporție de 26,5% aceștia ar verifica plățile efectuate la medic. În cazul, în care pentru serviciile medicale populația ar fi solicitată să achite costuri suplimentare, 13,4% au declarat că ar depune o plângere la Ministerul Sănătății, iar 14,1% nemijlocit la personalul instituției. Totuși, într-o proporție de 41,5% respondenții au declarat, că nu ar depune nici o plângere, iar fiecare a cincea persoană nu a putut să se pronunțe în acest sens.

Bibliografie selectivă

1. Bambra, C., Gibson, M., Petticrew, M., Sowden, A., Whitehead, M., Wright, K. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *PHR*, 2007. – 102 p.
2. Bloom, D, Canning, D, Sevilla, J. Health, worker productivity and economic growth. Pittsburgh, School of Public Policy and Management, Carnegie Mellon University, 2002.
3. Distribution of health payments and catastrophic expenditures: Methodology by Ke Xu World Health Organization. GENEVA, 2005. p. 2-7.
4. Soares, R.R. Health and the evolution of welfare across Brazilian municipalities. *Journal of Development Economics*, 2007, 84(2):590–608.

Rezumat

Studiul a demonstrat că accesibilitatea la serviciile de sănătate se află într-o legătură directă cu capacitatea de plată a diverselor categorii de populație. Adresabilitatea populației din quintilul V după servicii medicale este de două ori mai mare, în comparație cu cea din quintilul I. Persoanele cele mai înstărite preferă servicii medicale specializate și complementare, iar cele de o condiție modestă – îngrijiri oferite de asistența medicală primară. Persoanele din quintilul V utilizează mai des serviciile prestate de instituțiile medicale private. Pe parcursul unui an, aproximativ 25% din populație a renunțat la serviciile de sănătate. Populația din mediul rural cel mai des renunță la serviciile medicale, pe motiv de insuficiență a mijloacelor financiare.

Summary

The study has proved that the access to the health services is directly linked with the capacity to pay of different population groups. The frequency of health services utilization in the V-th quintile is double compared with the 1st quintile. The better off population prefer more specialized and complementary services, while poorer prefer primary health care services. The persons from the V-th quintile use more frequently services provided by private health services institutions. Approximately 25% of population refused seeking health care during the last year. Rural population is giving up seeking health services due to lack of financial means more frequently than urban population.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИОХИРУРГИЧЕСКОГО И КРИОЛУЧЕВОГО МЕТОДОВ

**И. Пустынский, А. Пачес, М. Кропотов, С. Ткачев, А. Ягубов, Г. Бажутова,
С. Сланина, РОНЦ им. Блохина РАМН, Москва, Россия**

Цель работы. Повышение эффективности и улучшение результатов лечения больных раком кожи головы и шеи.

Материалы и методы. Исследованы клинико-морфологические данные и результаты лечения 462 больных раком кожи головы и шеи, которые проходили лечение в клинике опухолей головы и шеи РОНЦ им. Блохина РАМН с 1996 по 2007 гг. Опухоли, соответствующие индексу T1, диагностированы у 138 больных, T2 – у 121, T3 – у 54, T4 – у 52. У 97 больных имелись распространенные рецидивы рака кожи после разных видов лечения. Базальноклеточный рак кожи диагностирован у 387 пациентов, плоскоклеточный рак – у 68, рак кожи из клеток Меркеля – у 5 и рак из придатков кожи – у 2. Использовали следующие виды лечения: криохирургическое (261 больной), хирургическое (111), криолучевое (79), комбинированное и комплексное (9), лучевое (2). Каждый вид лечения применяли по разработанным в клинике показаниям.

Rezultate. Все больные прослежены от 2 до 10 лет. Рецидивы заболевания диагностированы у 35 (7,6%) больных, в том числе после хирургического, комбинированного и комплексного лечения у 11 (9,2%), после криохирургического у 18 (6,9%), после криолучевого у 6 (7,6%). Наиболее высокий риск рецидива заболевания отмечен при лечении рецидивных опухолей (16 из 97 больных, 16,5%). Выбор оптимального метода лечения позволил максимально сохранить ткани и индивидуальный рельеф лица, добиться хороших эстетических и функциональных результатов, снизить число рецидивов заболевания.

Выводы. Применение разработанных принципов дифференцированного подхода к выбору метода лечения больных раком кожи головы и шеи с использованием криохирургического и криолучевого методов позволило достичь оптимальных эстетических, функциональных и отдаленных результатов и полноценной реабилитации пациентов.

ELABORAREA ALGORITMULUI DE DIAGNOSTIC AL ADENOMULUI ȘI CANCERULUI INCIPIENT AL GLANDEI TIROIDE

Andrei Țibîrnă, doctorand, Catedra Hematologie și Oncologie a
USMF „Nicolae Testemițanu”

Cu mai mult de 100 de ani în urmă vestitul chirurg din Elveția Teodor Koher a luat premiul Nobel pentru cercetări în domeniul fiziologiei, patologiei și chirurgiei glandei tiroide. Pe parcursul acestor ani, știința despre diagnosticul și tratamentul patologiilor tiroidiene și, în special, al cancerelor tiroidiene a cunoscut o dezvoltare vertiginoasă și s-a îmbogățit cu date noi. La momentul actual s-a ajuns la o cunoaștere profundă a proceselor de oncogeneză și a particularităților evoluției clinice și tratamentului bolnavilor oncologici ale glandei tiroide. A devenit posibilă și studierea interrelațiilor dintre cancerul tiroidian și tumorile benigne, pentru că în baza cercetărilor s-a demonstrat că tumorile maligne tiroidiene apar pe un fond pretumoral, cum ar fi: adenomul tiroidian, gușa nodular difuză, tiroiditele autoimune și chisturile. Reieșind din cele expuse mai sus, s-a ajuns la concluzia că în combaterea cancerului tiroidian, un rol important îl joacă diagnosticul precoce, la stadiile inițiale, elaborarea metodelor performante de tratament, în care radicalismul chirurgical să fie îmbinat cu principiul păstrării funcției organului.

Studiul a fost efectuat în baza laboratorului științific „Tumori cap și gât și microchirurgie” al IMSP Institutul Oncologic din Moldova în perioada 1995-2008. În total, pe parcursul acestor 14 ani în Cancer Registru Național au fost luați la evidență 2411 pacienți primari cu diagnosticul morfologic verificat de cancer al glandei tiroide. Paralel au fost cercetați 2543 de pacienți, cu neoformațiuni benigne ale glandei tiroide. Reieșind din scopul lucrării și pentru realizarea sarcinilor trasate, în studiu au fost incluși toți bolnavii cu diagnosticul de cancer tiroidian verificat morfologic, apărut pe fond de adenom și strumă ale glandei tiroide. Astfel, au fost studiați și investigați 534 de pacienți cu cancer tiroidian pe fond de adenom, 16,4% pe fond de adenom și 5,2 % pe fond de strumă.

În scopul examinării clinico-morfologice optime a pacienților cu formațiuni nodulare și difuze ale patologiei glandei tiroide, lotul de bolnavi incluși în studiu a fost divizat în trei grupuri în baza manifestărilor clinice:

I grup - 85 (15,9%) de pacienți cu formațiuni nodulare tiroidiene cu evoluție lentă (5-10 ani), tratament conservativ fără efect.

II grup - 196 (36,7%) de pacienți cu formațiuni nodulare difuze tiroidiene cu accelerarea creșterii tumorii în ultima perioadă.

III grup - 253 (47,3%) de pacienți cu formațiuni nodulare difuze cu evoluția în mai puțin de trei ani, cu apariția durtății și tuberozității tumorii.

Din lotul total de (534) de pacienți, incluși în studiu, în 362 (67,8%) de cazuri a fost verificat morfologic diagnosticul de cancer folicular pe fond de adenom, în 110 (20,6%) de cazuri - cancer folicular pe fond de strumă, în 49 (9,1%) de cazuri – cancer papilar pe fond de adenom, și în 13 (2,4%) de cazuri- cancer papilar pe fond de strumă. De menționat că, din numărul total de cazuri de cancer

tiroidian în această perioadă a fost diagnosticat cancerul folicular în 1339 din 2411 de cazuri (55,5%), cancerul papilar în 463 de cazuri (19,2%), cancerul medular în 21 de cazuri (1,1%), cancerul nediferențiat în 33 de cazuri (1,7%), alte forme în 18 cazuri (0,84%).

Cancer folicular pe fond de adenom – 362 (67,8%)
 Cancer folicular pe fond de strumă – 110 (20,6%)
 Cancer papilar pe fond de adenom - 49 (9,1%)
 Cancer papilar pe fond de strumă – 13 (2,4%)
Total – 534 de bolnavi

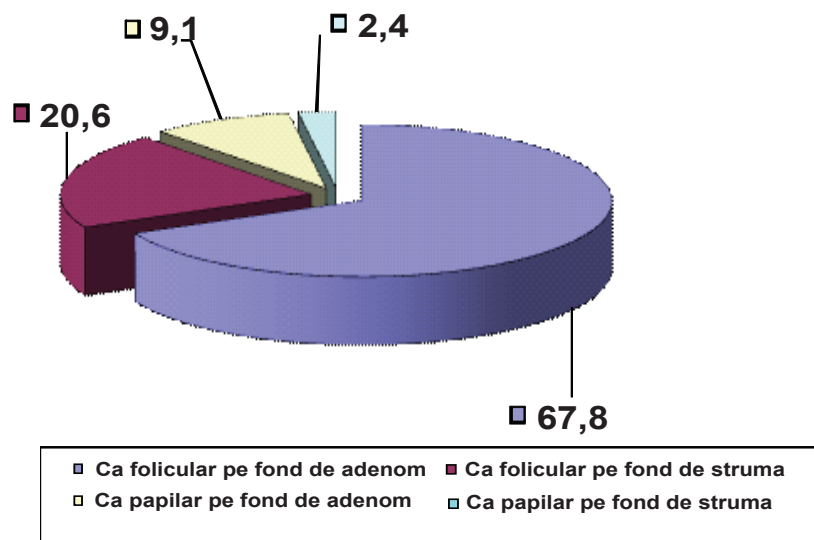


Figura 1. Formele morfologice de cancer tiroidian pe fond de adenom și strumă (lotul de studiu)

Managementul de evaluare a diagnosticului adenomului și strumei glandei tiroide în cercetările noastre sunt compuse din:

- Acuzele la adresarea primară (prezența unui nodul sau formațiuni tumorale în regiunea glandei tiroide; prezența formațiunii depistate la USG; disfonie; discomfort la deglutiție; senzație de „corp străin” ș.a).
- Anamnestical maladiiei (durata, evoluția simptomelor, adresările anterioare la medic, tratamentul conservativ suportat de endocrinolog, rezultatele citologice și morfologice anterioare etc.).
- Examenul clinic (inspecția și palparea glandei tiroide, regiunii cervicale și supraclaviculare, laringoscopia indirectă).
- Investigațiile radiografice (radiografia pulmonară, tomografia mediastinului și a traheei).
- Investigațiile diagnostice specifice (USG glandei tiroide, scintigrafia glandei tiroide, tomografia computerizată spiralată, puncția biopsia cu ac subțire sub ghidarea USG).
- Examenul morfologic al materialului operator colectat.

Mai detaliat vom descrie doar investigațiile diagnostice specifice, utilizate în lucrarea prezentată în lotul de studiu.

USG glandei tiroide a fost efectuată în perioada diagnostică preclinică la 534 de bolnavi din lotul de studiu. În acest scop au fost folosite ecografe portative „Aloka SSD-500”, „SLE-301”, ecograful staționar „Siemens SONOLINE Vera Plus” și ecograful staționar „Aloka SSD-1400” cu sonde liniare cu frecvența de 7,0 și 7,5 MHz cu adâncimea de penetrare 5-7 cm. Examinarea ecografică se efectuează în două poziții: orizontală și șezând pe scaun.

Bolnavul culcat în decubit dorsal cu perna sub omoplați, astfel ușurându-se accesul spre glanda tiroidă prin extinderea gâtului.

Șezândă: cu corpul înclinat puțin înainte și bărbia ridicată. În procesul de investigație se apreciau parametrii liniari ai glandei tiroide, conturul lobilor, ecogenitatea, zone sau formațiuni cu ecogenitate diferită, prezența haloului și a calcinatelor, consistența formațiunilor comparativ cu țesutul adiacent normal, prezența adenopatiilor cervicale, existența unei strome retrosternale etc. Dimensiunile glandei și a formațiunilor depistate erau apreciate după trei axe cardinale: verticală, sagitală și transversală. În lotul nostru de studiu am analizat aspectul ecoscopic al proceselor benigne (adenom, tiroidita autoimună, gușa nodulară) și maligne (cancerul glandei tiroide). Aspectul structurilor adenomatoase se prezentau prin una sau mai multe formațiuni nodulare de formă ovoidă pe fonul neschimbat al țesutului glandular.

De obicei, conturul era bine diferențiat, regulat, continuu. Leziunile slab delimitate le deosebim prin „halou”, o zonă hipocogenă uniformă de 1-2 mm lățime. Haloul poate fi întâlnit și la formațiuni maligne, dar, spre deosebire de adenom, în aceste cazuri haloul este neuniform și întrerupt. În aspectul ecografic formațiunile maligne sunt prezentate sub formă de noduli cu contur neregulat slab delimitat, deseori cu incluziuni hipocogene chistice. Dacă formațiunea poate fi luată drept nodul adenom sau chist, apoi se folosesc și alte semne de diagnostic diferențiat: la adenom conturul neregulat și haloul neuniform și întrerupt vorbește despre malignizarea acestui adenom. În caz de suspecție la malignizare se recomandă investigații suplimentare pentru precizarea diagnosticului, inclusiv biopsia.

O altă metodă diagnostică informativă folosită de noi în patologia glandei tiroide este metoda scitigrafiei cu radioizotopi. În lotul nostru de studiu am folosit Tc99 în doză de 60 MBq la gama-camera „Apex SP-6” (laboratorul radioizotopic al Centrului Republican de Diagnostică Medicală). Scopul investigației este de a evalua nivelul de acumulare a radioizotopului, uniformitatea distribuirii acestuia, topografia nodulului, defectele de contur, și prezența zonelor „reci”, „calde” sau „fierbinți”. Astfel, s-a constatat, că nodulii „reci”, la nivelul cărora radioactivitatea lipsește complet, se malignizează cel mai frecvent, ei necesitând o tactică chirurgicală activă.

Una dintre cele mai informative metode la ziua de azi este biopsia prin aspirație cu ac subțire a glandei tiroide, cu examen citologic ulterior. S-au utilizat seringi tip „Luer” de 5-20 ml, cu ac subțire de 21-22 gauze.

Tehnica executării: bolnavul era așezat în fotoliu, cu capul flexat pe spate sau în poziție orizontală. Pielea în regiunea puncției era prelucrată cu antiseptic (sol. Alcool etilic 70°), se aprecia palpator sau sub controlul ghidat ecografic poziția formațiunii nodulare, după care, cu o mișcare sigură se perfora pielea și țesuturile moi până la formațiunea nodulară (în timpul introducerii acului în nodul pacientul este rugat să nu efectueze mișcări de glutiție). După vizualizarea acului în nodul se făceau mișcări de aspirație, evitând deplasarea acului, pentru a nu aspira sânge.

TC – tomografia computerizată este o metodă nouă de investigație, care permite diagnosticul tumorilor cavității abdominale, a bazinului mic. În ultimii ani, această metodă a început să fie utilizată și în diagnosticul tumorilor regiunii capului și gâtului. Metoda fiind foarte costisitoare și mai puțin informativă pentru tumorile acestei regiuni, ea nu se folosește pe larg. Concret, în diagnosticul tumorilor tiroidiene, tomografia computerizată ne dă informație adăugătoare în răspândirea procesului în capsula glandei, invazia în organele adiacente (țesuturile moi cervicale, nervus laringeus, traheea, esofagul).

Toți 534 de bolnavi, incluși în studiu, au fost supuși tratamentului chirurgical. Tactica în selecția volumului intervenției a fost dictată de localizarea tumorii primare și de gradul de afectare a glandei tiroide.

Tipurile intervențiilor chirurgicale, efectuate în caz de formațiuni nodulare ale glandei tiroide, sunt prezentate în *tabelul 1*.

Tabelul 1

Tipurile intervențiilor chirurgicale pentru formațiuni nodular difuze ale glandei tiroide

(aplicate în tratamentul bolnavilor din lotul de studiu)

| Volumul rezecției de glandă | Intervenții primare | | Intervenții repetate | | TOTAL |
|--|---------------------|-------|----------------------|---|-------|
| | Nr. abs. | % | Nr. abs. | % | |
| Rezecția glandei tiroide (lobul afectat) | 102 | 19,1% | - | - | 102 |
| Rezecția glandei tiroide (lobul și istmul) | 264 | 49,4 | - | - | 264 |
| Rezecția subtotală a glandei | 91 | 17,04 | 1 | | 92 |
| Rezecția maximal subtotală | 60 | 11,2 | 1 | | 61 |
| Tiroidectomia | 17 | 3,2 | 1 | | 18 |
| TOTAL | 534 | | 3 | | 537 |

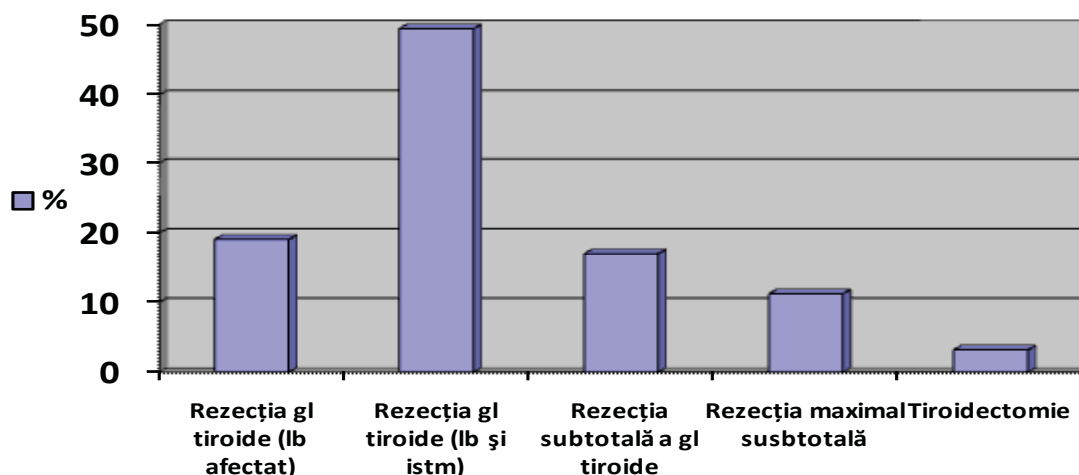


Figura 2. Tipurile intervențiilor chirurgicale pentru formațiuni nodular-difuze ale glandei tiroide

Din tabelul și diagrama prezentate se vede că cea mai frecvent utilizată intervenție a fost rezecția lobului și a istmului (264 operații-49,4%), după care urmează rezecția lobului afectat (102-19,1%), rezecția maximal subtotală (60-11,2%) și tiroidectomia ca cel mai rar tip de intervenție (17-3,2%). Durata spitalizării a variat de la 6 la 11 zile/pat, media constituind 8,5 zile/pat.

Analiza statistică a materialului a fost efectuată prin gruparea și sistematizarea datelor primare, calcularea mediei aritmetice, crearea erorii standard a mediei. În aceste operații s-a utilizat „motorul” tabelar, „Excel” din pachetul MSOffice XP. Semnificația statistică a indicilor cantitativi s-a realizat prin aplicarea analizei dispersionale. Indicii calitativi au fost apreciați prin criteriile Fisher și „hi-pătrat”. Supraviețuirea bolnavilor a fost apreciată prin metoda momentelor (Kaplan-Meyer), calculându-se șansa de supraviețuire la fiecare caz de deces înregistrat.

Pentru curba de supraviețuire a fost calculată și valoarea intervalului de credibilitate de 95%. Calculul matematic s-a făcut cu ajutorul programului statistic „Primer of Biostatistics, Version 4.03” pentru calculatoare personale.

În scopul aprecierii semnificației investigațiilor diagnostice s-a utilizat metoda de apreciere a sensibilității și specificității testului diagnostic, a valorii predictive pozitive și negative, a ratei de probabilitate.

Orice test diagnostic poate confirma sau infirma prezența unei sau altei maladii, de aceea pentru a verifica veridicitatea răspunsului rezultatele testului trebuie comparate cu rezultatele unui alt test cu o semnificație diagnostică mult superioară, cu așa-zisul „Standard de aur” (în cazul nostru, cu examenul histopatologic postoperator). În comparație cu „standardul de aur”, testul ne oferă 4 variante de răspuns: veridic pozitiv (VP), fals pozitiv (FP), fals negativ (FN) și veridic negativ (VN).

Calculul indicilor, ce caracterizează valoarea diagnostică a testului, sunt:

$$\text{Sensibilitate} = \frac{VP}{VP+FN} \quad (\text{reprezintă cota parte a rezultatelor pozitive ale testului din numărul bolnavilor cu maladia respectivă}).$$

$$\text{Specificitate} = \frac{VN}{VN+FP} \quad (\text{reprezintă cota parte a rezultatelor negative ale testului din numărul bolnavilor sănătoși sau cu alte maladii}).$$

$$\text{Valoarea predictivă pozitivă (VPP)} = \frac{VP}{VP+FP};$$

(constituie cota parte a pacienților din numărul total de rezultate pozitive ale testului).

$$\text{Valoarea predictivă negativă (VPN)} = \frac{VN}{VN+FN};$$

(constituie cota parte a pacienților sănătoși din numărul total de rezultate negative ale testului).

(Analiza comparativă a valorii diagnostice între două sau mai multe teste nu se poate face doar în baza aprecierii sensibilității, specificității, a VPP și VPN. Mai este necesar să se aprecieze rata probabilității (likelihood ratio – LR), care se reprezintă prin raportul dintre probabilitatea unui anumit rezultat al testului în rândul persoanelor bolnave cu probabilitatea aceluiași rezultat al testului în rândul persoanelor sănătoase. Rata probabilității este numită „pozitivă”, dacă este analizat rezultatul pozitiv al testului și „negativă”, dacă este analizat rezultatul negativ al testului.

Prezentarea matematică a acestor indici este următoarea:

$$LR^+ = \frac{\text{sensib.}}{1-\text{specif.}}; \quad LR^- = \frac{1-\text{sensib.}}{\text{Specif.}}$$

(valoarea sensibilității și specificității se notează în cote părți și nu în procente).

Din formulă reiese, că rata probabilității pozitive (LR^+) are valori minime, când sensibilitatea și specificitatea sunt aproape de „zero”. Valoarea $LR^+=1$ ne arată, că testul este inutil (asta ar însemna că probabilitatea rezultatului pozitiv al testului este aceeași la persoanele bolnave și aceleași la persoanele sănătoase. Valoarea $LR^-=1$ de asemenea arată un test inutil.

Deci cu cât este mai mică valoarea LR^- , cu atât testul este mai semnificativ.

În clinica noastră a fost elaborat un algoritm de examinare complexă a pacienților cu formațiuni nodulare ale glandei tiroide pentru diagnosticul diferențiat exact, care ar permite depistarea precoce a cancerului tiroidian.

Acest algoritm cuprinde:

1. examenul clinic (culegerea anamnezei, palparea, examenul vizual);
2. scintigrafia;
3. ultrasonografia;
4. examenul citologic (material colectat prin biopsie ghidată ecografic);
5. tactica chirurgicală activă – intervenție chirurgicală economă cu examen histologic obligatoriu.

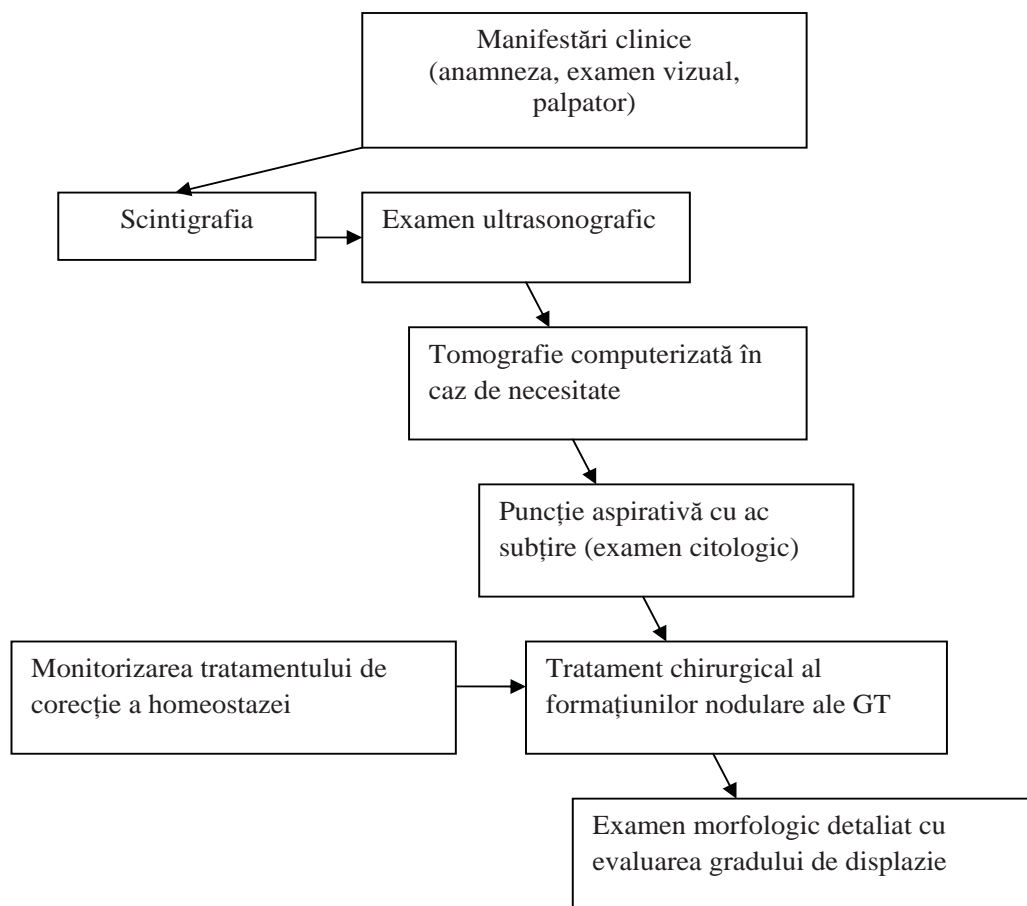
Aplicarea în clinică a acestui algoritm complex va permite majorarea ratei diagnosticului pre-operator de la 20,7% la 67,5%. *Tabelul 2* ne demonstrează că fiecare metodă diagnosticată aparține și are limitele sale.

Tabelul 2

Sensibilitatea metodelor diagnostice aplicate în evaluarea formațiunilor nodulare ale glandei tiroide

| Nr. d/o | Metoda diagnostică | Rata depistării semnelor de malignizare | |
|---------|---|---|----------------|
| | | Metode separate | Examen complex |
| 1. | Examen clinic (vizual, palpator, anamneza) | 27,5% | 98,9% |
| 2. | Scintigrafie | 37,1% | 98,9% |
| 3. | Ultrasonografie | 65,3% | 98,9% |
| 4. | Tomografie computerizată | 67,4% | 98,9% |
| 5. | Biopsie ghidată | 73,2% | 98,9% |
| 6. | Intervenție chirurgicală cu examen histologic | 97,7% | 98,9% |

Algoritmul de diagnostic și tratament al patologiilor nodulare ale glandei tiroide



Reieșind din schema prezentată mai sus, putem menționa că cea mai semnificativă sensibilitate în diagnosticul patologiilor nodulare ale glandei tiroide sunt: clinica, ultrasonografia și examenul citologic. În plan de tratament chirurgical adecvat putem menționa operațiile organomenajante cu păstrarea maximal posibilă a funcției endocrine a glandei tiroide și un examen minuțios morfologic.

Bibliografie selectivă

1. Țîbîrnă Gh., *Ghid clinic de oncologie*, Editura „Universul”, Chișinău, 2003, 828 p.
2. Mureșanu M., *Chirurgia oncologică*, Editura medicală universitară „Iuliu Hașeganu”, Cluj-Napoca, 2001.
3. Clipca A., *Aspecte clinico-morfologice ale cancerului tiroidian „ocult” și incipient*, Teză de doctor în medicină, Chișinău, 2008, 135 p.
4. Пачес А.И., *Опухоли головы и шеи*, Москва, 1995.
5. Бочкарева О., Синюкова Г., Костякова Л., Пилипчук И., Седова Ю., *Диагностические возможности ультразвуковой компьютерной томографии при рецидивах рака щитовидной железы*. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Том 20, №2 (прил. 1), (76), стр. 8, апрель-июнь 2009 г.

Rezumat

În Republica Moldova morbiditatea patologiilor benigne și a cancerului glandei tiroide constituie 4954 de bolnavi primari (pe parcursul ultimilor 14 ani). În studiu s-au analizat 534 de pacienți cu patologie nodulară a glandei tiroide pe fondul căreia s-a dezvoltat cancerul glandei tiroide. Morfologic au fost verificate 49 de cazuri de cancer papilar pe fond de adenom, 13 cazuri de cancer papilar pe fond de Strum/ Hashimoto, 362 de cazuri de cancer folicular pe fond de adenom și 110 de cazuri de cancer folicular pe fond de Strum/ Hashimoto. Paralel, s-a elaborat un algoritm de diagnostic al patologiei nodulare a glandei tiroide. În rezultat, s-a ajuns la concluzia că cea mai informativă investigație diagnostică a fost examenul ultrasonografic cu prelevarea materialului citologic prin biopsie ghidată.

Summary

The morbidity of benign and cancer of thyroid gland in the Republic of Moldova constitute 4954 of primary patients (during the last 14 years). In our study it was analyzed 534 patients with nodular pathology of thyroid gland on the background was developed thyroid gland cancer. Morphological examination show that in 49 cases with papillar cancer appear on the background by adenoma, 13 cases of papillar cancer appear on the background by Hashimoto's thyroiditis, 362 cases with follicular cancer developed on the background by adenoma and 110 cases of follicular cancer appear on the background by Hashimoto's thyroiditis. Parallel, it was elaborated a diagnostic algorithm of nodular pathology of thyroid gland. In the results we can conclude that the most informative diagnostic investigation is the ultrasound guided with fine needle aspiration biopsy.

PERCEPEREA DE CĂTRE PĂRINȚI A SERVICIULUI ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE PRESTATĂ COPIILOR

Constantin Ețco, dr. hab. în medicină, prof. univ., **Alina Ferdohleb**, dr. în medicină,
Ghenadie Damașcan, dr. în medicină

Catedra Economie, management și psihopedagogie în medicină USMF
„Nicolae Testemițanu”

Introducere

Perceperea serviciului de asistență medicală primară se bazează pe informația și cunoștințele formate din experiența anterioară și pe baza normelor social-culturale ale comunității. Astfel, satisfacția părinților este reprezentată de o combinație între „nevoia” percepută, „așteptările” în privința îngrijirilor, „experiența” formată de un standard subiectiv sau „experiența” trecută din îngrijiri similare. Așadar, perceperea serviciului de sănătate din partea consumatorilor este o interpretare individuală în contextul existenței cotidiene.

Calitatea îngrijirii și a serviciilor are dimensiuni multiple. Așadar, există multe criterii care abordează aspectele calității. Dimensiunile/criteriile calității reprezintă instrumentele de lucru în măsurarea proceselor și analiza rezultatelor desfășurate/obținute în cadrul serviciului sanitar. Comisia Unită pentru Acreditarea Organizațiilor de Îngrijire a Sănătății în SUA a definit următoarele dimensiuni ale serviciilor de performanță în instituțiile medico-sanitare [2, 3]:

1) *accesibilitatea*; 2) *competența profesională și siguranța*; 3) *continuitatea*; 4) *eficacitatea și relevanța*; 5) *eficiența*; 6) *relațiile interpersonale*; 7) *satisfacția pacientului*; 8) *compliancele pacientului*. În literatura de specialitate, acești parametri cel mai bine se prezintă în formă de spirală, vezi *figura 1*.

Importanța și necesitatea implementării indicatorilor de performanță a fost marcată la multe forumuri științifice internaționale și naționale. O marea parte din recomandări s-a reflectat în ordinele MS al RM și CNAM: „*Cu privire la monitorizarea și evaluarea prevederilor Programului Conduita Integrată a maladiilor la Copii în republică*”; „*Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2009 a Programului UNIC al asigurărilor obligatorii de asistență medicală*”; „*Cu privire la optimizarea activităților de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008-2015*”.

Totodată, cercetările în acest domeniu elucidează preponderent influența aspectelor medico-igienice, medico-sociale asupra nivelului indicatorilor stării sănătății copiilor (morbiditatea, retardul dezvoltării, invaliditatea, mortalitatea copiilor). Lucrarea de față își propune completarea unor lacune dintre cele menționate.

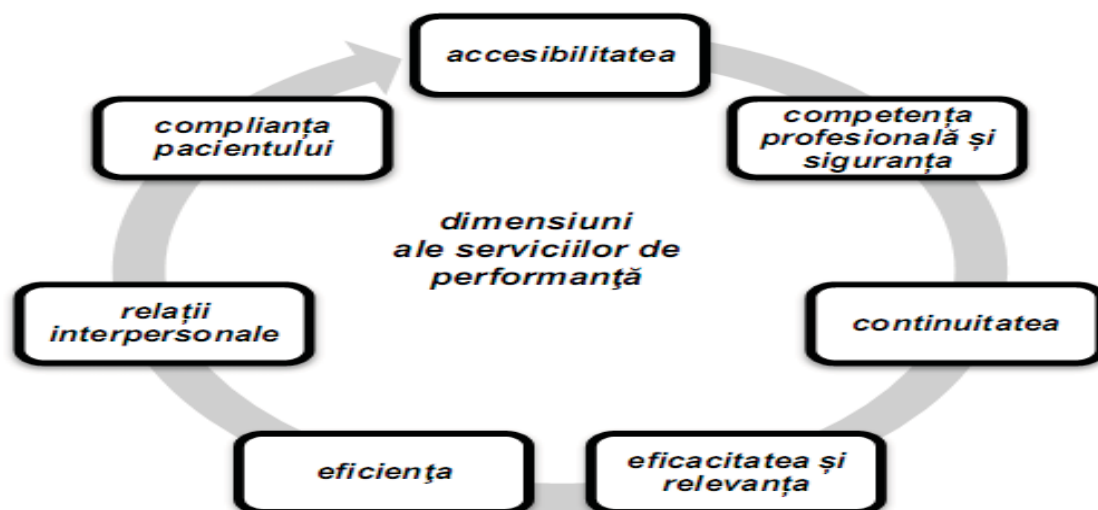


Figura 1. Prezentarea grafică a câtorva dintre cele mai importante dimensiuni ale calității în serviciile de sănătate

Scopul acestei lucrări a fost elaborarea/testarea/argumentarea „noilor” criterii de monitorizare a performanțelor în serviciul de asistență medicală primară acordat copiilor de vârstă mică.

Materiale și metode. Lucrarea a cuprins analiza atât a rezultatelor cercetării cantitative cât și a rezultatelor cercetării calitative. Prin cercetarea calitativă analitică, retrospectivă caz-martor au fost determinate unele criterii ale performanței în serviciul de asistență medicală primară. În această cercetare, în calitate de consumator au fost analizate opiniile părinților cu copii de vârstă mică, ce au apelat pentru consultații de rutină la medicul de familie.

Analiza materialului primar a fost realizată în baza anchetării anonime a 200 de familii cu copii de vârstă mică. Criteriul de selectare a eșantionului (caz-martor) a fost în funcție de adresarea după asistență medicală primară în instituțiile medico-sanitare publice (*după circumscripție familiei* - lotul A) și în instituțiile medico-sanitare private (*în afara de circumscripție a familiei* - lotul B). Raportul familiilor din municipii (21,55%) și din raioane (78,45%) a fost calculat în conformitate cu „raportul numărului de copii” municipiu/raion din RM la 1 ianuarie 2008. Calculele au fost interpretate prin proba statistică computerizată *SPSS-10*.

Rezultatele cercetării selective

Accesul la îngrijirea de sănătate este gradul în care serviciile primite au un efect dorit cu minimum de efort, cheltuieli și timp din punctul de vedere al consumatorului. Totodată, accesibilitatea reflectă posibilitatea consumatorilor de a obține serviciul în locul potrivit, la momentul potrivit și în funcție de nevoile resimțite. Accesul la servicii presupune absența restricțiilor de ordin: geografic, economic, social, cultural, organizațional sau a barierelor lingvistice etc.

Prin intermediul interviuării anonime au fost colectate informații de la părinții privind *accesul la îngrijire, procesul de instruire/informare familiilor, continuitatea îngrijirii*. Metodele statistice au permis să structurăm/ierarhizăm „așteptările” și „prioritățile” din partea consumatorilor prin prisma percepției.

Analizând rezultatele, am stabilit că „*informarea, explicațiile privind momentele-cheie a îngrijirii copilului*”, s-au deplasat pe prima poziție a așteptărilor din partea consumatorilor ($t=5,78$ $p<0,001$). Pe a II-a poziție, conform priorității, s-a plasat „*timpul suficient pentru consultațiile acordate familiilor*” ($t=4,38$ $p<0,001$). Pe a III-a poziție a fost „*deplasarea până la cabinetul medicului de familie nu reprezintă o problemă*” ($t=4,03$ $p<0,001$). Totodată, după prioritate, subpunctul părinții „*se simt confortabil adresând întrebări*”, s-a înregistrat pe I poziție de așteptări ($t=3,29$ $p<0,001$). Și o altă așteptare a fost marcată din partea părinților ca „*prestarea consultațiilor medicale de rutină în zilele de odihnă sau în afara orelor de lucru a medicului*” ($t=3,13$ $p<0,01$).

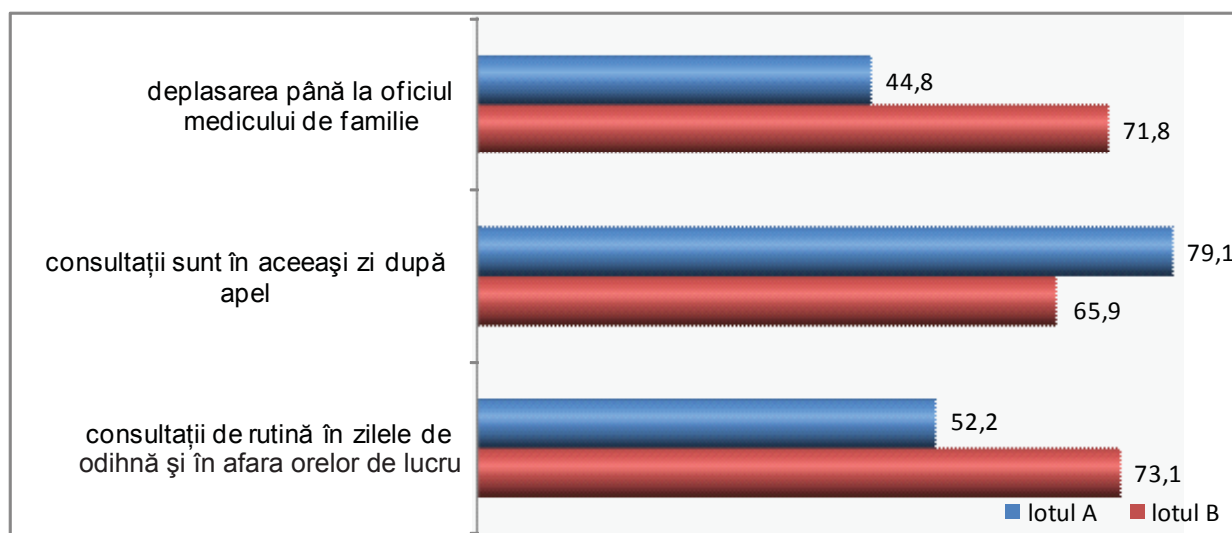


Figura 2. Ratele de răspuns ale părinților la subiectul accesul la serviciul, în analiza caz-martor

În compartimentul continuitatea îngrijirii a fost menționată nevoia familiilor de „ *timp suficient pentru consultațiile acordate familiilor*”. Analizând informația, am constatat că părinții din lotul B, în comparație cei din lotul A, au raportat pozitiv de 1,65 ori mai frecvent – $73,8 \pm 4,39\%$ și $44,7 \pm 4,97\%$ ($t=4,38$ $p<0,001$).

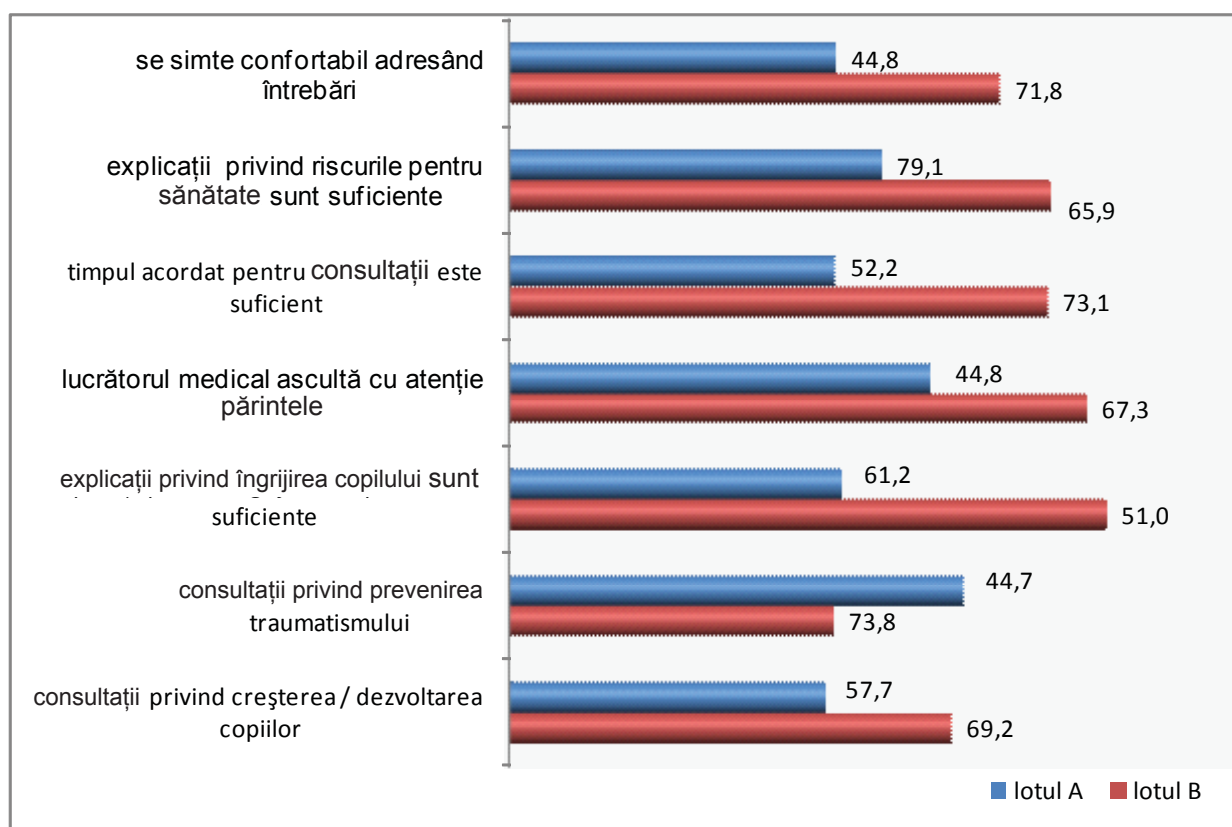


Figura 3. Ratele de răspuns ale părinților la subiectul procesul de informare/instruire, în analiza caz-martor

Rezultatele cercetării integrale

Conform Ordinului MS și CNAM nr. 473/213-A din 10 decembrie 2008, s-a aprobat **Regulamentul privind validitatea indicatorilor de performanță**. Unul dintre indicatorii de performanță în cadrul asistenței medicale primare pentru bonificația (premierea) „per serviciu” este indicatorul

„supravegherea copilului în primul an de viață”. Acest indicator, conform abordărilor descrise de Avedis Donabedian (1966), este un indicator de rezultat. Indicatorii de „rezultat” reprezintă obținerea din desfășurarea unui proces. Rezultatul acestui indicator reflectă impactul serviciului asupra consumatorilor.

Analiza indicatorilor „per serviciu” – *supravegherea copilului în primul an de viață* pentru anii 2008 și 6 luni 2009, a marcat că numai o treime din copii au fost supravegheați conform programului UNIC în republică. Important este că atât în anul 2008, cât și în prima jumătate a anului 2009, în municipii ponderea copiilor este mai înaltă cu circa 10% de cazuri.

Am menționat că nu au fost implementați indicatorii „de impact”, „de proces” în serviciul din domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului, care au fost elaborați în cadrul strategiei CIMC, *ordinul nr.446, din 03 decembrie 2007*. La fel de importanți sunt indicatorii „de impact”, care trebuie să reflecte numărul și calificarea resurselor umane a instituțiilor medicale; numărul de pacienți și raportul - număr de copii/număr medici de familie. Totodată, indicatorii „de proces” trebuie să reflecte câți dintre copii au fost diagnosticați și conduși conform strategiilor CIMC.

Concluzii

A fost argumentată științific importanța implementării indicatorilor de „performanță” la nivel de asistență medicală primară (aces/proces de instruire). În particular, propunem ca chestionarul „Perceperea de către părinți a serviciului asistenței medicale primare” să fie aplicat/implementat în alte cercetări privind serviciul de asistență medicală primară sau de sine stătător în monitorizarea serviciului AMP din anumite localități ale republicii.

Lucrarea efectuată a demonstrat importanța și actualitatea revederii precedentelor și elaborării unor „noi” criterii, indicatorii pentru serviciul acordat copiilor. Pe de altă parte, au fost ierarhizate „așteptările” și „prioritățile” din partea părinților față de asistență medicală primară.

Bibliografie selectivă

1. Ciocanu M., *Strategia de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova*. Chișinău, 2009, 320 p.

2. Grejdianu T., *Managementul calității serviciilor de sănătate în practica medicală*, în *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Revistă științifico-practică*, № 3. Chișinău, 2008, p. 240-247.

3. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. *Ordin nr.400, din 23 octombrie 2008, Cu privire la optimizarea activităților de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008-2015*. www.ms.gov.md/_files/2732--fsdafasd.pdf

4. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova și Compania Națională de Asigurării în Medicină. *Ordin nr.473/213-A, din 10 octombrie 2008, privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2009 a Programului UNIC al asigurărilor obligatorii de asistență medicală*. www.ms.gov.md/_files/3032-fsdafasd.pdf

5. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. *Ordin nr.446, din 03 decembrie 2007, Cu privire la monitorizarea și evaluarea prevederilor Programului Conduita Integrată a maladiilor la Copii în republică*.

6. Palanciuc M., *Managementul calității serviciilor de sănătate*. Chișinău, 2009, p. 196.

7. Rydz, D., Srour, M., Oskoui, M., Marget, N., Shiller, M., Birnbaum, R., Majnemer, A., Shevell, M. *Screening for developmental delay in the setting of a community pediatric clinic: a prospective assessment of parent-report questionnaires*. // *Pediatrics*, 2006, p. 118: 1178-1186.

8. Seid, M., Stevens, Gd., Varni, Jw. *Parents' perceptions of pediatric primary care quality: effects of race/ethnicity, language and access*. // *Health Serv Res*. 2003, p. 38: 1009-1031.

9. Serwint, Jr. *Continuity Clinic Special Interest Group, Ambulatory Pediatric Association. Multisite survey of pediatric residents' continuity experiences: their perceptions of the clinical and educational opportunities*. // *Pediatrics*, 2001, p. 107(5).

Rezumat

Cu scopul îmbunătățirii activităților managementului de performanță în domeniul serviciului de asistență medicală primară, a fost organizată cercetarea pentru studierea percepției consumatorilor acestui serviciu. În cadrul cercetării analitice caz-martor au fost intervievate 200 de familii cu copii de vârstă mică. În anchetare au fost analizate opiniile familiilor atât din localitatea municipală cât și din localitatea raională. Prin prisma

perceperii consumatorilor au fost evidențiate “așteptările” și “prioritățile” la capitolele: accesul la îngrijire, informarea privind momentele-cheie de îngrijire, continuitatea îngrijirii. Această lucrare argumentează necesitatea introducerii “noilor” criterii și indicatori de performanță în acest domeniu din sistemul de sănătate.

Summary

In order to fine-tune the activities of the performance management in the domain of the primary medical care service, the research was organized for studying the consumer's perception. As a part of the taste-case analytic research 200 families with small children were interviewed. Families' opinions constituency from district locations and municipality locations were analyzed in the interview. There were emphasized through a costumer's perception point of view the “expectations” and “priorities” to care access, the report on care key-moments and care continuity. This work motivates the necessity to introduce the new performance criterions and indicators from this medical system domain.

MONITORIZAREA EFICIENȚĂ A CALITĂȚII PROCESULUI DE INSTRUIRE ÎN INSTITUȚIA DE ÎNVĂȚĂMÂNT SUPERIOR MEDICAL

Constantin Ețco, dr. hab. în medicină, prof. univ., **Iuliana Fornea**, lector univ.,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Actualitatea temei

Învățământul Superior în Republica Moldova a fost orientat spre expectanțele și exigențele privind perspectivele de integrare în spațiul universitar european. Din aceste considerente, specialiștii diverselor domenii de management sunt interesați în reușita și calitatea învățământului, caută un echilibru între principiile de calitate, eficiență, diversitate și echitate. Finalitatea acestui proces integral de calificare universitară a fost discutată și prezentată la o serie de întruniri și seminare interuniversitare, în cele mai importante orașe ale Republicii Moldova: Chișinău, Bălți, Cahul etc. În această ordine de idei, putem menționa că asigurarea calității în Învățământul Superior este o problemă majoră ce este privită în contextul priorităților și obiectivelor europene, de aceea implementarea Sistemului de Management al Calității în cadrul Instituțiilor de Învățământ Superior general și medical trebuie să fie monitorizată și evaluată de către specialiștii în management, cu condiția că aceștea cunosc foarte bine instrumentele pentru dezvoltarea și clasificarea calificărilor universitare, deci cunosc Cadrul Național al Calificărilor [apud Petrov Elena, 2006].

Calitatea învățământul superior, în percepția comunității academice, este apreciată în primul rând ca un proces de imagine și apoi ca un proces complex de compatibilitate, transparență, deschidere, păstrare și creștere a valorilor sistemului național al învățământului superior.

De aceea toate caracteristicile expuse mai sus trebuie să orienteze acest proces spre compatibilizarea structurilor și programelor universitare, bazându-se pe universalitate, diversitate, flexibilitate și autonomie.

Cercetările privind problema calității au demarat la începutul sec. XX. Prima lucrare în domeniu se referea la calitatea formării profesorilor. Titlul de fondator al domeniului de cercetare „Măsurarea calității programelor și instituțiilor” îi aparține lui Ralph Tyler, care a formulat în 1950 principiile de evaluare a eficacității unui program de instruire [1, p. 7].

Calitatea în Învățământul Superior este o descriere a eficacității a tot ce se întreprinde în sistemul de învățământ, în fiecare instituție aparte pentru:

- asigurarea atingerii unui beneficiu maxim din programele de formare a studenților implicați în procesul de învățământ;
- satisfacerea expectanțelor studenților și condițiilor de obținere a diplomelor universitare.

Pentru a institui un sistem complex și eficient de management al calității Instituțiilor de învățământ Superior este necesar să se țină cont de următoarele momente-cheie în realizarea auditului intern în instituția care urmează această treaptă complexă de optimizare a învățământului:

1. Toți membrii colectivului, în frunte cu managerii universitari, să cunoască prevederile Regulamentului instituit în scopul modernizării Învățământului Superior.

2. Toți membrii universității să-și cunoască bine statutul, funcțiile, obligațiunile și responsabilitățile și să le respecte.

3. Funcționarea eficientă a mecanismelor de distribuire a informațiilor pe verticală și orizontală la nivel de universitate și subdiviziuni.

4. Șefii de departamente și subdiviziuni să transmită informația necesară și deciziile luate la nivel de foruri academice superioare și ședințe de lucru, ce țin de managementul calității în universitate.

5. Să existe o monitorizare strictă și optimală a funcțiilor și regulilor de realizare a sarcinilor prioritare, ce țin de eficientizarea activității didactice, științifice și evaluative la nivel universitar și postuniversitar.

Scopul major al Instituției de Învățământ Superior Medical (IÎSM) trebuie să fie clar stabilit și să se țină cont de rigorile și exigențele europene, ce sunt în concordanță cu competențele și responsabilitățile sociale ale tuturor specialiștilor, ce participă la perfecționarea activităților didactice și științifice universitare.

În acest context, universitatea de asemenea trebuie să-și îndeplinească o serie de obligațiuni importante:

- să realizeze obiectivele de primă necesitate la nivel universitar și postuniversitar;
- să formeze specialiști în domeniile prioritare conform standardelor europene și cerințelor actuale ale Republicii Moldova la nivel universitar și postuniversitar;
- să stabilească prioritățile de dezvoltare și optimizare a cercetărilor științifice în domeniu, conform standardelor naționale și internaționale;
- să managerieze eficient serviciile prestate, conform Cadrului național al Calificărilor de Învățământ superior;
- să elaboreze principii de realizare și implementare a Cadrului Național al calificărilor din Învățământul Superior;
- să analizeze rezultatele evaluării și descriptorii competitive ale acestor categorii de calificare;
- să identifice, să stabilească corelații dintre componentele profesionale și competențele transversale, ariile de conținut disciplinare de învățământ și problemele proiectate;
- să promoveze valorile general-umane, cultura comunicării, spiritul gândirii creative și exprimării libere;
- deasemenea, este importantă perceperea corectă și relevanța socială a cadrului didactic universitar, cât și receptivitatea la aspirațiile și necesitățile comunității academice.

Material și metode de cercetare.

Analizând și generalizând documentele și experiența mai multor instituții de învățământ superior și evaluând Modelul propus de Fondul European pentru Managementul Calității (EFQM), am generalizat unele direcții manageriale prioritare de eficientizare a spațiului Învățământului Superior Medical.

Valorile dezvoltate în cadrul universității trebuie să fie bazate pe:

- Performanță
- Calitate
- Motivare
- Responsabilitate
- Creativitate și inovație.

Rezultate și discuții.

Printre direcțiile sau domeniile prioritare ale managementului universitar al USMF „Nicolae Testemițanu” putem menționa următoarele:

- *Managementul resurselor umane* (politica cadrelor și principiile de management al dezvoltării personalului; mecanismele de determinare a cerințelor de calificare a personalului, a pregătirii și perfecționării lui; mecanismele motivării, implicării personalului în activitatea de îmbunătățire a calității funcționării universității, îmbunătățirea condițiilor de muncă, a protecției sociale și a nivelului de trai a CDU etc.).

- *Managementul resurselor financiare ale universității.*
- *Managementul resurselor materiale ale universității.*
- *Managementul resurselor informaționale ale universității.*
- *Managementul eficacității tehnologiilor de formare și de evaluare.*
- *Managementul proceselor* (didactic, educațional, metodologic și științific).
- *Managementul general* (mecanisme de selecție și analiză a rezultatelor activității universității).
- *Impactul universității asupra societății* (nivelul de percepție socială a universității, deci a imaginii sociale a acesteia).

Abordarea sistemică a calității învățământului foarte des se asociază cu eficacitatea acestui proces, accentuându-se necesitatea fundamentării psihosociale și cercetării diversificate empirice a implementării reformelor. Calitatea unei reforme nu se poate măsura, însă ea poate fi descrisă și apreciată în baza unor criterii bine determinate.

După unii cercetători, demersul calitate poate fi definit în baza următoarelor principii [A. Scurtu, 2007]:

1. **Principiul conformității** – adecvarea produsului sau a serviciului la necesitățile reale ale economiei.

2. **Principiul previziunii** – presupune prevenirea erorilor și inconveniențelor.

3. **Principiul evaluării** – orice politică de asigurare a calității necesită a fi bazată pe obiective, nivelul cărora să fie măsurabil.

4. **Principiul managementului participativ** – economia modernă necesită o mare capacitate de inovație și implicare în noi contexte.

5. **Principiul căutării excelenței** – căutarea excelenței reclamă și alți indicatori, care ar corespunde realizării obiectivelor, deontologia și regulile conduitei, ce pot conduce spre un demers global al calității.

Sistemele de asigurare a calității sunt stabilite la nivel național pentru a realiza îmbunătățirea și responsabilizarea educației și formării. Este necesar de înțeles faptul, că managementul calității încă nu garantează îmbunătățirea calității în instituțiile de învățământ, fie el universitar, preuniversitar sau postuniversitar, rămâne în vizorul și responsabilitatea tuturor participanților la acest proces și în special al managerilor universitari.

Sistemele de asigurare a calității trebuie să includă:

- Obiective și standarde clare și măsurabile;
- Norme metodologice pentru implementare;
- Resurse adecvate și suficiente;
- Metode de evaluare;
- Mecanisme feedback pentru îmbunătățirea calității;
- Rezultatele evaluării accesibile publicului larg.

În contextul schimbărilor complexe și al reformelor sistemului educațional în învățământul superior, au ieșit în evidență unele dificultăți ce țin de sporirea calității, astfel s-au conturat: identificarea finalităților de studiu și competențelor: ele trebuie să fie clare, concise, măsurabile, să poată fi evaluate; de asemenea, parteneriatul cu mediul academic, economic și social ar trebui să fie deschis, transparent, continuu și constructiv, orientat spre colaborare și cooperare.

Dat fiind faptul că realizările în domeniul ridicării calității în spațiul universitar nu pot fi analizate și evaluate în afara Cadrului Național al Calificărilor, noi am încercat să analizăm ce ne oferă și ne facilitează acest cadru în contextul expectanțelor privind direcțiile prioritare de management al calității, acestea fiind următoarele:

- oferă instituțiilor de învățământ posibilități de proiectare și dezvoltare a unui curriculum creativ;
- contribuie la dezvoltarea și diversificarea programelor academice;
- facilitează elaborarea criteriilor de asigurare a calității și de evaluare a ei;
- susține procesul de recunoaștere a studiilor;
- sprijină și încurajează mobilitatea studenților și a absolvenților;
- promovează studii și diplome comune;

- încurajează promovarea dimensiunii Europene în Învățământul Superior din Republica Moldova;

- facilitează inserția absolvenților pe piața forței de muncă [apud., 3, p. 13].

Muraru Elena, în cadrul Seminarului internațional „Cadrul Calificărilor – Calitate și Transparență”, a menționat foarte clar funcțiile sistemului de calificare, acestea fiind foarte importante pentru identificarea inconvenientelor și dificultăților ce pot apărea în contextul schimbărilor manageriale privind calitatea, printre care se enumără:

- formulează explicit scopurile calificărilor;
- contribuie la conștientizarea acestora de către cetățeni și angajatori;
- îmbunătățesc accesul și implicarea socială;
- trasează și descriu puncte de acces și de suprapunere;
- facilitează recunoașterea și mobilitatea în context universitar;
- identifică mijloace și căi alternative de formare;
- situează calificările interrelațional și în conexiune deliberată;
- indică posibilitățile de progres și barierele;
- asigură sporirea calității Învățământului Superior [op. cit., p. 12].

Asigurarea calității face parte din managementul calității, adică un întreg ansamblu de măsuri care au ca scop, ca universitățile să poată planifica obținerea calității, să-i determine parametrii de evaluare și implementare și să dovedească rezultatele obținute în urma acestui proces.

Produsul oferit de Învățământul Superior Medical este cunoașterea, produs furnizat societății sub diverse forme:

1. *Competența absolvenților în domeniul medicinei.*

2. *Rezultatele cercetărilor științifice în medicină și în domeniile apropiate ei.*

3. *Consultanță, expertiză*, transfer de cunoaștere către organizații ale mediului socio-economic și managerial în medicină, în scopul generării noului și creșterii competitivității acestora.

4. *Implicarea membrilor comunității academice în viața socială* – transfer de cunoaștere, realizat prin implicarea directă în organisme ale comunității locale, regionale, naționale și internaționale.

Clienții și părțile interesate interne și externe universității au necesități, cerințe și expectanțe proprii privind caracteristicile produselor și proceselor acesteia. Din perspectiva calității, identificarea acestor cerințe și așteptări, traducerea lor în condiții privind calitatea, reprezintă momentul inițial și esențial în procesul de management al calității. Determinarea *gradului de satisfacere* al acestor cerințe și așteptări, al percepției clienților despre valoarea adăugată pe care le-o aduc produsele respective, constituie o etapă valoroasă, fiind o sursă de informații prețioase pentru identificarea necesităților de îmbunătățire a acestora. Un model sistemic al învățământului superior a fost descris de S. Popescu [5, p. 6, 2008].

Asigurarea calității înseamnă crearea încrederii în rândul publicului, că Sistemul Național de Învățământ Superior răspunde expectanțelor acestuia, cheltuie finanțele publice eficace (se întâmplă ceva cu sens) și eficient (activitățile nu costă mai mult decât valorează)” [5, I. Pânzaru, p. 1].

Concluzii

În spațiul european al Învățământului Superior s-au creat organizații europene și naționale pentru asigurarea calității între care există o cooperare strânsă. Implementarea sistemului de management al calității este o schimbare considerabilă și valoroasă a Instituției de Învățământ Superior Medical. Datorită acestui proces se va îmbunătăți radical asigurarea calității, dacă se va realiza tot ce s-a planificat în acest context și se vor dezvolta direcțiile prioritare de optimizare a activității universitare în mod deliberat, continuu și consecvent și în asigurarea calității și stabilității la nivel înalt.

Una din direcțiile prioritare ale ÎNSM este integrarea învățământului universitar, postuniversitar și continuu cu cercetarea științifică și activitatea clinică specializată prin realizarea obiectivelor prioritare și asocierea procesului didactic la standardele internaționale, ce vor duce la dezvoltarea priorităților și necesităților naționale ale medicinei, ținând cont de expectanțele și de tendințele europene.

Bibliografie selectivă

1. **Cabac, Valeriu.** *Calitatea Învățământului Superior în viziunea comunității academice.* Studiu de caz – Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți. IPP, 2006, 49 p.
2. *Cadrul European al Calificărilor pentru Învățământul Superior.* // <http://europa.eu.int/comm/education/policies>
3. **Muraru, Elena.** *Cadrul calificărilor în Învățământul Superior din Republica Moldova – transparență și calitate.* USM, Seminarul internațional „Cadrul Calificărilor – Calitate și Transparență”, 06.12.2006.
4. **Petrov, Elena.** *Demersul metodologic de elaborare a Cadrului Național al Calificărilor.* Seminarul internațional „Cadrul Calificărilor – Calitate și Transparență”, 06.12.2006.
5. **Popescu, Sorin.** *Managementul calității în instituțiile de învățământ superior.* Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca. 10.05.2008.
6. **Șavga, Larisa.** *Asigurarea calității în învățământul superior din Moldova în contextul priorităților și obiectivelor europene.* // Materialele seminarului interuniversitar „Implementarea SMC în cadrul instituțiilor de învățământ superior: concept, experiența instituțiilor din țară și peste hotare”, Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți. 05.07. 2006.

Rezumat

Monitorizarea calitativă și strictă a funcțiilor și regulilor de realizare a activității didactice și științifice duce la optimizarea și eficientizarea stabilă a calității procesului didactic în Instituția de Învățământ Superior Medical.

Implementarea sistemului de management al calității este o schimbare considerabilă și valoroasă a Instituției de Învățământ Superior Medical. Datorită acestui proces se va îmbunătăți radical asigurarea calității, dacă se va realiza tot ce s-a planificat în acest context și se vor dezvolta direcțiile prioritare de optimizare a activității universitare în mod deliberat, continuu și consecvent.

Analizând și generalizând documentele și experiența mai multor instituții de învățământ superior și evaluând Modelul propus de Fondul European pentru Managementul Calității (EFQM), am generalizat unele direcții manageriale prioritare de eficientizare a spațiului Învățământului Superior Medical.

Summary

The qualitative and strict monitoring of functions and rules of scientific and educational activity leads to the optimization and good improvement of educational process quality in the Medical University.

Management quality system implementation represents a considerable and valuable change of the Medical High establishment. Due to this process the quality insurance has been improved; if those that will be achieved, that was planned and priority optimization direction of the university activities in the continue and consequent form.

Generalizing the documents and the experience of many high establishment and estimating the proposed Model by European Found for quality Management we generalized some priority management direction of the Medical high establishment.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЕ

Константин Ецко, д-р хаб. медицины, проф., **Наталья Зарбайлова**, д-р, доцент медицины, **Елизавета Рябова**, д-р эконом. наук, **Пётр Манастырлы**, магистр, **Геннадий Дамашкан**, д-р, Государственный университет медицины и Фармации им. «Николае Тестемицану»

Введение. Внедрение семейной медицины в Республике Молдова – это процесс закономерный и весьма важный. Во-первых, семейная медицина – это наиболее экономичный и рациональный способ организации медицинской помощи. Ввиду того, что чрезмерная специализация приводит к снижению доступности медицинской помощи, а также вызывает увеличение расходов государства и граждан. Изучая этот вопрос, специалисты США пришли к выводу, что семейная медицина является наиболее доступной и экономически рентабельной в предоставлении медицинских услуг. Программа перехода системы медицинских услуг на уровень

семейной практики в США позволила сэкономить за 2 года несколько десятков миллиардов долларов. Но всё же мы полагаем, что не стоит рассматривать переход к семейной медицине, лишь как наиболее экономичный способ организации медицинских услуг на первичном уровне, а так же как поиск интегрального наблюдения за пациентом (как в состоянии полного здоровья, так и в состоянии болезни). Потому что, как правило врачей не беспокоит уровень экономических затрат, основная их цель – вылечить больных, восстановить их здоровье. И обычные мерки эффективности не приемлемы для медицины, так как «Стоимость человеческой жизни измерить нельзя».

Несмотря на то, что становление семейной медицины в нашей стране продолжается уже на протяжении более 10 лет, проблема качества медицинского обслуживания беспокоит не только медицинскую общественность, но и всё гражданское общество в целом, так как она имеет ключевое значение для дальнейшего функционирования и развития системы здравоохранения.

Цели. Целью данной научной работы является изучение структуры менеджмента качества в области семейной медицины, обзор и анализ основных проблем возникающих в процессе оказания медицинских услуг, изучение рентабельности данной области менеджмента в семейной медицине и аргументация некоторых законодательных изменений регламентирующих её.

Материалы и методы исследования. В ходе исследований были использованы следующие методы: исторический, логический, систематического подхода метод синтеза, и научного анализа. Были проанализированы факторы, которые составляют фундамент качества медицинских услуг, и показатели для определения менеджмента качества в области семейной медицины.

Результаты и дискуссии. Несмотря на то, что общепринятое определение качественного предоставления медицинских услуг в семейной медицине ещё не сформулировано до конца, однако уже разрабатываются и распространяются методики, призванные оценивать качество предоставляемых услуг.

Структура качественного предоставления медицинских услуг, согласно концепции Avedis Donabedian (сформулированной ещё в 1966 году, но актуальную и сегодня) различают три аспекта качества [12]:

- I. Качество структуры
- II. Качество процесса
- III. Качество результатов [27].

Рассмотрим каждый из этих аспектов в отдельности:

I. Качество структуры. Структура включает характеристики средств оказания помощи, в том числе: материальных ресурсов (например, приспособлений и оборудования), персонала (например, его численности, профессиональной пригодности и квалификации), а также организационные характеристики (например, методы возвращения расходов, система оценки работы врачей другими врачами) [13].

Это институциональный критерий, по сути своей постоянный, в состав которого входят:

- Оценка зданий и сооружений
- Оценка медицинской техники
- Оценка вспомогательной и организационной техники
- Оценка кадров
- Оценка различных ресурсов, в том числе и лекарственных.

II. Второй компонент качества – качество процесса. Это технологический критерий, который рассматривает не только медицинскую, но и управленческую технологию. Оказание медицинской помощи является чрезвычайно сложным производством, с применением огромного количества ресурсов, техники, поэтому возникает необходимость в стандартизации ока-

заявления медицинской помощи. При оценке технологии рассматривается и анализируется, как непосредственно медицинская технология, так и механизмы, обеспечивающие процесс управления.

Под процессом подразумеваются характеристики предоставляемой помощи, в том числе, ее обоснованность, адекватность объема, проявление компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий и преемственность [21].

III. Качество результатов. Это критерии эффективности, которые учитывают показатели объема деятельности и показатели результативности (медицинские, экономические, социальные).

Медицинская результативность включает следующие индикаторы:

- выздоровление
- улучшение
- без перемен
- ухудшение
- инвалидность
- смерть.

Экономическая результативность состоит из следующих показателей:

- показатели эффективности работы здравоохранения в целом
- показатели эффективности инвестиционных программ
- показатели эффективности финансирования
- показатели эффективности использования финансовых средств.

Социальная результативность характеризуется 2 группами показателей:

- Микросоциальные показатели – удовлетворенность населения медицинской помощью.

Есть система внутриучрежденческого контроля – например, проведение анкетного исследования населения.

- Макросоциальные показатели – уровни смертности, рождаемости, средней продолжительности жизни.

Таким образом, нами были рассмотрены три подхода к оценке качества: структурный с позиции процесса и с позиции исхода(результата). Может быть выбран любой метод [27]. Преимущества и недостатки каждой из трех перечисленных областей сравниваются между собой в *таблице 1* [21].

Таблица 1

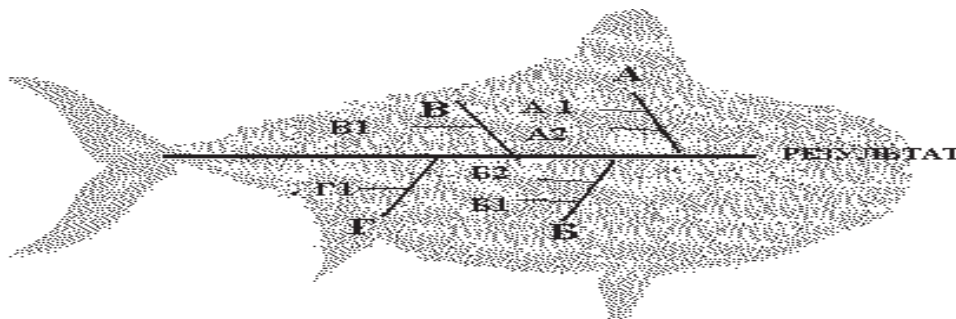
Сравнение ценности показателей измерения медицинской помощи

| | Структура* | Процесс** | | Исходы с поправкой на группы риска*** | |
|---|------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| | | Компьютерные данные | Записи в истории болезни | Компьютерные данные | Записи в истории болезни |
| Ценность, по мнению клиницистов | + | ++ | +++ | + | ++ |
| Точность (и воспроизводимость) данных | +++ | ++ | ++ | + | ++/+++ |
| Выявляет широкий круг значительных ошибок в лечении | + | + | ++ | + | +++ |
| Низкая стоимость | ++ | ++ | + | ++ | + |
| Независимость от смешения случаев | ++ | + | +++ | + | ++ |
| Показывает специфическое корректирующее действие | +++ | +++ | +++ | + | + |
| Не зависит от профессионального суждения | ++ | +++ | +/++ | +++ | +++ |

| Пример использования | | | | | |
|----------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Кем используется | Аккредитующие организации | Плательщики третьей стороны | Больницы | Плательщики третьей стороны | Плательщики третьей стороны |
| Зачем используется | Минимальные стандарты | Карты отчетности | Внутренняя оценка качества | Карты отчетности | Карты отчетности |

В противоположность оценке структуры и процесса, оценка исхода как показателя качества особенно привлекает к себе внимание, поскольку она отражает основную задачу медицинского обслуживания – помочь больному. Фактически, исходы включают в себя влияние структуры и процесса на качество, даже если ключевые аспекты этих двух последних областей еще не уточнены и не оценены. Кроме того, исходы в целом более легко понятны и представляют важность для пациентов и покупателей медицинских услуг, которые, не имея существенной подготовки в области медицины, часто с трудом понимают или оценивают большинство аспектов структуры и процесса [9].

Для того, чтобы определить ключевые проблемы низкого качества оказываемых услуг, а также для того, чтобы можно было предпринять коррективные меры, можно прибегнуть к помощи диаграммы Ишикава или «рыбья кость», которая представляет собой взаимоотношение между следствием и его причинами. Традиционно диаграмму Ишикава принято рисовать с «головы рыбы», находящейся справа и олицетворяющей конечный результат. Влево к «хвосту» идет горизонтальный «хребет», от которого отходят линии – «рёбра». Каждое «ребро» соответствует наиболее видимой причине полученного результата. Самые важные и очевидные «рёбра» – причины располагаются ближе к «голове рыбы». От каждого «ребра» отходят более мелкие «косточки» – подпричины, отвечающие в логической цепочке на вопрос: «А почему так?»



Фигура 1. Менеджмент качества в Семейной Медицине
(Диаграмма Ишикава/«рыбья кость»)

Причина А, наиболее значимая и поэтому находящейся ближе к «голове рыбы», соответствует категории **кадры**.

А 1. Фиксированная оплата труда.

А 1.1. Величина зарплаты.

А 2. Недостаток среднего мед. персонала.

А 2.1. Неравномерное распределение кадров внутри республики.

А 2.2. Небольшой опыт семейной медицины а РМ.

А 3 Недостаточная подготовка

А 3.1. Многие специалисты прошли лишь полугодичный курс «переплавки» из врачей узких специальностей.

А 3.2. Отсутствие времени на контакты с более опытными коллегами.

Причина Б – пациенты.

Б 1. Большой охват населения.

- Б 1.1. Оба пола.
- Б 1.2. Охват всех возрастов.
- Б 1.2.1. Передача детей грудного возраста под надзор семейного врача.
- Б 2. Семейный врач имеет дело со всеми заболеваниями.
- Б 3. Недостаточно серьёзное отношение к молодому специалисту.
- Б 3.1. Обращение к врачу в запущенных случаях.

Причина В – оснащённость.

- В 1. Значительное число зданий нуждаются в ремонте.
- В 1.1. Оборудование физически и морально изношенно.
- В 2. Низкое информационное обеспечение.

Причина Г – процесс оказания медицинских услуг.

- Г 1. Канцелярская работа отнимает много рабочего времени.
- Г 2. Плохая организация труда семейного врача.
- Г 2.1. Перегруженность.
- Г 2.2. Много консультаций/час.

Г 3 Низкий престиж профессии.

Ввиду сложности изображения не все пункты были отображены в *фигуре 1*, но всё же с помощью данной диаграммы возможно «разложить по косточкам» любое дело.

Рассмотрим основные причины, приводящие к снижению качества в семейной медицине.

В своей практической деятельности семейный врач сталкивается со всеми возрастами, полами, заболеваниями.

На одного семейного врача приходится от 850 жителей в Австрии, 975 – в Испании до 1600 в РМ и 2430 жителей в Швеции. Количество часов работы семейного врача за неделю колеблется от 25 часов во Франции до 57 в Японии. За один час приёма врач проводит от 2,4 консультаций в Швеции до 5,7 в Японии [16]. Семейный врач имеет дело с пациентами, которые не отобраны по какому-либо критерию: каждый из них уникален и обращается к помощи врача на разных стадиях заболевания или с разными жалобами – от симптомов простуды до неотложных состояний при инфаркте, менингите или более редкой патологии.

Так в рамках проекта «Развитие первичной медицинской помощи по принципу семейного врача», проводимого в Московской области (сроки его реализации: октябрь 2002 – апрель 2005 г). Было установлено, что врач общей практики берёт на себя от 10% до 26% посещений хирурга, от 6,4% до 13% посещений офтальмолога, от 10,6% до 14,1% посещений отоларинголога и от 29,1% до 37,0% посещений невролога.

Но в одних случаях семейный врач переоценивает свои возможности и не направляет больного на консультацию к специалисту, в других – боится взять на себя ответственность, направляет больных к другим специалистам даже в тех случаях, когда и сам считает, что в этом нет необходимости. Очень важен тот факт, что семейные врачи должны научиться определять сферу своей компетенции – что они могут или не могут делать и в каких случаях должны обращаться за консультацией к соответствующему специалисту.

Так же одной из главных проблем является проблема финансирования. Именно на уровне семейных врачей начинают и заканчивают лечение почти 80% пациентов, но объем финансирования составляет всего лишь 24% (не включая бесплатных и компенсированных медикаментов) [1]. Необходима перестройка в направлении перехода от оплаты факта существования учреждения и должности к оплате качества и объемам реально оказываемых населению услуг. В этом направлении правительство сделало очень важный шаг, издав приказ № 404 от 30.10.2007 «Об юридическом разделении первичной медицинской службы на уровне районов» [8].

Диспропорции финансирования ограничивают развитие материально-технической базы и внедрение ресурсосберегающих технологий. Слабым местом до сих пор остается проблема оснащения. Немалую роль сыграл и износ основных производственных фондов и технологического оборудования, заметное сокращение объемов капитального и профилактического ремонта зданий, сооружений, машин и оборудования, что является одной из причин ухудшения условий труда семейного доктора.

Но нам не стоит забывать, что эффективность зависит не только и не столько от материальных затрат, сколько от организации лечебного процесса и качества подготовки специалистов, так как кадровые ресурсы - самые дорогостоящие в здравоохранении, и стоимость их возрастает по мере накопления работниками профессионализма и опыта.

Во-первых, большая часть семейных врачей работающих на сегодняшний день прошли лишь полугодовой курс «переплавки» из врачей узких специальностей – педиатров, терапевтов, акушеров и т.д.

Во-вторых, характер и глубина подготовки специалистов не соответствуют потребностям практического здравоохранения. Сохраняется тенденция кадров к узкой специализации. Квалифицированные специалисты концентрируются в городах. Медицинские кадры неравномерно распределены по республике, в частности, квалифицированные специалисты больше концентрируются в муниципальных зонах проживания.

В-третьих, не отвечает современным требованиям соотношение числа врачей и средних медицинских работников. Даже для врачей общей практики (семейных) оно составляет 1:0,8-1,5 вместо 1:2-3 [25].

Повышение квалификации медицинских работников столь же рентабельно, как и модернизация оборудования.

Представители Американской академии семейных врачей одними из первых признали, что современные врачи нуждаются в продолжении образования в течение всей профессиональной жизни и овладения новыми научными данными и методами лечения. Академия разработала основные правила непрерывного медицинского образования (НМО). Почти сразу после создания Американского комитета по семейной практике в 1969 году было принято решение, обязывающее врачей проходить сертификацию не один раз в начале карьеры, а регулярно, через определенные промежутки времени [19].

Еще одной серьезной проблемой, ярко отражающейся на качестве медицинских услуг и требующей своего решения, является проблема оплаты труда семейных врачей. Уравнительная система оплаты труда, где товаром является время, а не оказанная медицинская услуга, усугубляет негативные процессы в здравоохранении. Низкая заработная плата медицинских работников не обеспечивает должной мотивации к труду. Из-за низких окладов некоторые специалисты были вынуждены покинуть республику. В то же время новоиспеченные врачи, только что получившие дипломы медицинского университета, не спешат занять свои профессиональные места. Они предпочитают устраиваться в других отраслях экономики или вовсе уходить «в никуда», пополняя ряды безработных.

Дифференцированная оценка оплаты труда позволяет дополнить существующую систему оплаты материальным стимулированием с учетом объема работы и качества оказанной медицинской помощи.

Основной задачей реформирования системы оплаты труда в здравоохранении должны стать отказ от затратного обеспечения и создание такой системы финансирования, которая заинтересовала бы работника в интенсификации труда, во внедрении новейших медицинских технологий, в улучшении качества оказания медицинской помощи и сокращении времени лечения больных.

Но одной лишь финансовой мотивации не достаточно. Многие проблемы, прежде всего, связаны со значительным снижением престижности профессии, резким увеличением нагрузки и социальной незащищенностью работников. Необходимо повышать престиж и авторитет данной специальности. Нужно объяснить, что семейный доктор – это тот же специалист, но ориентированный не на одиночного пациента, а на семью в целом, для чего ему нужны дополнительные знания по общей и медицинской психологии, планированию семьи и многим другим вопросам.

Можно обратиться за опытом к странам европейского союза, где авторитет врачей общей практики неоспорим в медицинском мире, с их мнением считаются и власти всех уровней. Достаточно сказать, что семейная медицина затрачивает на подготовку кадров более крупные финансовые инвестиции, чем любая другая область медицины. Укрепляется эта сфера и как

научное направление; проводится все больше исследовательских работ, что повышает престиж семейной медицины в академических кругах.

Необходимо так же отметить, что существуют проблемы, не только связанные с качеством предоставляемых медицинских услуг, но также связанные с менеджментом качества в данной отрасли медицины. Проводимая в этом направлении деятельность не носит целостного, систематического и разностороннего характера. Отсутствует методическая и методологическая документация по порядку, организации и технологии осуществления экспертизы качества и анализа ее результатов, которые остаются невостребованными со стороны руководителей медицинских учреждений и в дальнейшем не используются ими для принятия управленческих решений, оценки полноты и эффективности реализации намеченных мероприятий. Отсутствует правовой институт экспертов качества медицинской помощи. Для предоставления качественных медицинских услуг необходимо внедрение основных принципов TQM (Total quality management), создание и применение системы менеджмента качества, основанную на элементах требований (ИСО 9000:2001).

Существует ряд проблем на пути к всеобщему качеству. Вот некоторые из них. Главная проблема – это методическая проблема. Суть проблемы заключается в том, что, с одной стороны во всей сфере предоставляемых медицинских услуг необходимы серьезные изменения в организационной структуре, стиле и методах менеджмента. С другой стороны, стандарты ИСО 9000:2001 весьма консервативны.

Другой серьезной проблемой на пути внедрения стандартов семейства ИСО 9001 является невыполнение правил Джурана: 80%-20% и Деминга 96%-4%. Дж. Джуран утверждал что, за 80% проблем качества отвечает система менеджмента, а за остальные 20% - исполнители. Э. Деминг усилил это правило. Он подчеркивал, что 96% проблем качества – это ответственность системы, на долю исполнителей приходится лишь 4% [23]. Эти цифры возлагают основную ответственность за качества на систему менеджмента и её создателей. В семейной медицине ситуация совсем обратная – основная доля ответственности падает на исполнителей.

Ещё одной немаловажной проблемой является культурный базис самой структуры менеджмента в системе здравоохранения – это репрессивный менеджмент, основанный на поиске виновных. Необходимо переходить от менеджмента, основанного на праве силы, к менеджменту, основанному на силе правил.

Заключения и выводы. Существует ещё много трудностей и проблем, связанных с качеством предоставляемых медицинских услуг. Наука оценки качества все еще делает первые шаги. Хотя она имеет большой потенциал, но для того, чтобы ее методики стали эффективными в улучшении здоровья отдельных людей и населения в целом, необходимы дальнейшие усилия на нескольких фронтах. Эти усилия должны быть направлены на разработку разумной концептуальной структуры таких методик, на разработку и проверку усовершенствованных способов оценки качества. Необходимо добиться интеграции усилий по оценке качества в работу, направленную на совершенствование медицинского обслуживания, – как в каждом отдельном учреждении, так и в более широком масштабе. Следует также следить за тем, какой вклад в здоровье населения вносят методики оценки качества: их польза должна оправдывать затраты.

Литература

1. Ababii I., Golovin B., Buga M., Eţco C., Ciocanu M., Ţurcanu Gh., Stefanet S. *Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate* Revista stiintifico-practică Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină. 6(21) / 2007, p. 23-25.
2. Ababii I., Bivol Gr., Curocchin Gh., Nemerenco A., Zarbailov N. *Dezvoltarea medicinei de familie în Republica Moldova*, Congresul II al medicilor de familie din Republica Moldova, Chişinău, p. 3-8.
3. Burlacu O., Cojocar V. *Management*, Chişinău, 2000, p. 27.
4. Eţco C., *Management în sistemul de sănătate*. Chişinău 2006 p.51-57.
5. Eţco C., Goma L., Reabov E. ş.a., *Economia ocrotirii sănătăţii*, Chişinău 2000, p. 41-48.

6. Ețco C., Reabov E., Ciobanu M., Goma L., Marin S., Rusu Gh., Sava V. *Managementul serviciilor în sectorul asistenței medicale primare: cheltuieli, eficiență, calitate (metodologia și metodică) îndrumări metodice*. Chișinău 2000, p 147-162.
7. Manolescu A. *Managementul resurselor umane*, ediția a 4-a, București, Editura Economică, 2003, p. 79-86.
8. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, ordin № 404 din 30.10.2007, *Cu privire la delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel raional*.
9. Reabova E., Ețco C. *System and Theoretical Aspects of Quality and Efficiency of Medical Assistance Evaluation*. Revista Sanatete Publica, Economie și Management în Medicina, Chisinau, 2004, nr. 4, p. 25.
10. Reabova E., *Some Aspects of Medical Quality Management in the Conditions of Health Industry Reforming in the RM*, Revista Sanatete Publica, Economie și Management în Medicină, Chișinău, 2004, nr. 25, p. 13.
11. Popușoi E., Ețco C., Tintiuc D. *Sănătate publică și management*, Chișinău, 2000, p. 85.
12. Tintiuc D., Savin V., Moraru C., *“Managementul asistentei medicale primare în Republica Moldova”* Chișinău 2005, p. 203.
13. Tintiuc D., Ețco C., Grossu Iu. s.a., *Sănătate publică și management*, Chișinău, 2002 p. 28.
14. Guide to Clinical Preventive Services, *Report of the U.S. Preventive Services Task Force*, Baltimore, 1989, p. 147-162.
15. Taylor R. *Family medicine*, Philadelphia, 1988, p. 244-252.
16. Антонова Н. *Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования как социологическая проблема*, Известия Уральского государственного университета № 51 2007, p. 168-179.
17. Байк Д.У., Кищенко С.Ю. *Базовые коммуникативные навыки и медицинское интервью. Семейная медицина: проблемы и перспективы*. Хабаровск, 2001, p. 54-56.
18. Быстровский В.Ф. *«Предмет и принципы семейной медицины»*, Москва, Издательский дом «Русский врач» 2006, p. 32.
19. Вэллейс Роберт *История семейной медицины*, журнал Лечащий Врач, 02.10.2006, p. 34-36.
20. Донабедиан А., *Качество ухода: как можно его оценить?* Журнал Американской Ассоциации, Вашингтон, 1998, с. 53
21. Дуглас Дж. Ланска, Артур Дж. Харц *«Оценка качества медицинского обслуживания»* Международный Медицинский Журнал 1-2 / 1999, с. 27.
22. Кохен М. *Общепрактическая и семейная медицина*, Минск, 1997, с. 48.
23. Мазур И. И., Шапиро В Д. *Управление качеством*. Москва, с. 125.
24. Мескон М. Х., Альберт М., Хедоури Ф. *Основы менеджмента*, Москва, Издательство Дело, 1992, с. 701-707.
25. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2006 г. № 15/393-16-3 *«Об обеспечении медицинскими кадрами лечебно-профилактических учреждений первичного звена здравоохранения»*.
26. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. Приказ №237 от 26.08.1992 г. *«О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)»*.
27. Рябова Е., Ецко К., Рябов С. *Современные аспекты экономики и организации здравоохранения: менеджмент эффективности и качества*, Кишинэу, 2009, с. 145-154.

Rezumat

La momentul actual Sistemul de Sănătate în Republica Moldova trece printr-o perioadă importantă de dezvoltare. Ministerul Sănătății în colaborare cu Guvernul RM au făcut un pas important în reforma Asistenței Medicale Primare – și anume, trecerea de la asistența primară la cea de familie. Deși, acest proces are rezultate și durează de mai mulți ani, întimpină o serie de probleme legate de calitatea serviciilor prestate. Managementul calității – este știința care studiază aceste probleme. În lucrarea dată au fost analizate diferite aspecte ale managementului calității în domeniul medicinei de familie, în același timp am studiat și rentabilitatea acestei ramuri din management, precum și structura ei. Am încercat să stabilim aspectele importante a nivelului scăzut a serviciilor oferite, dar și de a argumenta unele schimbări legislative la nivelul medicinei de familie.

Summary

Today the public health service endures the responsible period of development in the Republic of Moldova. The Ministry of Health and the Government of the Republic of Moldova made a very important strategic step to reforming a primary health service, transition from the out-patient-polyclinic help to the family medicine. Despite the fact, that this process precedes for a long time and shows positive results, there are some more problems of represented services connected with the quality. Such science, as a quality management attends to the given problem. We have conducted the review and the analysis of separate aspects of a quality management in the field of family medicine, having studied also the profitability of the given area of management and having considered its structure in our work. We have tried to advance the key problems of inferior quality of rendered services and also to give reason for some legislative changes in the standard primary medical services, i.e. the family medicine.

GRADUL DE CONȘTIENTIZARE, CUNOȘTINȚELE ȘI PRACTICELE MAMELOR DIN MUNICIPIUL CHIȘINĂU PRIVIND SUPLIMENTELE CU ACID FOLIC ȘI FIER

Angela CIOBANU, doctorandă,
Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă

Introducere

Defectele tubului neural (DTN) reprezintă un grup heterogen de malformații congenitale în care se includ anencefalia, spina bifida, encefalocelul ș.a. Ele rezultă din închiderea improprie a coardei spinale și a craniului, și reprezintă cele mai frecvent întâlnite anomalii congenitale [1, 2]. Aceste patologii contribuie substanțial la mortalitatea infantilă și sporesc numărul de handicapați în toată lumea. DTN se formează în primele 28 de zile de graviditate, înainte ca femeia să realizeze că este însărcinată și cel puțin 40% din gravidități sunt neplanificate [3]. În cadrul mai multor cercetări randomizate s-a demonstrat că până la 70% din cazuri ale defectelor tubului neural pot fi prevenite, dacă femeia va administra regulat cel puțin 400 μg de acid folic (AF) înainte de concepție și pe parcursul primului trimestru de graviditate [4, 5].

Este cunoscut, că în timpul gravidității necesitățile zilnice totale de fier cresc și, la rândul său, crește și absorbția fierului (Fe). În trimestrul 2, absorbția fierului sporește cu aproape 50%, iar în trimestrul 3 poate crește de până la 4 ori; cu toate acestea, este imposibil ca viitoarele mame să acopere necesarul de fier numai prin intermediul alimentației [6]. Deseori în această perioadă se instalează o deficiență de fier care provoacă anemie de diferit grad. Anemia cauzată de deficiența de fier în perioada de graviditate a fost asociată cu o perioadă mai scurtă de gestație și cu o greutate mai mică a copiilor la naștere [7]. Iar anemia severă la gravide este asociată cu 111,000 decese materne anuale [8].

Pentru a preveni stările de deficiență și consecințele adverse cauzate de acestea, la inițiativa Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, în anul 2005, a fost introdusă suplimentarea cu fier și acid folic în Programul Unic al asigurărilor medicale obligatorii, fiind oferite gratuit tuturor femeilor gravide prin intermediul medicilor de familie.

Scopul acestei lucrări este de a studia gradul de conștientizare, cunoștințele și practicele privind suplimentele cu acid folic și fier acordate femeilor gravide din municipiu Chișinău.

Materiale și metode. Eșantionul de studiu a cuprins 286 de femei gravide, locuitoare ale mun. Chișinău, internate pentru naștere în Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului (ICȘOSMC) în perioada aprilie–noiembrie 2005.

Femeile au avut vârsta cuprinsă între 17 și 45 de ani; 65% din ele aveau vârsta de 20–29 de ani, media constituind 27 de ani (*fig. 1 a*). Rata femeilor primipare (prima naștere) a constituit 63,6% (*fig. 1 b*).

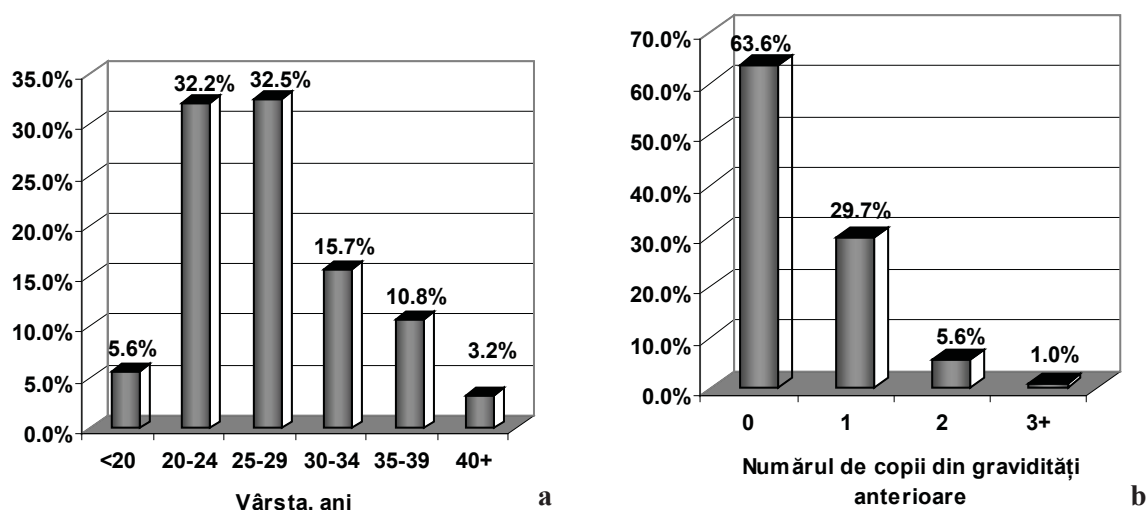


Fig. 1. Distribuția femeilor însărcinate înainte de naștere în funcție de vârstă (a) și numărul de copii din gravidități anterioare (b)

Pentru colectarea datelor epidemiologice, după naștere, femeilor din eșantionul de studiu li s-a aplicat un chestionar care a inclus întrebări privind caracteristicile sociodemografice, datele obstetrice, administrarea în timpul gravidității a suplimentelor cu acid folic, fier și a.

Conștientizarea privind necesitatea administrării suplimentelor cu acid folic și fier a fost definită ca: a auzit vreo dată sau cunoaște ceva despre aceste suplimente. Pentru a evalua cunoștințele, a fost utilizată o întrebare cu mai multe variante de răspuns; răspunsul corect în cazul suplimentelor cu fier a fost: „previne anemia”, iar cel despre suplimentele cu acid folic: „previne malformațiile congenitale”. Administrarea corectă a suplimentelor de fier a fost considerată ca primind zilnic pe parcursul a cel puțin 90 de zile preparate de fier, iar a suplimentelor cu acid folic, ca administrând suplimente cu acid folic în decurs de 3 luni până la graviditate și în primele 3 luni de graviditate în majoritatea zilelor.

De asemenea, femeile au fost întrebate cine le-a recomandat să administreze aceste suplimente, precum și care este, după părerea lor, perioada cea mai potrivită pentru administrarea suplimentelor cu fier și cu acid folic.

Datele au fost analizate cu ajutorul soft-ului „Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows” versiunea 13 [9].

Rezultate și discuții

Gradul de conștientizare. Analizând chestionarele, am stabilit că 93% din mamele din mun. Chișinău au auzit despre suplimentele cu fier și 55% au auzit despre suplimentele cu acid folic. Un nivel de conștientizare mai mic îl au femeile cu o vârstă mai mică de 20 de ani (Fe – 69%, AF – 19%), cu studii medii incomplete (Fe – 67%, AF – 8,3%) și cu un venit familiar lunar mai mic de 1000 de lei (Fe – 72%, AF – 31%).

Sursa principală de informare privind aceste suplimente a fost medicul (tabelul 1). În cazul femeilor cu studii superioare și postuniversitare cu o frecvență destul de înaltă a fost menționată mass-media ca a doua sursă de informație (Fe – 21 și 43%; AF – 41 și 71%).

Tabelul 1

Distribuția mamelor din municipiul Chișinău, după sursa de informație, privind suplimentele cu fier și acid folic

| Medicul | | Asistentul medical | | Farmacistul | | Familie | | Mass-media | |
|-----------------------------------|------|--------------------|-----|-------------|-----|---------|-----|------------|------|
| Nr. | % | Nr. | % | Nr. | % | Nr. | % | Nr. | % |
| Suplimentele cu fier | | | | | | | | | |
| 252 | 88,1 | 1 | 0,3 | 1 | 0,3 | 3 | 1,0 | 39 | 13,6 |
| Suplimentele cu acid folic | | | | | | | | | |
| 94 | 32,9 | - | - | - | - | 5 | 1,7 | 77 | 26,9 |

Practici de administrare. 82,5% din mame au relatat, că au primit suplimente de fier pe parcursul gravidității. Frecvența și durata administrării suplimentelor de fier este prezentată în *tabelul 2*. Zilnic, pe parcursul a 90 și mai multe zile au administrat suplimente de fier numai 29% din femei. Majoritatea femeilor însărcinate au administrat aceste suplimente pe parcursul a mai puțin de 60 de zile – perioadă insuficientă pentru suplinirea rezervelor de fier și prevenirea apariției anemiei în timpul sarcinii.

Tabelul 2

Distribuția mamelor din mun. Chișinău după frecvența și durata administrării suplimentelor de fier

| | Nr. femei | < 60 zile | 60-89 zile | ≥ 90 zile | Total |
|--------------------|-----------|-----------|------------|-----------|-------|
| Zilnic | 226 | 50,9 | 20,4 | 28,8 | 100,0 |
| 4-6 ori/ săptămână | 6 | 66,7 | 0,0 | 33,3 | 100,0 |
| 1-3 ori/ săptămână | 4 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Nici odată | 50 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Total | 286 | 60,5 | 16,1 | 23,4 | 100,0 |

Administrarea corectă a suplimentelor de acid folic a fost evaluată ca folosirea preparatelor pe parcursul a 3 luni înainte de graviditate și în primele 3 luni de graviditate în majoritatea zilelor. În *tabelul 3* este prezentată distribuția femeilor gravide (%) din m. Chișinău, în funcție de perioada de administrare a suplimentelor de acid folic, conform caracteristicilor generale.

Tabelul 3

Distribuția mamelor (%) din m. Chișinău în funcție de administrarea suplimentelor de acid folic 3 luni înainte sau în primele 3 luni de graviditate în majoritatea zilelor, conform caracteristicilor generale

| | Nr. femei | Au administrat acid folic 3 luni înainte de graviditate | | | Au administrat acid folic în primele 3 luni de graviditate | | |
|-------------------------------|-----------|---|------|-------|--|------|-------|
| | | Nu | Da | Total | Nu | Da | Total |
| După vârstă | | | | | | | |
| <20 ani | 16 | 100,0 | 0,0 | 100,0 | 100,0 | 0,0 | 100,0 |
| 20-24 ani | 92 | 98,9 | 1,1 | 100,0 | 66,3 | 33,7 | 100,0 |
| 25-29 ani | 93 | 94,6 | 5,4 | 100,0 | 59,1 | 40,9 | 100,0 |
| 30-34 ani | 45 | 86,7 | 13,3 | 100,0 | 66,7 | 33,3 | 100,0 |
| 35-39 ani | 31 | 90,3 | 9,7 | 100,0 | 64,5 | 35,5 | 100,0 |
| 40+ ani | 9 | 100,0 | 0,0 | 100,0 | 100,0 | 0,0 | 100,0 |
| Total | 286 | 94,8 | 5,2 | 100,0 | 66,8 | 33,2 | 100,0 |
| După nivelul de studii | | | | | | | |
| medii incomplete | 24 | 100,0 | 0,0 | 100,0 | 100,0 | 0,0 | 100,0 |
| medii | 61 | 96,7 | 3,3 | 100,0 | 78,7 | 21,3 | 100,0 |
| tehnice | 21 | 100,0 | 0,0 | 100,0 | 95,2 | 4,8 | 100,0 |
| colegiu | 44 | 100,0 | 0,0 | 100,0 | 77,3 | 22,7 | 100,0 |
| superioare | 129 | 91,5 | 8,5 | 100,0 | 47,3 | 52,7 | 100,0 |
| postuniversitare | 7 | 71,4 | 28,6 | 100,0 | 57,1 | 42,9 | 100,0 |
| Total | 286 | 94,8 | 5,2 | 100,0 | 66,8 | 33,2 | 100,0 |

Analizând datele, putem menționa că un număr foarte mic de femei (5,2%) administrează suplimentele cu acid folic înainte de graviditate, cu toate că 195 de femei (68%) au specificat că și-au planificat graviditatea. Mai frecvent au folosit preparate cu acid folic înainte de concepție femeile cu

vârsta cuprinsă între 30-34 de ani (RR=1,11, 95% IC 0,98-1,25, p=0,046), cu studii postuniversitare (RR=1,33, 95% IC 0,84-2,13, p=0,018) și cu un venit familiar lunar > 5000 lei (RR=1,15, 95% IC 1,00-1,15, p=0,003).

Pe parcursul primelor trei luni de graviditate au administrat suplimente de acid folic în majoritatea zilelor 33% din femei. Mai frecvent administrează acid folic femeile cu studii superioare și postuniversitare (RR=1,76, 95% IC 1,45-2,12, p=0,000) și cu venitul familiar lunar de > 5000 lei (RR=2,73, 95% IC 1,64-4,55, p=0,000).

Cunoștințe. 77,3 % din femei au cunoștințe corecte privind necesitatea administrării suplimentelor de fier, menționând că preparatele de fier previn anemia. 17% din numărul total nu cunosc din ce cauză este necesar de administrat suplimentele de fier, alte 21% au menționat că: întăresc oasele (11%), previn malformațiile congenitale (4,5%), previn avortul spontan (3,5%) și hipertensiunea arterială (2,4%). Femeile gravide care își planifică graviditatea, cu o vârstă mai mare de 25 de ani, cu studii superioare și cu un venit familiar de mai mult de 2500 de lei lunar, sunt mai bine informate despre necesitatea administrării suplimentelor de fier (tabelul 4).

Tabelul 4

| Factorii asociați cu cunoștințele, de faptul că preparatele de fier previn anemia | | | |
|--|-----------------------|---------------|-------------------|
| Variabilele | Riscul relativ | 95% IC | Valoarea p |
| Vârsta ≥ 25 de ani | 1,70 | 1,27 - 2,27 | 0,001 |
| Studii superioare | 2,02 | 1,68 - 2,42 | 0,000 |
| Venitul familiar ≥ 2500 lei lunar | 1,35 | 1,13 - 1,68 | 0,004 |
| Căsătorită | 1,38 | 0,72 - 2,63 | 0,405 |

S-a stabilit o corelație cu o importanță statistică înaltă între cunoștințele privind suplimentele de fier și administrarea lor. Femeile gravide care dețin cunoștințe corecte privind scopul administrării suplimentelor de fier de 6 ori mai des administrează aceste suplimente în decurs de 90 de zile și mai mult (OR = 6,08, IC = 2,1 – 17,4, p = 0,000).

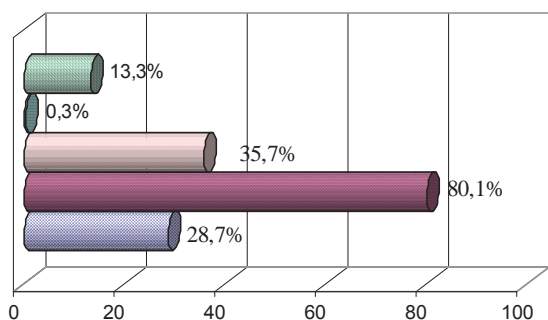
Un număr mic de mame (22,7%) din mun. Chișinău cunosc că administrarea regulată a preparatelor de acid folic previne apariția malformațiilor congenitale. 62,2% nu cunosc din ce cauză este necesar de administrat suplimentele de acid folic, alte 19,9% au menționat că: previn anemia (13,3%), întăresc oasele (2,8%), previn avortul spontan (2,8%) și hipertensiunea arterială (1,0%). Femeile cu studii superioare și postuniversitare, cu venitul familiar lunar ≥ 2500 de lei și cu o vârstă mai mare sau egală cu 25 de ani sunt mai bine informate despre necesitatea utilizării suplimentelor de acid folic (tabelul 5).

Tabelul 5

| Factorii asociați cu cunoștințele, de faptul că suplimentele de acid folic previn malformațiile congenitale | | | |
|--|-----------------------|---------------|-------------------|
| Variabilele | Riscul relativ | 95% IC | Valoarea p |
| Vârsta ≥ 25 de ani | 1,17 | 1,04 - 4,32 | 0,014 |
| Studii superioare și postuniversitare | 1,50 | 1,30 - 1,73 | 0,000 |
| Venitul familiar ≥ 2500 lei lunar | 1,38 | 1,17 - 1,63 | 0,000 |
| Căsătorită | 1,18 | 1,04 - 1,35 | 0,061 |

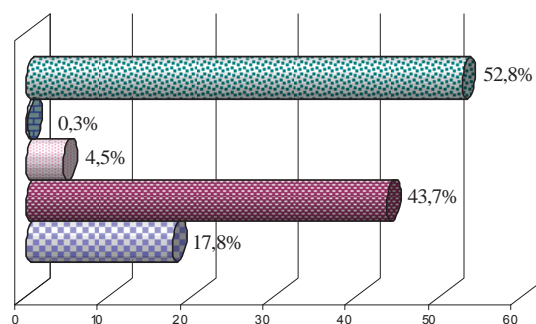
Majoritatea mamelor recunosc necesitatea administrării preparatelor de fier, numai 0,3% din numărul total au menționat că suplimentele de fier nu sunt necesare și alte 13% nu cunosc. 229 de femei din 286 au răspuns că suplimentele de fier sunt recomandate în perioada de graviditate iar 36% din femei au menționat ca sunt necesare și în timpul lactației.

Mai mult de jumătate din femei (53%) nu cunosc când este necesar de administrat suplimentele de acid folic, iar 0,3% au menționat că nu este necesar de administrat aceste suplimente. Perioada pre-concepțională a fost menționată de 18% femei și 44% consideră că suplimentele de acid folic sunt necesare în timpul gravidității.



■ Înainte de graviditate ■ În timpul gravidației ■ În timpul lactației
 □ Nu este necesar ■ Nu cunoaște

Fig. 2. Distribuția mamelor din m. Chișinău în conformitate cu opinia lor privind perioada recomandată de administrare a suplimentelor de fier, %



■ Înainte de graviditate ■ În timpul gravidației ■ În timpul lactației
 □ Nu este necesar ■ Nu cunoaște

Fig. 3. Distribuția mamelor din m. Chișinău în conformitate cu opinia lor privind perioada recomandată de administrare a suplimentelor de acid folic, %

Concluzii

93% din mamele din mun. Chișinău au auzit despre suplimentele cu fier și 55% despre suplimentele cu acid folic. 23 % din femei au administrat suplimentele de fier pe parcursul a 90 de zile și mai mult în majoritatea zilelor. 77,3% din femei au cunoștințe corecte privind necesitatea administrării suplimentelor de fier. Majoritatea femeilor gravide (80%) recunosc necesitatea administrării preparatelor de fier.

5,2% femei au menționat că au administrat acid folic înainte de graviditate și 33,2% pe parcursul primelor trei luni de graviditate. Cunoștințe corecte privind necesitatea administrării suplimentelor de acid folic au numai 22,7% din femei. Mai mult de jumătate (62,2%) nu cunosc din ce cauză este necesar de administrat suplimentele de acid folic.

Nivelul jos de educație, vârsta mai mică de 20 de ani și venitul familiar lunar mic sunt factori de risc pentru neadministrarea suplimentelor cu fier și acid folic.

Notă: Studiul a fost efectuat cu suportul financiar al Fundației Soros Moldova.

Bibliografie selectivă

1. International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems. Congenital malformations worldwide: a report from the International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems. 1991, Elsevier: Amsterdam. p. 41-51.
2. Scott, J., et al., The role of folate in the prevention of neural-tube defects. Proc Nutr Soc, 1994. **53**(3): p. 631-6.
3. Marsack, C.R., et al., Pre-pregnancy counselling for the primary prevention of birth defects: rubella vaccination and folate intake. Med J Aust, 1995. **162**(8): p. 403-6.
4. Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. MRC Vitamin Study Research Group. Lancet, 1991. **338**(8760): p. 131-7.
5. Czeizel, A.E. and I. Dudas, Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. N Engl J Med, 1992. **327**(26): p. 1832-5.
6. Human Vitamin and Mineral Requirements: report of a joint FAO/WHO expert consultation, Bangkok, Thailand. 2002, Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Health Organization: Rome.
7. Maurice Shils, M., ScD; Moshe Shike, MD; James Olson, PhD; A. Catherine Ross, PhD, Modern Nutrition in Health and Disease, ed. M.E. Shils. 2005: Lippincott Williams & Wilkins. 2146.
8. United Nations Administrative Committee on Coordination/Subcommittee on Nutrition. 5th report on the world nutrition situation. 2004, World Health Organization: Geneva. p. 32-33.
9. Madsen H., M.-T.C., Data handling and biostatistics: use of SPSS 9.0 for Windows. 1999, Danish Bilharziasis Laboratory, Department of Biological Anthropology, University of Cambridge. p. 133-163.

Rezumat

Scopul acestei lucrări este de a studia gradul de conștientizare, cunoștințele și practicile privind suplimentele cu acid folic și fier administrate femeilor gravide din mun. Chișinău. Din 286 de femei incluse în studiu, 266 (93%) au auzit despre suplimentele cu fier și 157 (55%) despre suplimentele cu acid folic. Mai mult de jumătate dintre femei au cunoștințe corecte privind necesitatea administrării suplimentelor de fier (77,3%) și acid folic (22,7%). Mamele cu studii superioare și postuniversitare ($p < 0,001$), cu o vârstă mai mare de 25 de ani ($p = 0,001$) și cu un venit familiar lunar mai mare de 2500 de lei ($p < 0,05$) cunosc mai bine ce anume previne administrarea preparatelor cu fier și acid folic. 23 % din femei au administrat suplimentele de fier pe parcursul a 90 zile și mai mult în majoritatea zilelor. Au menționat că au administrat acid folic înainte de graviditate 15 mame din 286 (5,2%) și 95 (33,2%) pe parcursul primelor trei luni de graviditate. Nivelul jos de educație, vârsta mai mică de 20 de ani și venitul familiar lunar mic sunt factori de risc pentru neadministrarea suplimentelor cu fier și acid folic. Majoritatea femeilor gravide (80%) recunosc necesitatea administrării preparatelor de fier și mai mult de jumătate (62,2%) nu cunosc din ce cauză este necesar de administrat suplimentele de acid folic.

Summary

The aim of this work was to determine the awareness, knowledge, and practice of pregnant women in Chisinau municipality. From 286 women included in the survey 266 (93%) were aware about iron and 157 (55%) about folic acid. More the half of women knew that iron could prevent anemia (77, 3%) and folic acid congenital malformation (22, 7%). Women with higher education ($p < 0,001$), over 25 years old ($p = 0,001$) and with monthly family income more than 2500 lei ($p < 0, 05$) were more informed about purpose of iron and folic acid utilization. 23% of pregnant women had taken iron supplements for more then 90 days in majority of days. Intake of folic acid in the preconceptional period was reported by 15 women from 286 (5, 2%), and in the first quarter of pregnancy 95 women (33, 2%). Lower educational status, age less than 25 years and low family income were high risk factors for not taking iron and folic acid supplements. A majority of pregnant women (80%) recognized the need of iron supplements administration and more than half (62, 2%) didn't know why they need to take folic acid.

INTEGRARE ÎN PROGRAMUL UNIUNII EUROPENE

ASPECTE CONCEPTUALE PRIVIND ORGANIZAREA SISTEMULUI GERMAN DE ASIGURARE ȘI MANAGEMENT AL CALITĂȚII ASISTENȚEI MEDICALE ȘI DIRECȚIILE STRATEGICE DE INSTITUȚIONALIZARE A MODELULUI NAȚIONAL

Mihai Ciocanu, dr. hab. în medicină, **Dumitru Tintiuc**, dr. hab. în medicină, prof. univ.,
Boris Golovin, competitor

Introducere. Asistența medicală din Republica Federală Germania este recunoscută, în general, ca având un standard înalt. Sistemul german, cunoscut și ca modelul Bismarck, este cel mai vechi sistem de asigurări sociale de sănătate din lume, fiind instituit în 1883. Acesta se caracterizează prin asigurări obligatorii și repartitia cotizației pentru servicii între angajați și angajatori. Deși au fost modificate multe detalii, structurile de bază ale sistemului au supraviețuit până în prezent. În același rând, crizele politice și financiare din ultimele decenii au impus diverse reforme funcționale, inclusiv în domeniul asigurării calității asistenței medicale. Asigurarea calității este o parte integrantă a profesiei medicale, cu o tradiție lungă de elaborare a metodelor de monitorizare și evaluare. În general, *asigurarea calității* măsoară nivelul de respectare a standardelor stabilite, iar *managementul calității* constă din strategii prospective de îmbunătățire a calității. Strategiile de calitate din sistemul de sănătate al Germaniei au drept scop optimizarea prestării serviciilor medicale, prin identificarea lacunelor în asistența medicală acordată și prin reducerea morbidității și mortalității populației. Mai jos sunt descrise succint cele mai recente progrese în managementul calității serviciilor de sănătate, înregistrate în urma modificării legislației federale. Sunt prezentate schematic principalele instituții și infrastructura sistemului sănătății și sunt abordate în ansamblu dezbaterile curente cu privire la managementul calității în sistemul sănătății.

Scopul lucrării a fost aprecierea progreselor în domeniul asigurării și managementului calității asistenței medicale din Germania, în vederea transferului de cunoștințe pentru argumentarea și modelarea sistemului național de gestionare a calității serviciilor de sănătate.

Materiale și metode. În acest scop s-a realizat o revizuire a literaturii publicate începând cu 1990, folosind termenii de căutare „asigurarea calității serviciilor medicale”, „managementul calității în sănătate”, „indicatori de calitate”, „procese medicale” și „reformele în sistemul de sănătate”. Au fost accesate următoarele baze de date: PUBMED, Medline, ELDIS, biblioteca Băncii Mondiale, biblioteca OMS, ID-21, EMBASE și biblioteca Cochrane. S-au revizuit, de asemenea, articole-cheie și publicațiile din cadrul simpozioanelor științifice și texte care nu au fost incluse în căutarea bazelor de date. În lucrare au fost utilizate și materialele obținute în urma discuțiilor cu experții germani în cadrul vizitelor de studii pe care autorii le-au făcut în Germania pe parcursul ultimilor trei ani.

Evaluarea aspectelor de asigurare și management al calității asistenței medicale în Republica Moldova a fost efectuată în baza instrumentelor și metodologiei studiilor calitative semistructurate. Pentru fiecare aspect/articol inclus în instrumentul de evaluare s-a atribuit o valoare cuantificată de interpretare de la 0 la 100%, pentru a oferi obiectivitate și fixarea ratei de corespundere. Scorul maxim (80-100 %) s-a atribuit pentru interpretarea „cea mai adecvată”, în comparație cu standardul de „aur”, existent în Republica Federală Germania sau în țările cu experiență avansată în domeniu. Scorul minim (0-20%) s-a atribuit situației considerate „nefuncționale” în termeni de satisfacere a cerințelor standardului. Scorul total pentru fiecare categorie a fost însumat și comparat cu scorul maxim, pentru a deduce procentajul evaluării. Fiecare întrebare a fost evaluată de toți experții internaționali, iar însumarea răspunsurilor a produs scorul general. În unele cazuri, un anumit aspect a fost considerat inaplicabil. În asemenea cazuri, aspectul a fost omis din evaluare. Scorurile au fost transformate în valori statistice (procente) pentru raportul general. Astfel, răspunsurile cu scorurile cele mai joase (mai

puțin de 20%) au fost clasificate ca „nefuncționale”. Scorurile cu penultimul nivel au fost apreciate ca „neadecvate”, urmate de „existente, dar neadecvate”, „adecvate”, și „cele mai adecvate” pentru nivelele trei, patru și cinci, respectiv.

Managementul calității în reformele legislației și ale sistemului sănătății. În Germania, programele sistematice de asigurare a calității asistenței medicale au fost introduse pentru prima dată la nivel regional la mijlocul anilor 70 ai secolului trecut de către Camera Federală a Medicilor din Germania. La nivel național, auto-reglementarea profesională, care includea monitorizarea securității tehnice și a igienei a fost considerată, până la finele anilor 80, ca suficientă pentru a asigura calitatea asistenței medicale. La mijlocul anilor 90 ai secolului trecut, subiectul „calității” asistenței medicale a devenit unul prioritar, atât în cadrul auto-reglementării profesionale, cât și în politica de sănătate la nivel de stat, axându-se pe utilizarea programelor de management a calității, pe ghiduri clinice și indicatori ai calității. Începând de atunci, calitatea asistenței medicale a devenit o prioritate a politicii naționale de sănătate, iar cerințele cu privire la calitatea asistenței medicale acordate pacienților internați și celor de ambulatoriu au fost incluse în Codul Asistenței Sociale din Germania, care reprezintă cadrul reglator al sistemului social german de asigurare medicală. Începând de la instituirea Actului de Reformă a Asistenței Medicale din 1989, care a făcut, ca măsurile de asigurare a calității să devină un element obligatoriu, stipulat în contractele dintre spitale și fondurile asigurărilor de sănătate, factorul de asigurare a calității a fost transformat în mod progresiv dintr-o activitate voluntară în una obligatorie, mai întâi în spitale și, mai recent, în instituțiile de ambulatoriu. Acest fapt se datorează în mare parte raportului din anii 2000-2001 al Consiliului Consultativ pentru Acțiuni Conjugate în Asistența Medicală, care a identificat deficiențe considerabile a calității asistenței medicale pentru pacienții cu afecțiuni cronice. Începând din anul 2000, s-au întreprins o serie de măsuri succesive de îmbunătățire a calității asistenței medicale, care au inclus următoarele:

- Obligarea juridică a spitalelor și a instituțiilor de ambulatoriu să se implice în asigurarea externă a calității și în managementul intern al calității;
- Definirea unui volum minim de asistență prestată pentru anumite servicii medicale selectate;
- Introducerea unor programe structurate de management al maladiilor;
- Crearea unui Comitet Federal Comun și a Institutului pentru Calitate și Eficiență în anul 2004;
- Publicarea rapoartelor externe de calitate în spitale.

Reglementarea alocațiilor de sănătate și a serviciilor medicale prevăzute în Sistemul de Stat al Asigurărilor Medicale este cuprinsă în Codul Asistenței Sociale, volumul V. Aceasta stipulează reglementarea, înregistrarea, acreditarea și controlul prestatorilor de servicii medicale din cadrul serviciilor finanțate de Sistemul de Stat al Asigurărilor Medicale. Paragrafele 135-139 din Codul Asistenței Sociale abordează explicit problemele de asigurare a calității în asistența medicală. O caracteristică a sistemului sănătății german este tradiția de autogovernare a prestatorilor de asistență medicală efectuată prin Asociațiile reprezentative ale medicilor, spitalelor și ale fondurilor de asigurări. Prin urmare, este o chestie de principiu să-i faci pe prestatori și asiguratori responsabili de implementarea măsurilor de asigurare a calității și acordarea finanțării necesare.

O altă caracteristică a sistemului sănătății german este separarea administrativă a serviciilor în două sectoare, cel staționar și cel ambulatoriu. Este un fapt cunoscut că lipsa coordonării între cele două sectoare afectează continuitatea, și în acest fel, și calitatea asistenței medicale și rezultatele tratamentului pacienților. Această problemă a fost abordată printr-o introducere treptată a programelor de management al maladiilor, conceptelor de asistență integrativă și formelor intersectoriale ale instituțiilor, materializate în multiple reforme ale sistemului sănătății, bazate pe amendamentele legislative respective. Reforma legislației sistemului sănătății, elaborată în anii '90 în Germania, își are originea în necesitatea imperioasă de a controla și de a reduce costurile asistenței medicale. În cadrul acestor reforme, un rol semnificativ l-a avut managementul asistenței medicale, abordat mai mult din punctul de vedere al cost-eficienței. În 1992, Legea cu privire la reformarea structurii sistemului sănătății a introdus măsuri obligatorii de asigurare a calității pentru prestatori, în special pentru spitale, în cadrul Sistemului de Stat al Asigurărilor Medicale. Această lege a intrat în vigoare în ianuarie 1993. Cele câteva ajustări și modificări, operate în sistemul sănătății în perioada 1993-2000, s-au axat exclusiv pe reducerea costurilor. Cu toate că Legea cu privire la reformarea structurii sistemului sănătății a fost axată pe necesitatea reducerii cheltuielilor, mai multe din prevederile ei au avut efecte

și asupra aspectelor calității serviciilor, cum sunt: introducerea și dezvoltarea obligatorie a sistemelor de management intern al calității în spitale; încheierea contractelor intersectoriale între prestatori și fondurile de asigurări; introducerea modelului de medic de familie opțional și a stimulentele financiare pentru pacienții care rămân la același medic de familie pentru a lua decizii mai informate și, prin urmare, mai cost-eficiente; introducerea unei liste restrictive de medicamente eficiente (lista pozitivă) ce va înlocui conceptul listei de medicamente ineficiente de pe piață (lista negativă). În asistența spitalicească a mai fost introdus și conceptul Grupurilor Definite de Diagnoze (DRG) și au fost întreprinse măsuri de instituire a unui sistem cuprinzător de management al calității prin analiza cost-beneficiului tehnologiilor medicale și prin elaborarea ghidurilor de tratament. Protecția drepturilor pacienților a fost atinsă, prin acordarea suportului financiar asociațiilor consumatorilor și prin obligativitatea impusă prestatorilor de servicii medicale contractați de Sistemul de Stat al Asigurărilor Medicale să evalueze cauzele accidentelor medicale.

Aceste efecte ale managementului calității au fost suplimentate cu cea mai recentă modificare a legislației din sistemul sănătății, stipulată în Legea cu privire la modernizarea sistemului sănătății adoptată în 2003 și care a intrat în vigoare în ianuarie 2004. Cu toate că și această Lege prevede limitarea costurilor asistenței medicale, în ea este stipulat că îmbunătățirea calității asistenței medicale reprezintă unul din scopurile principale ale reformei. Într-adevăr, au fost extinse prevederile obligatorii ale managementului calității pentru prestatori, restructurarea organelor de reglementare la nivel federal și de land. Punctele esențiale ale acestei reforme legate de managementul calității sunt: obligativitatea cabinetelor private de practicieni de a introduce managementul intern al calității; fondarea unui Institut Național al Calității și Eficienței în sistemul sănătății; restructurarea organelor federale de reglementare în domeniul licențierii și managementului calității; introducerea unui reprezentant al pacienților în organele de luare a deciziilor. Sistemul de plată bazat pe DRG a devenit obligatorii din 2004 și această schimbare în practică a implicat o necesitate sporită de management al calității.

Instituții implicate în asigurarea și managementul calității asistenței medicale. Există mai mulți participanți în sistemul managementului calității în sistemul de sănătate german. Cu fiecare reformă a legislației s-au produs schimbări constante în structura instituțiilor participante și a responsabilităților lor. Mai jos vom descrie cele mai importante instituții participante, cu referire la legislația curentă din sistemul sănătății, fără a face o enumerare exhaustivă și completă.

Ministerul Federal al Sănătății elaborează și promovează strategiile cu privire la calitatea asistenței medicale la diverse niveluri ale sistemului de sănătate, prin determinarea cadrului legal care stă la baza Codului Asistenței Sociale din Germania.

Comitetul Federal Comun a fost instituționalizat ca persoană juridică în ianuarie 2004 și este o instituție a dreptului public. Comitetul Federal Comun a înlocuit mai multe organe de reglementare precedente și este constituit din reprezentanții Asociației Federale a Medicilor contractați de Sistemul de Stat al Asigurărilor Medicale, Federației Germane a Spitalelor și Asociațiilor Federale ale Fondurilor de Asigurări. Comitetul Federal Comun este organul suprem de luare a deciziilor din structura comună de autogovernare și este subordonat direct Ministerului Sănătății. Responsabilitățile principale ale Comitetului Federal Comun includ evaluarea și licențierea noilor metode de examinare și tratament, în special în asistența de ambulatoriu, elaborarea și emiterea directivelor privind asistența medicală și reglementarea compensării medicamentelor cu aprobarea Sistemului de Stat al Asigurărilor Medicale.

Comitetul Federal Comun a preluat și o serie de responsabilități legate de managementul calității în sistemul sănătății, printre care: elaborarea și implementarea directivelor și criteriilor de management al calității în asistența medicală de ambulatoriu și stomatologică; elaborarea măsurilor de asigurare a calității ce urmează să fie aplicate în spitalele acreditate de Sistemul de Stat al Asigurărilor Medicale; aplicarea sancțiunilor financiare pentru spitalele care nu respectă directivele de management al calității; stabilirea conținutului și volumului rapoartelor de calitate ce urmează să fie emise de spitale. Începând cu 2004, procesul de luare a deciziilor legate de managementul calității în spitale necesită consultarea prealabilă în Camera Federală a Medicilor, Federația Fondurilor Private de Asigurări în Sănătate și Asociația de Nursing. Aceste organizații participă la negocieri, însă nu au drept de vot. Componenta plenarei Camerei Federale a Medicilor include 3 membri imparțiali, 9 reprezentanți ai fondurilor de asigurări în sănătate și 9 reprezentanți ai prestatorilor de servicii medicale. Componenta diverselor subcomitete variază în dependență de

relevanța deciziilor ce urmează să fie luate. În plus, în comitete mai au dreptul să participe și până la 9 reprezentanți ai pacienților, dar fără drept de vot.

Organul desemnat de Camera Federală a Medicilor, în calitate de centru al managementului calității în spitale, este Oficiul Federal de Asigurare a Calității, o instituție independentă de prestare a serviciilor. Misiunea Oficiului Federal de Asigurare a Calității se axează pe managementul extern al calității, care este obligatoriu pentru spitalele acreditate de Sistemul de Stat al Asigurărilor Medicale. Oficiul Federal de Asigurare a Calității a fost fondat în 2001 și de atunci coordonează procesul de obținere și oferire a informației standard pentru spitale. Toate spitalele din Germania participă la procedurile externe de asigurare a calității, desfășurate de Oficiul Federal de Asigurare a Calității și de filialele lui din landuri. Oficiul Federal de Asigurare a Calității a oferit spitalelor sprijin și asistență în etapa de tranziție de la plata per serviciu la sistemul DRG.

Institutul Calității și Eficienței în Sistemul Sănătății a fost fondat în 2004 ca instituție independentă. Printre sarcinile majore care i-au fost desemnate de Ministerul Sănătății și de Codul Asistenței Sociale se numără analiza științifică a rezultatelor tratamentelor medicale și al medicamentelor administrate, evaluarea ghidurilor de tratament și elaborarea recomandărilor privind programele de management al maladiilor. În plus, Institutul este responsabil de oferirea de informații pacienților și publicului.

Grupul de lucru pentru promovarea asigurării calității în medicină este un alt organ constituit pe baza prevederilor Codului Asistenței Sociale. Sarcinile lui de bază constau în evaluarea managementului calității la nivel de sistem și elaborarea recomandărilor pentru instituirea unui sistem coerent și cuprinzător al managementului calității între sectoare și grupurile profesionale.

Biroul Federal de Asigurare a Calității, creat în anul 2001, susține partenerii contractanți din Sistemul de Stat de Asigurări Medicale în dezvoltarea și implementarea măsurilor pentru asigurarea externă a calității în spitale, conform stipulărilor Codului Asistenței Sociale din Germania.

Camerele regionale ale Medicilor sunt responsabile de acreditarea postuniversitară, cursuri de perfecționare și stabilirea standardelor profesionale. Activitățile lor sunt coordonate la nivel federal de către Camera Federală a Medicilor, care de asemenea de mai multe decenii, elaborează ghiduri și recomandări cu privire la subiecte și proceduri specifice, cum ar fi: etica în sistemul de sănătate, chirurgia de ambulatoriu, imagistica medicală și transplanturile etc.

Agenția Centrală de Calitate în Medicină, fondată în anul 1995 de către Camera Federală a Medicilor și Asociația Medicilor contractați de Sistemul de Stat al Asigurărilor Medicale, are rolul de inițiere și analiză a proiectelor din domeniul asigurării calității. Agenția Centrală de Calitate în Medicină coordonează și realizează Programul Național de Ghiduri pentru Managementul Maladiilor. În această activitate ea este asistată de Casa Comună a Medicilor Germani, Grupurile Autoadministrare pentru Informarea Pacientului și de Programul Medicilor cu privire la Siguranța Pacienților.

Asociația Națională a Fondurilor de Asigurări de Stat în Medicină, începând cu 1 iulie 2008, a preluat rolul central în sistemul sănătății german, constituind o asociație centrală a fondurilor de asigurări în medicină la nivel federal, în conformitate cu Secțiunea 217 din Volumul V al Codului Asistenței Sociale. Asociația a fost înființată ca urmare a reformei sistemului sănătății din 2007, la decizia Parlamentului Federal al Germaniei. În calitate de nucleu și promotor al asigurărilor de stat în medicină Asociația definește și instituie condițiile de bază ale asistenței medicale în Germania, activitățile ei axându-se pe sănătatea celor peste 70 de milioane de persoane asigurate. În prezent, Asociația a preluat aproximativ 160 de sarcini și activități, privind asigurarea medicală de stat și asistența medicală pe termen lung, care nu sunt supuse competiției și erau efectuate în trecut de 7 asociații centrale diferite. Spre deosebire de asociațiile precedente, Asociația Națională a Fondurilor de Asigurări de Stat în Medicină nu se ocupă doar de persoanele asigurate ale unui anumit tip de fonduri, ci de absolut toate persoanele asigurate și de toți contribuabilii. În scurta ei perioadă de activitate Asociația a înregistrat deja primele succese în îmbunătățirea asistenței medicale. De exemplu, au fost adoptate hotărâri privind noile prețuri de referință la medicamente. Pentru asigurarea asistenței medicale pe termen lung, s-a convenit cu partenerii contractanți asupra unui sistem de evaluare a calității instituțiilor medicale de îngrijire pe termen lung (nursing homes), precum și asupra unor ghiduri pentru personalul auxiliar din aceste instituții. Asociația și-a afirmat clar poziția cu privire la asigurările medicale de stat prin declarațiile oficiale pe care le-a făcut la ședințele Comitetului de Sănătate din Bundestag, ce se refereau la fondul de sănătate sau la Actul privind dezvoltarea ulterioară a structurilor organizaționale în cadrul asigurărilor medicale de stat. La 1 ianuarie 2009 Asociația a

mai preluat câteva sarcini suplimentare de bază. Un exemplu din aceste peste 30 de noi sarcini este noul sistem de avertizare, care va fi instituit pentru a evita lichidarea sau insolabilitatea fondurilor de asigurări medicale.

Asociația Medicilor din Sistemul Asigurărilor Medicale de Stat reprezintă interesele a aproximativ 150.000 de medici și de psihoterapeuți din Germania, care activează în instituțiile de ambulatoriu contractate de Fondurile Asigurărilor Medicale de Stat. Ca parte a autoadministrării în sistemul sănătății, Asociația asigură asistența medicală ambulatorie și reprezintă drepturile, îndatoririle și interesele economice ale medicilor din asigurările medicale de stat în raport cu asigurările de stat propriu-zise.

Camera Federală a Medicilor este asociația profesională a tuturor celor 414.000 de medici din Germania. Calitatea de membru este solicitată de la toți medicii licențiați ce practică medicina. Camera Federală a Medicilor este un organism statutar autogovernat și legitimat democratic, care îndeplinește dubla funcție de reprezentare a intereselor și de organ de supraveghere. Camera asigură că medicii urmează cursurile de perfecționare și sunt certificați conform unor standarde profesionale clare și cuprinzătoare pentru a oferi o asistență medicală optimă populației. În același timp, Camera reprezintă interesele profesionale ale membrilor ei și militează pentru ca medicii să lucreze în condiții corespunzătoare, asigurându-se că problemele sistemului sănătății identificate de medici sunt făcute publice. În particular, Camera reglementează conținutul cursurilor de instruire specializată. În Germania, medicii încep această instruire, după ce susțin al doilea examen de stat și își iau licența. Pe lângă această instruire de specializare, medicii din Germania sunt obligați să urmeze periodic cursuri de perfecționare pentru a fi la curent cu cele mai recente progrese în medicină. Camera ține evidența acestor cursuri de instruire urmate de medici și certifică instruirile ce au loc în Germania conform unui sistem fix de credite. Camera mai are și rolul de instituție de consultantă și facilitatoare în probleme legate de asigurarea calității. În plus, Camera monitorizează respectarea obligațiilor și îndatoririlor profesionale a medicilor. Alte sarcini desemnate Camerei sunt definirea conținutului instruirilor pentru asistentele din cabinetele medicilor și efectuarea examinărilor în acest domeniu. Camera Federală a Medicilor a inițiat și organizat prima Conferință în medicina bazată pe dovezi din Germania și este un membru fondator al Rețelei Germane a Medicinii Bazate pe Dovezi și a Rețelei Internaționale a Ghidurilor.

Alte instituții participante importante includ **Institutul German de Documentare și Informare Medicală (IGDIM)**, **Casa Germană de Sistematizare a Ghidurilor (CGSG)**, **Asociația Managementului Calității în Asistența Medicală (AMCAM)**, **Rețeaua Germană a Medicinii Bazate pe Dovezi** și **Asociația Societăților Științifice Medicale**. Este nevoie de menționat și **Rețeaua Germană de Dezvoltare a Calității în Nursing**.

În figurile 1 și 2 sunt prezentate structurile generale ale organizațiilor legale din sistemul de sănătate german care au responsabilități în domeniul calității asistenței medicale.

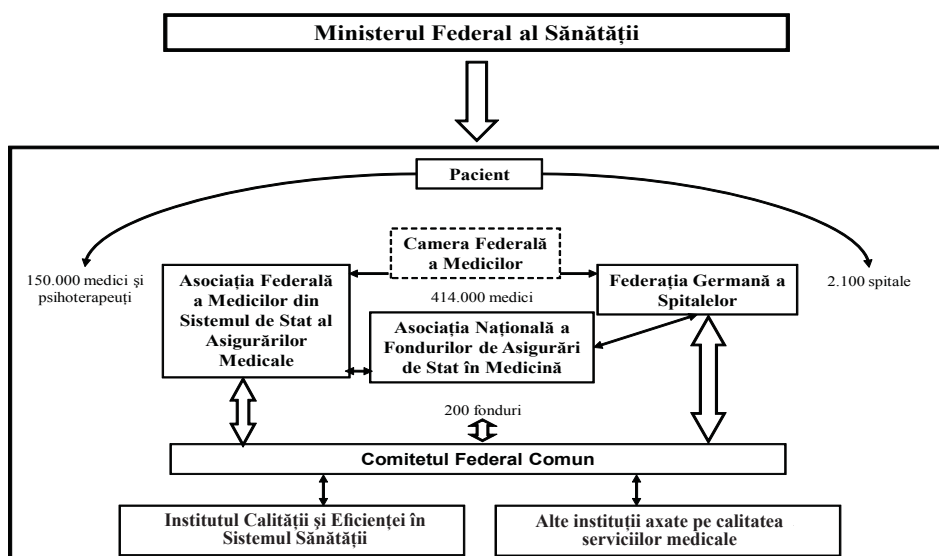


Figura 1. Structura generală a organizațiilor legale din sistemul de sănătate

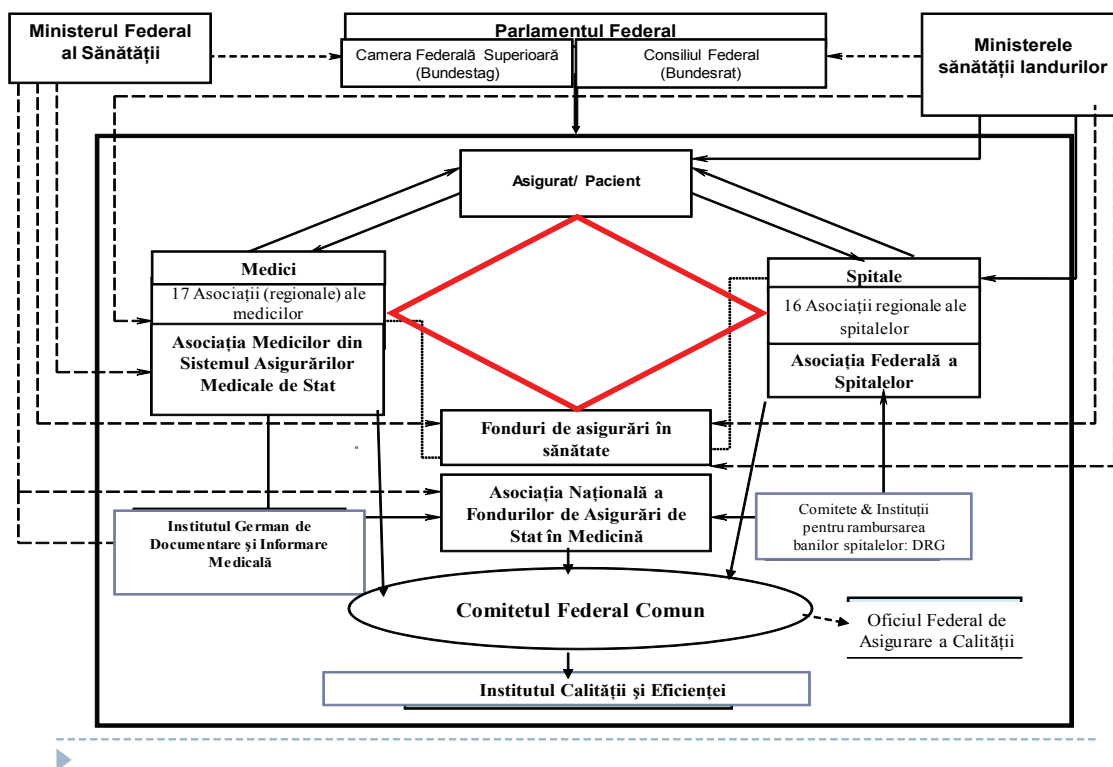


Figura 2. Interacțiunea dintre organizațiile legale din sistemul de sănătate german

Procesul de asigurare și management al calității asistenței medicale

Precum s-a menționat anterior, începând din anul 2000, spitalele sunt obligate în mod legal să dispună de sisteme interne de gestionare a calității și să implementeze mecanisme externe de asigurare a calității, acestea fiind stipulate în contractele lor cu fondurile asigurărilor de sănătate.

Sistemul extern implică documentarea indicatorilor de calitate, proces susținut de Oficiile Regionale de Asigurare a Calității. Informațiile sunt colectate și analizate la nivel național de către Oficiul Federal de Asigurare a Calității, iar rezultatele sunt aduse la cunoștință în formă de rapoarte și recomandări adresate spitalelor. De asemenea, informațiile se aduc la cunoștința publicului într-un format cuprinzător prin publicarea unui raport anual cu privire la calitate. De exemplu, raportul din anul 2007 a acoperit 19 domenii:

Chirurgie generală și vasculară

- Colecistectomie
- Reconstrucția arterei carotide

Medicină internă / Cardiologie

- Pneumonia comunitară
- Implant de Pacemaker
- Pacemaker - Schimbarea dispozitivului
- Pacemaker - ajustare/ - Schimbarea dispozitivului /- Scoatere
- Angiografie coronariană și intervenții coronariene percutante

Chirurgie cardiacă

- Chirurgie coronariană, izolat
- Chirurgia valvei aortice, izolat
- Chirurgia combinată coronariană și a valvei aortice

Medicina de transplant

- Transplant de inimă
- Transplant de ficat
- Transplant de plămâni și inimă/ Transplant de plămâni
- Transplant de rinichi
- Transplant de pancreas și pancreas-rinichi

Ginecologie și Obstetrică

- Obstetrică
- Intervenții ginecologice
- Chirurgia mamară

Ortopedie și Traumatologie

- Fractură de femur
- Implant de proteză de șold
- Schimbarea protezei de șold
- Implantul protezei de genunchi
- Schimbarea protezei de genunchi

Nursing

- Profilaxia escarelor

Aceste domenii au fost evaluate, prin intermediul unui număr de 212 indicatori de calitate, conectați la anumite ținte numerice. Spitalele plasate sub nivelul necesar de performanță trebuie să explice situația și dacă se consideră necesar, vor întreprinde acțiuni pentru a-și îmbunătăți indicatorii. De asemenea, spitalele care nu reușesc să înregistreze informația necesară, sunt penalizate financiar. În plus, începând din anul 2005, legea solicită spitalelor publicarea bienală a rapoartelor standardizate cu privire la calitate. Aceste rapoarte includ informații cu privire la structura și procesul de activitate a spitalului, cum ar fi: numărul de paturi, personalul, volumul de servicii prestate, echipamentul medical și documentele existente cu privire la sistemul intern de management al calității. În luna septembrie 2005, doar puțin peste 1900 de spitale (98% din toate spitalele obligate să facă acest lucru) publicaseră un raport de calitate. Aceste rapoarte pot fi accesate online, oferind astfel posibilitate publicului larg să caute informații cu privire la indicatorul calității după denumirea spitalului și/sau localitate, deși o comparație directă a acestor date nu este posibilă. Cu toate că oferă o multitudine de informații, rapoartele sunt criticate pentru că nu includ toate rezultatele evaluărilor.

Începând din anul 2000, spitalele sunt de asemenea încurajate să participe la procesul de certificare. Există două sisteme majore de certificare. Ambele combină auto-evaluarea (conform unui protocol standard) și evaluarea externă (prin vizite), conform Fundației Europene pentru Managementul Calității și Sistemului European de Conferire a Calității, așa-zisul „Cum Cert” al spitalelor pentru confesiuni religioase și al Programului de Cooperare pentru Transparență și Calitate în Sistemul de Sănătate.

La fel ca și în sectorul spitalicesc, cadrele medicale angajate în secțiile de ambulatoriu, contractate de către Sistemul de Stat al Asigurărilor Medicale, sunt solicitate pe cale legală să implementeze *sisteme interne de management al calității* prin aderarea la regulamente care stabilesc standardele minime stabilite în anul 2006. De obicei, într-un spital există o unitate din 4-6 angajați (inclusiv medici) care se ocupă de managementul calității. Anumite servicii medicale selectate, prestate de către un medic specialist în regim de ambulatoriu, cum sunt procedurile invazive și imagistica medicală, trebuie să fie însoțite de un certificat de la medicul asistent al acelei proceduri, care la rândul său deține licența de specialist în domeniu. În vederea calificării pentru certificare, instituțiile medicale trebuie să întrunească anumite standarde tehnice minime, iar cadrele medicale trebuie să demonstreze că au urmat cursuri suplimentare de instruire (definite prin numărul de cazuri supravegheate înregistrate). Dacă instituția respectivă dorește să-și mențină eligibilitatea pentru rambursare din partea fondurilor de asigurări, ea trebuie să treacă prin procesul de re-certificare. Criteriile de re-certificare sunt definite de către Asociația Medicilor contractați de Sistemul de Stat al Asigurărilor Medicale și sunt parte a acordurilor contractuale dintre fondurile asigurărilor de sănătate și asociațiile regionale ale medicilor.

Deosebit de importante sunt ghidurile bazate pe dovezi, aprobate prin proceduri de consens. Pe de altă parte, au fost elaborate ghiduri naționale și programe de informare a pacienților, bazate pe standarde internaționale. Ghidurile naționale de management al maladiilor sunt implementate peste tot în Germania și sunt promovate în cadrul programelor de certificare și de instruire continuă a medicilor.

Mai recent, Asociația Medicilor contractată de Sistemul de Stat al Asigurărilor Medicale și Camera Federală a Medicilor a inițiat un sistem voluntar și anonim de raportare a cazurilor critice și de erori/malpraxis medicale. Sistemul include un program de raportare prin Internet, creat în luna aprilie 2005 și alte inițiative suplimentare ale unui șir de organizații din Germania. Cu toate

acestea, încă nu este clar cum vor ajuta aceste inițiative suplimentare la identificarea și minimizarea riscurilor.

Reglementarea și controlul tehnologiilor medicale din Germania nu a prezentat un interes prioritar în trecut, însă, după reformele recente din sănătate, evaluarea tehnologiilor medicale a devenit un aspect din ce în ce mai discutat de autoritățile legislative din domeniul sănătății. Acum acest factor este luat în considerație la definirea pachetului de servicii medicale acoperite de Sistemul de Stat al Asigurărilor Medicale și aprobat de către Comitetul Federal Comun.

Institutul Calității și Eficienței în Sistemul Sănătății autorizează evaluarea și elaborează recomandări pentru includerea sau excluderea tehnologiilor de pe lista serviciilor finanțate în cadrul sistemului social de asigurări medicale, cu toate acestea Institutul nu deține dreptul de a lua decizii. În cadrul Institutului German pentru Documentare și Informare Medicală s-a elaborat o bază de date cu privire la evaluarea tehnologiilor medicale cu scopul de a susține procesul de luare a deciziilor de către Comitetul Federal Comun. Cu toate acestea, abordarea generală de reglementare a inovațiilor și utilizarea dovezilor pentru informarea autorităților în procesul de luare a deciziilor pare a fi inconsistentă, în special din cauza coexistenței a două abordări concurente ale politicii de calitate în sănătate. Prima abordare este reprezentată de programele „de jos-în sus”, care au fost introduse sau susținute în mare parte de asociațiile autoadministrate și cele științifice ale medicilor (de ex., instruirea profesională în medicina bazată pe dovezi și managementul calității), prin certificarea voluntară a instituțiilor medicale, sau prin ghidurile de management al maladiilor. A doua abordare este reprezentată de programe obligatorii de control al calității, pe care Codul Asistenței Sociale din Germania îl impune cadrelor medicale. Rămâne a se vedea dacă inițiativele recente, de exemplu crearea Institutului pentru Calitate și Eficiență sau Programul de ghiduri pentru managementul maladiilor vor avea un impact vizibil.

Structura managementului calității

Asistența medicală de ambulatoriu. Legea cu privire la modernizarea sistemului sănătății din 2003 prevede că prestatorii de asistență medicală de ambulatoriu (în Germania acestea sunt reprezentate în special de cabinete private ale medicilor) sunt obligați să introducă sisteme de management intern al calității pe lângă participarea la măsurile externe de asigurare a calității. Legislația nu specifică detalii, regulamentul respectiv urmând să fie elaborat de Comitetul Federal Comun. Alegerea sistemelor de management al calității rămâne la discreția prestatorilor, întrucât domeniul de aplicare al managementului calității trebuie să fie stabilit pentru fiecare caz individual. În ceea ce privește managementul extern al calității, acest lucru este responsabilitatea Asociațiilor Medicilor acreditați de Sistemul de Stat al Asigurărilor Medicale pentru monitorizare și control pe bază de eșantion, conform ghidului Comitetului Federal Comun. Unul din aspectele managementului calității stipulat în legislație este obligația de a institui o instruire structurată continuă a medicilor. În ultimii ani au fost introduse Cercurile calității ca element-cheie pentru cabinetele private ale medicilor. În prezent, în Germania operează aproximativ 3500 de cercuri ale calității.

Asistența medicală spitalicească. Comitetul Federal Comun a instituit un subcomitet pentru managementul comparativ extern al calității, care va consulta Comitetul Federal Comun și va coopera cu Grupurile tehnice de lucru la nivel federal, precum și cu comitetele de organizare la nivel de land. Toate datele sunt colectate prin Oficiile Calității la nivel de land și sunt analizate și publicate de Oficiul Federal de Asigurare a Calității. În fiecare land există Comitete de organizare și Grupuri tehnice de lucru, care, în cooperare strânsă cu Oficiile Calității la nivel de land și Oficiul Federal de Asigurare a Calității, sunt responsabile de implementarea managementului calității în regiunea lor. Grupurile tehnice de lucru independente dialoghează și colaborează direct cu spitalele, încurajându-le să lucreze cu rezultatele auditului și să susțină managementul calității în permanență. Cooperarea se desfășoară prin intermediul conferințelor regionale cu privire la calitate și așa-numitul dialog structurat. Structura acestui serviciu este prezentată în *figura 3*.

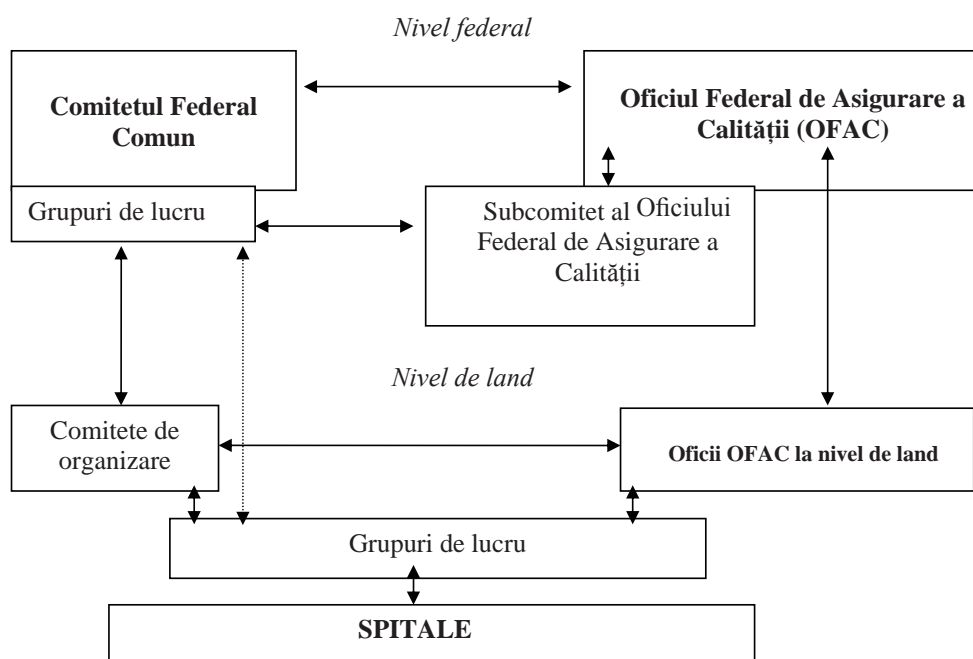


Figura 3. Structura managementului extern al calității în spitale (sursă: OFAC)

În Germania există diverse *Inițiative de calitate*. Implementarea acestor prevederi legale și modul în care părțile interesate o traduc în inițiative practice de management al calității este ilustrat prin descrierea unor exemple selective.

Cooperarea pentru Transparență și Calitate în Spitale a fost inițiată în 1997 de Camera Federală a Medicilor și de Asociațiile federale ale mai multor fonduri de asigurări în sănătate. Mai târziu s-au alăturat și Federația spitalelor și Consiliul de Nursing. Misiunea *Cooperării pentru Transparență și Calitate în Spitale* este de a fortifica transparența în activitatea medicilor și a spitalelor, prin oferirea de informații cuprinzătoare tuturor celor interesați, inclusiv pacienților. Criticile metodei au invocat faptul că Cooperarea pentru Transparență și Calitate în Spitale se axează mai mult pe calitatea structurală, în timp ce alte sisteme de management al calității au o abordare mai amplă.

Proiectul Pilot de Management al Calității în Spitale a fost inițiat și finanțat de Ministerul Sănătății. Scopul Proiectului a fost de a demonstra beneficiile managementului calității pentru prestatori, fondurile de asigurări și pacienți. În perioada 1998-2001, Proiectul a sprijinit 44 de spitale în introducerea unor sisteme cuprinzătoare de management al calității, care se axează pe pacienți și angajați, sunt interdisciplinare și acoperă toate nivelurile ierarhice.

Proiectul Modelul Calității Spitalicești s-a axat pe elaborarea instrumentelor de măsurare și comparare a calității rezultatelor în spitale. În acest scop, în 1999 a fost inițiată o colaborare voluntară între Federația Fondurilor Locale de Asigurări în Sănătate și 20 de spitale. Scopul Proiectului a fost să definească lista indicatorilor de rezultate, care să fie valabili și siguri, și să elaboreze instrumente relevante pentru practică. Rezultatele Proiectului au fost recunoscute ca o contribuție valoroasă la instituirea managementului intern al calității în spitale, iar instrumentele elaborate au fost considerate utile pentru comparațiile externe ale calității.

Prin Proiectul Calitatea și Dezvoltarea în Practică, Asociația Federală a Medicilor contractați de Sistemul de Stat al Asigurărilor Medicale a elaborat un model specializat de management al calității pentru medicii și psihoterapeuții acreditați din asistența de ambulatoriu. Metoda se bazează pe indicatori și abordează aspecte cum sunt siguranța și asistența medicală a pacienților, informația și documentarea, colaboratorii, organizarea oficiilor, condițiile de lucru, educația continuă. Din martie 2004, *Proiectul Calitatea și Dezvoltarea în Practică* este în etapa de testare pilot în peste 60 de instituții, iar din vara anului 2005 a fost aplicat ca sistem de rutină al managementului calității în practica de ambulatoriu la nivel de țară.

Managementul comparativ extern al calității în spitale

Managementul comparativ extern al calității în spitale este un subiect foarte discutat în comunitatea medicală din Germania. Legislația și organismele relevante au ales o abordare pe etape

pentru introducerea managementului comparativ extern al calității. Începând cu 2001, Oficiul Federal de Asigurare a Calității a publicat rapoarte anuale pe țară cu privire la calitatea în spitale. Cel mai recent raport, cel din 2007, a inclus, pentru prima dată, rezultatele complete. În plus, analiza datelor a fost efectuată anonim, ceea ce a permis o comparație „protejată”, fără a stigmatiza unele spitale. Analiza a relevat că există unele îngrijorări legate de interpretarea greșită de către public a informației despre calitate.

În noiembrie 2004, Comitetul Federal Comun (CFC) a organizat pentru prima dată conferința anuală de totalizare a rezultatelor managementului extern al calității. Comitetul a declarat că nici într-o țară nu mai există un proiect similar de elaborare a unui sistem cuprinzător de date comparative privind calitatea din spitale. În timp ce conferința a descris o imagine în general pozitivă, prin accentuarea standardului înalt al calității asistenței spitalicești și progresele înregistrate în ultimii ani în ceea ce privește generarea și oferirea de informații cu privire la calitate, cele mai importante părți interesate au reflectat în declarațiile lor și unele puncte critice. A fost recunoscut faptul că domeniul curent de aplicare a datelor cu privire la calitate trebuie să fie privit ca un început valoros, cu scopul de a extinde acoperirea și mai departe. Datele curente cu privire la calitate au acoperit 33 de specializări medicale, cum sunt ortopedia, unele specializări chirurgicale, cardiologia, tratamentul cancerului mamar și nursing, reprezentând 20% din totalul serviciilor. Una dintre provocări a fost transpunerea datelor și rezultatelor obținute în activități practice de îmbunătățire a calității. Fiecare spital a primit rezultatele lui individuale în comparație cu alte spitale anonime. În rapoartele pe care le-au elaborat ca răspuns la întrebările adresate, unele spitale au clarificat confuziile, altele au investigat cauzele și au îmbunătățit ulterior procedurile de lucru. În cazurile în care nu a fost primit un răspuns satisfăcător de la spitalele înștiințate, s-au întreprins alte măsuri de dialog structurat, cum sunt întâlnirile consultative și vizitele la fața locului. Scopul dialogului structurat a fost de a consilia și susține spitalele în activitățile de îmbunătățire a domeniilor problematice. În cazurile în care un spital refuza să coopereze sau să se conformeze măsurilor impuse, au fost aplicate sancțiuni financiare. Cazuri extreme de reziliere a contractului între prestatorul de servicii și Sistemul de Stat al Asigurărilor Medicale nu s-au înregistrat. În general, instituirea managementului comparativ al calității a început bine, cu toate acestea instrumentele trebuiau să fie îmbunătățite, în special, a trebuit să fie redusă birocrăția legată de generarea și comunicarea datelor de către spitale, pentru a asigura o colectare mai eficientă a datelor.

Începând cu 2002 a fost inclus și nursingul în setul de date cu privire la calitate. Din perspectiva nursingului s-a sugerat ideea ca indicatorii să fie relevanți pentru pacienți, precum și elaborarea unor indicatori intersectoriali mai generali, cum sunt cei pentru căderi și managementul durerii. Prin urmare, pentru viitor a fost recomandată utilizarea unor indicatori generali pentru a face posibilă o mai bună axare pe pacienți.

Din punctul de vedere al reprezentanților pacienților, unul dintre aspectele negative a fost caracterul foarte tehnic al rezultatelor, din acest motiv raportul neputând fi utilizat de pacienți. Reprezentanții au sugerat elaborarea unor opțiuni suplimentare de prezentare, potrivite pentru grupul-țintă al pacienților și instituirea birourilor de informare pentru cabinetele private ale medicilor care își îndreaptă pacienții în spitale. Una dintre probleme a fost faptul că rezultatele erau anonime, ceea ce a reprezentat un impediment pentru percepția transparenței activității spitalelor de către utilizatori.

La adresa sistemului răsună critici, privind lipsa transparenței în ceea ce privește calitatea activității spitalelor. Din cauza datelor anonime, comparația calității este posibilă doar pentru spitale între ele. În prezent, nici un utilizator extern nu ar putea să stabilească dintr-un raport al Oficiului Federal de Asigurare a Calității cum sunt serviciile unui anumit spital. Din acest motiv, raportul nu a putut fi utilizat de pacienți și nici de medicii din cabinetele private care nu au reușit să-și îndeplinească sarcina de a recomanda un spital pacienților lor. În comparație cu alte țări, Germania a fost clasificată ca o țară în dezvoltare în ceea ce privește raportarea publică a calității și s-a observat că așteptările înalte ale publicului și pacienților s-au lovit de unele rezerve pe care le au grupurile de interese din sistemul sănătății. Abordarea clasică de asigurare a calității a reflectat mai mult un sistem de control intra-profesional, ce garantează standarde minime în toate spitalele, dar nu este neapărat și transparent pentru public. În pofida unor eforturi considerabile și costisitoare, transparența calității și a rezultatelor activității spitalelor rămâne una insuficientă. În general, s-a observat că accentul pus la moment pe calitatea structurii și a procesului nu este suficient și că ar fi necesară o orientare sporită pe calitatea rezultatelor. Lipsa curentă a indicatorilor calității rezultatelor a fost asociată cu limitările

metodologice ale rapoartelor spitalelor, cum sunt ajustarea riscului intra-spitalicesc. Pentru anii 2009-2010 a fost elaborată o nouă listă de indicatori care reflectă și rezultatele de activitate a medicilor și spitalelor.

Calitatea datelor este o provocare metodologică majoră în procesul de instituire a managementului extern al calității. S-a argumentat că metodele de validare a indicatorilor calității au fost preluate din conceptele internaționale, fără a le evalua eficiența în mediul german. Despre unii indicatori ai calității, cum este relația volum-rezultat s-a discutat mult în contradictoriu. În urma criticilor cu privire la siguranța și validitatea datelor, a fost elaborat un sistem de monitorizare a calității datelor, cu controale pe bază de eșantion. În ceea ce privește evaluarea asigurării calității și a proceselor de management, au fost înregistrate progrese, însă mai pot fi observate și multe deficiențe. O evaluare internațională a strategiilor calității spitalicești a relevat faptul că există foarte puține cercetări de evaluare a eficienței strategiilor calității la nivel național și la nivel de spital. Prin urmare, nu au putut fi găsite dovezi concludente cu privire la eficiența strategiilor, deși acest lucru nu presupune că acestea sunt ineficiente. Publicațiile tind să favorizeze istoriile de succes mai mult decât eșecurile.

Erorile medicale

Aspectele legate de siguranța pacienților și managementul riscurilor sunt critice pentru calitatea asistenței medicale, prin urmare erorile medicale și malpraxisul au o relevanță directă pentru managementul calității. Disponibilitatea datelor despre erorile medicale nu este satisfăcătoare, cifrele cunoscute fiind considerate partea vizibilă a cazurilor, cu o zonă gri presupusă a incidentelor necunoscute. Conform informațiilor oferite de Institutul Robert Koch, numărul erorilor medicale suspectate și confirmate în Germania este de aproximativ 40.000 pe an, cu un număr de aproximativ 12.000 de solicitări de despăgubiri. Alți autori sugerează că aproximativ 5-10% din pacienții din spitale au suferit așa numitele evenimente nedorite, jumătate dintre acestea putând fi evitate. Majoritatea solicitărilor de despăgubiri înregistrate erau legate de procedurile chirurgicale, acestea fiind mai des depuse împotriva medicilor din spitale decât a celor din cabinetele private. Explicarea acestor fenomene constă în faptul că relația dintre pacient și doctor este mai anonimă în spitale și că erorile sunt mai ușor de recunoscut în chirurgie. Din erorile medicale și cauzele lor pot fi trase concluzii privind necesitatea aplicării măsurilor de îmbunătățire a calității. Cauzele pot fi identificate la toate nivelele: lucrătorul medical individual, echipa, instituția medico-sanitară sau întregul sistem al sănătății. Cele mai multe cauze sunt cele legate de deficiențele organizaționale, dintre care cele mai frecvente (23%) sunt comunicarea și coordonarea insuficientă între prestatorii de asistență medicală. Factorii structurali (condițiile din spital) ai sistemului sănătății pot să declanșeze probleme de coordonare, manifestate printr-un management ineficient la nivel de structură.

Specialiștii germani susțin că prevenirea erorilor medicale și managementul riscului trebuie să fie o parte integrantă a managementului calității. Sistemul de management intern al calității, cu metodele lui de procesare continuă și analiză a greșelilor, constă în crearea unei infrastructuri pentru managementul riscurilor și îmbunătățirea calității asistenței medicale. În acest scop, trebuie să fie luate în considerație mediul intern din sistemul sănătății și în special condițiile de lucru. Volumul mare de lucru, timpul limitat și cooperarea interdisciplinară defectuoasă din cauza barierelor existente între grupurile profesionale contribuie la producerea evenimentelor adverse în asistența medicală și subminează siguranța pacienților.

În prezent există o atitudine ezitantă în discutarea erorilor medicale. O nouă „cultură a erorii” va include crearea unor platforme protejate pentru discutarea fără sancționare a evenimentelor adverse și a erorilor. Recunoașterea și acceptarea faptului că aceste evenimente adverse și erori constituie un risc zilnic în asistența medicală creează oportunitatea de a institui sisteme regulate și mai active de raportare. Experiența acumulată din industrie denotă că raportarea sistematică (și nesancționată) a tuturor evenimentelor nedorite, inclusiv a celor fără consecințe, a contribuit semnificativ la evaluarea cauzelor și a avut drept rezultat o prevenire mai bună a accidentelor.

Pacienții și calitatea

În Germania conceptele privind protecția pacienților prin asigurarea calității asistenței medicale au apărut în ultimii ani, de altfel ca și conceptele calității în general. Poziția pacienților a început să fie fortificată în legislație prin reforma asistenței medicale din 2000. Deși noua legislație prevede sporirea axării pe pacienți ca un aspect al calității asistenței medicale, această solicitare intră în conflict cu structurile, scopurile și numărul existent al valorilor de bază, comportamentul cadrelor didactice și procedurile organizaționale ale instituțiilor. Conceptul recent de „luare a deciziilor în

comun” prevede o schimbare a modelului de relație pacient – lucrător medical. O problemă majoră este comunicarea inadecvată cu pacienții, care își are originea în lipsa abilităților de comunicare ale lucrătorilor medicali și în factorii organizaționali și financiari din sistemul sănătății.

Axarea pe pacienți presupune participarea cetățenilor la dezvoltarea asistenței medicale. Acest aspect este discutat în contradictoriu, și experiențele sunt descrise cu rezultate mixte. Cu toate acestea, participarea cetățenilor, ca un principiu democratic de bază, are valoare în sine și poate să sporească transparența. În alte țări există un nivel mai avansat de participare a utilizatorilor la managementul calității. În Olanda, de exemplu, de la emiterea „Actului privind participarea beneficiarilor instituțiilor medicale” din 1996, organizațiile din sistemul sănătății sunt obligate să instituie consilii ale beneficiarilor, și pacienții pot astfel să influențeze politica prestatorului de servicii. Pacienții trebuie să fie autorizați să ia decizii printr-o informare riguroasă. Declarația cu privire la drepturile pacienților este însoțită în prezent de fortificarea oficiilor independente de consiliere a pacienților și de noua instituționalizare a reprezentării pacienților în Comitetul Federal Comun. Întrucât acesta este un domeniu nou pentru Germania, experiența nu a fost încă evaluată.

Aspectele calității asistenței medicale pot fi percepute și evaluate de pacienți într-un mod diferit de al celorlalți participanți din sistemul sănătății. Măsurarea gradului de satisfacție al pacienților prin intermediul sondajelor este o abordare frecventă în managementul calității, în timp ce literatura sugerează provocări metodologice majore și indică etapa de elaborare a instrumentelor de evaluare a percepției calității de către pacienți. Indicatorii calității pentru axarea pe pacienți nu au fost elaborați încă pentru managementul extern al calității spitalicești, fiind sugerată introducerea indicatorilor relevanți pacienților. În general, necesitatea de a spori axarea pe pacienți este tot mai conștientizată, însă implementarea se află doar la etapa inițială.

Puncte de reper privind instituționalizarea sistemului de asigurare și management al calității asistenței medicale în Republica Moldova

Evaluarea prin experți a aspectelor ce țin de instituționalizarea sistemului de asigurare și management al calității asistenței medicale în Republica Moldova (tabelul 1) a scos în evidență punctele tari și cele slabe care există la moment în acest domeniu.

Tabelul 1

Rezultatele evaluării prin experți a aspectelor de instituționalizare a sistemului de asigurare și management al calității asistenței medicale în Republica Moldova

| Nr. | Denumirea aspectelor | Scorul evaluării (%) | Rezultatele evaluării |
|------------|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. | Rolul organelor legislative și executive în procesul de instituționalizare a sistemului de management al calității | 64,3 ± 4,2 | <i>Existent, dar neadecvat</i> |
| 2. | Existența instituțiilor autogouvernate, cu funcții de elaborare și implementare a directivelor și criteriilor de management al calității | 18,7 ± 2,4 | <i>Nefuncțional</i> |
| 3. | Dezvoltarea autogouvernării prestatorilor de asistență medicală prin asociații reprezentative ale medicilor, spitalelor și altor tipuri de prestatori | 15,9 ± 2,9 | <i>Nefuncțional</i> |
| 4. | Dezvoltarea instituțiilor autonome de inițiere și analiză a proiectelor în domeniul asigurării calității | 45,6 ± 4,4 | <i>Existent, dar neadecvat</i> |
| 5. | Eficiența programelor de management al maladiilor (ghiduri și protocoale clinice) | 61,8 ± 5,3 | <i>Adecvat</i> |
| 6. | Realizarea conceptelor de asistență integrată și de forme intersectoriale de îngrijiri medicale | 47,5 ± 3,1 | <i>Existent, dar neadecvat</i> |
| 7. | Înregistrarea și acreditarea prestatorilor de servicii medicale contractați de Sistemul de Stat al Asigurărilor Obligatorii de Asistență medicală | 72,2 ± 8,9 | <i>Adecvat</i> |
| 8. | Licențierea profesională a medicilor și farmaciștilor | 14,1 ± 2,3 | <i>Nefuncțional</i> |
| 9. | Reglementarea conținutului cursurilor de instruire continuă a medicilor | 57,6 ± 4,8 | <i>Existent, dar neadecvat</i> |
| 10. | Monitorizarea respectării obligațiilor și îndatoririlor profesionale ale medicilor | 32,8 ± 2,9 | <i>Neadecvat</i> |

| | | | |
|-----|--|------------|--------------------------------|
| 11. | Introducerea și dezvoltarea obligatorie a sistemelor de management intern al calității | 52,8 ± 3,7 | <i>Existent, dar neadecvat</i> |
| 12. | Evaluarea cauzelor accidentelor medicale, prevenirea și managementul riscurilor | 36,1 ± 4,2 | <i>Neadecvat</i> |
| 13. | Aplicarea sancțiunilor pentru instituțiile medicale care nu respectă directivele managementului calității | 74,3 ± 6,4 | <i>Adecvat</i> |
| 14. | Dezvoltarea și implementarea măsurilor pentru auditul extern al calității | 44,8 ± 2,9 | <i>Existent, dar neadecvat</i> |
| 15. | Analiza științifică a rezultatelor tratamentelor medicale și al medicamentelor administrate, evaluarea ghidurilor de tratament și elaborarea recomandărilor privind programele de management al maladiilor | 27,8 ± 4,3 | <i>Neadecvat</i> |
| 16. | Publicarea rapoartelor externe de calitate în instituțiile medicale, stabilirea conținutului și volumului rapoartelor de calitate ce urmează să fie emise | 11,4 ± 1,9 | <i>Nefuncțional</i> |
| 17. | Instituirea unui sistem cuprinzător de management al calității prin analiza cost-beneficiului tehnologiilor medicale | 35,8 ± 4,4 | <i>Neadecvat</i> |
| 18. | Sprrijinirea procesului de constituire și activitate a asociațiilor de beneficiari (pacienți) | 42,7 ± 3,6 | <i>Existent, dar neadecvat</i> |
| 19. | Despăgubirea financiară a pacienților | 17,2 ± 2,1 | <i>Nefuncțional</i> |
| 20. | Responsabilități și instrumente de oferire a informațiilor pentru pacienți și public | 48,1 ± 3,7 | <i>Existent, dar neadecvat</i> |

Rezultatele evaluării demonstrează că situația în domeniul asigurării calității asistenței medicale este incertă. Nici unui subiect supus analizei nu i s-a acordat calificativul „*cel mai adecvat*”.

Doar numai trei subiecte: „Eficiența programelor de management al maladiilor”, „Înregistrarea și acreditarea prestatorilor” și „Aplicarea sancțiunilor”, au fost apreciate cu „*adecvat*”. Această situație se datorează, în mare parte, inițiativelor lansate de partenerii internaționali de dezvoltare, care au avut drept obiective elaborarea protocoalelor clinice naționale, și instituționalizarea serviciului național de evaluare și acreditare a instituțiilor medicale și farmaceutice.

La capitolele „Rolul organelor legislative și executive în procesul de instituționalizare a sistemului de management al calității”, „Dezvoltarea instituțiilor autonome în domeniul asigurării calității”, „Introducerea obligatorie a sistemelor de management intern al calității”, „Realizarea conceptelor de asistență integrată”, „Reglementarea conținutului cursurilor de instruire”, „Dezvoltarea auditului extern”, „Sprrijinirea asociațiilor de beneficiar” situația a fost apreciată cu „*existent dar neadecvat*”. Acest lucru semnifică necesitatea corectării unor inițiative deja lansate și preluarea experienței altor state care au înregistrat succese în demararea proiectelor de gestionare a calității asistenței medicale.

Studiul a demonstrat că în Republica Moldova nu există instrumente de monitorizare a respectării obligațiilor și îndatoririlor profesionale a medicilor, de evaluare a cauzelor accidentelor medicale, de analiză științifică a rezultatelor tratamentelor medicale, iar achiziționarea și implementarea tehnologiilor medicale costisitoare nu se fac în baza dovezilor obținute în rezultatul analizei cost-beneficiului. Toate aceste aspecte au fost apreciate cu „*neadecvat*”.

Situația a fost calificată ca fiind nefuncțională la capitolele „Existența instituțiilor autogovernate cu funcții de elaborare a criteriilor de management al calității”, „Dezvoltarea autogovernării prestatorilor”, „Licențierea profesională a medicilor și farmaciștilor”, „Publicarea rapoartelor externe de calitate” „Despăgubirea financiară a pacienților”. În aceste domenii nu au fost realizate progrese și lacunele urmează să fie înlăturate.

Având în vedere experiența Germaniei și ținând cont de inițiativele Programului Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare, finanțat de Guvernul SUA prin Corporația *Millennium Challenge Corporation* și administrat de USAID, în Republica Moldova poate fi efectuată o restructurare juridică a Centrului Național de Management în Sănătate

în întreprindere de stat – Institutul Național de Management și Calitate în Sănătate. Institutul va fi o instituție autonomă, înființată pe lângă Ministerul Sănătății, care va funcționa pe principii de autogestiune și își va desfășura activitatea pe întreg teritoriul Republicii Moldova, în domeniul managementului serviciilor de sănătate, asigurarea și managementul calității serviciilor acordate populației de către unitățile medico-sanitare și farmaceutice și realizarea cercetărilor științifice de profil. Misiunea Institutului urmează să includă:

a) organizarea și funcționarea sistemului național de asigurare și management al calității serviciilor de sănătate și audit medical extern;

b) constituirea și funcționarea sistemului național de licențiere a activității profesionale a medicilor, farmaciștilor și personalului medical și farmaceutic cu studii medii, orientat la standardele internaționale;

c) constituirea și funcționarea sistemului național de protecție a drepturilor consumătorilor serviciilor medicale și de despăgubire a pacienților;

d) studierea și argumentarea propunerilor referitoare la dirijarea, finanțarea, structura funcțională, organizarea și funcționarea serviciilor și instituțiilor de sănătate;

e) realizarea statisticii administrative, documentarea, monitorizarea și evaluarea performanțelor în sistemul de sănătate;

f) acordarea permanentă a asistenței informaționale, metodologice și consultative instituțiilor de sănătate pe problemele ce țin de competențele lui;

g) realizarea cercetărilor științifice și aplicarea rezultatelor studiilor în practica medicală;

h) elaborarea și prezentarea spre aprobare Ministerului Sănătății a bazei normative în domeniul asigurării și managementului calității serviciilor medicale, organizării licențierii profesionale a angajaților, evaluării externe și acreditării instituțiilor medico-sanitare și farmaceutice, dirijării, finanțării, generării resurselor și prestării serviciilor de sănătate.

De asemenea, trebuie modificate: Legea ocrotirii sănătății, Legea cu privire la protecția drepturilor pacienților, Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic, Legea cu privire la activitatea farmaceutică, prin care măsurile de asigurare a calității să devină un element obligatoriu, stipulat în contractele dintre instituțiile medicale și Compania Națională de Asigurare în Medicină. Asigurarea și managementul calității trebuie transformate în mod progresiv dintr-o activitate voluntară în una obligatorie. Modificările în legislație trebuie să prevadă explicit:

- Obligarea juridică a spitalelor și a instituțiilor medicale de ambulatoriu să dezvolte sisteme de management intern al calității, să se implice în asigurarea externă a calității serviciilor medicale;

- Încheierea contractelor intersectoriale între prestatori și Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru asigurarea continuității asistenței medicale;

- Obligarea juridică a prestatorilor de servicii medicale contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină să evalueze cauzele accidentelor medicale și să raporteze riscurile apărute în timpul prestării serviciilor.

- Introducerea unor programe structurate de management al maladiilor (Protocoale clinice naționale etc.);

- Modul de înregistrare și control al prestatorilor de servicii medicale în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală;

- Introducerea și realizarea sistematică a licențierii activității profesionale a lucrătorilor medicali și farmaciștilor;

- Publicarea rapoartelor externe de calitate în spitale și instituții de ambulatoriu în baza setului de indicatori de sănătate pe domenii prioritare;

- Instituirea și atribuirea sarcinilor Asociației Medicilor/Farmaciștilor din Republica Moldova și a Asociației Spitalelor;

- Crearea Institutului Național de Management și Calitate în Sănătate, cu stipularea misiunii atribuite și a surselor bugetare și extrabugetare de finanțare.

Concluzii

1. Managementul calității în asistența medicală din Germania se dezvoltă într-o direcție constructivă, fiind înregistrat un progres considerabil. Cu toate acestea, se presupune că implementarea integrată va dura mulți ani. Motivele unei durate mari rezidă în complexitatea procesului care necesită o modificare pe termen lung a sistemului și elaborarea metodologică a indicatorilor potriviți pentru sistemul german al sănătății. Sunt necesare activități susținute de instruire a cadrelor medicale în domeniul managementului calității. Acest lucru ar putea să diminueze rezervele expuse de diverse părți interesate, legate de abordările impuse.

2. Managementul calității asistenței medicale în Republica Federală Germania reprezintă un aspect tehnic și profesional. Pentru moment, punctul slab rămâne aspectul de axare pe pacienți, caracteristic gradului de receptivitate a sistemului sănătății. Decizia recentă de a permite reprezentanților pacienților să participe la discuțiile cu privire la calitate, deschide calea spre fortificarea aspectului de axare pe pacienți. Cu toate acestea, este nevoie de mult timp și resurse pentru a împuternici reprezentanții pacienților încât aceștia să fie acceptați ca parteneri reali în discuții.

3. Provocările legate de obținerea datelor privind calitatea și dovezile insuficiente privind eficiența strategiilor calității în spitale au fost abordate în literatura de specialitate. Evaluarea calității și eficienței activităților în domeniul managementului calității va obține o importanță tot mai mare pe viitor.

4. Implementarea, începând cu anii '90, a măsurilor de asigurare a calității în Republica Federală Germania a inițiat un proces care presupune și schimbări în cultura sistemului sănătății. Rezervele legate de tradiție trebuie să fie depășite de noile modele de cooperare profesională și interdisciplinară. Noua „cultură a erorii” necesită un mediu în care evenimentele adverse și greșelile pot fi discutate și analizate constructiv. Relația pacient–lucrător medical și modelele de comunicare trebuie să fie schimbate pentru a spori gradul de axare pe pacienți și pentru un proces de luare în comun a deciziilor informate.

5. Diverse aspecte ale sistemului de asigurare și management al calității asistenței medicale din Republica Federală Germania pot fi preluate de sistemul de sănătate din Republica Moldova operându-se ajustările de rigoare.

Bibliografie selectivă

1. Commonwealth Fund, 2006 International Health Policy Survey of Primary Care Doctors, New York, Commonwealth Fund, New York, 2006.

2. Schoen, C., Osborn R., How, S. K. H., Doty, M. M., and Peugh J. “In Chronic Condition: Experiences of Patients with Complex Health Care Needs, in Eight Countries, 2008,” *Health Affairs* Web Exclusive (November 13, 2008).

3. Qualität sichtbar machen. BQS- Qualitätsreport, 2007. Dusseldorf, 2008, 210 p.

4. Quality and accreditation în health care services. A global review. WHO, Geneva, 2003, 209 p.

5. www.bqs-online.de

6. www.bqs-hamburg.de

7. www.bgs-gualitaetsindikatoren.de

8. www.bgs-outcome.de

9. www.bgs-qualitaetsreport.de

10. www.cmwf.org

11. www.euro.who.int/hfadb

12. www.g-ba.de

13. www.gkv-spitzenverband.de

14. www.mdk.de

15. www.mdk-bb.de

16. www.mds-ev.de

Rezumat

Studiul este dedicat sistemului german de management al calității asistenței medicale. Sunt analizate o serie de măsuri succesive de îmbunătățire a calității asistenței medicale, care au inclus obligarea juridică a instituțiilor medicale să se implice în asigurarea externă a calității și în managementul intern al calității, definirea unui volum minim de asistență prestată pentru anumite servicii medicale selectate și introducerea unor programe structurate de management al maladiilor. În baza experienței germane se propune instituționalizarea sistemului de asigurare și management al calității asistenței medicale în Republica Moldova.

Summary

The survey viewed the German healthcare quality management system. There were analyzed a series of consecutive measures to improve the quality of healthcare that included the legal liability of healthcare institutions to involve in an external and internal quality management, definition of a minimum set of healthcare provided to a certain health services selected and introduction of well structured disease management programs. It is proposed to institutionalize in the Republic of Moldova, a system of healthcare quality assurance and management system based on the German experience.